SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-120-12

Druk nr 2614

Warszawa, 7 lipca 2014 r.

Pani
Ewa Kopacz
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

- o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych z projektami aktów wykonawczych.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Spraw Wewnętrznych.

Z poważaniem

(-) Donald Tusk

Projekt

U S T A W A

z dnia

o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych[1)]

DZIAŁ I

Przepisy ogólne

Art. 1. 1. Ustawa określa zasady działania komisji lekarskich oraz zasady i tryb orzekania przez te komisje w sprawach:

1) ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej kandydatów do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu, Centralnym Biurze Antykorupcyjnym i Służbie Więziennej;
2) oceny stanu zdrowia funkcjonariuszy służb wskazanych w pkt 1 oraz ustalenia ich zdolności fizycznej i psychicznej do służby;
3) ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym, a także pracowników wywiadu skarbowego;
4) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza służb wskazanych w pkt 1 doznanego wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby, zwanego dalej „wypadkiem”, lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby, a także związku śmierci funkcjonariusza z wypadkiem lub chorobą pozostającą w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby;
5) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu osób niebędących funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej lub Centralnego Biura

---

[1)] Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę o Policji, ustawę o Straży Granicznej, ustawę o Państwowej Straży Pożarnej, ustawę o kontroli skarbowej, ustawę o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin, ustawę o Biurze Ochrony Rządu, ustawę o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu, ustawę o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, ustawę o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego, ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawę o Służbie Więziennej.

Antykorupcyjnego, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy poniosły uszczerbek na zdrowiu oraz związku tego stopnia uszczerbku z tym zdarzeniem albo śmierci z tym zdarzeniem;

6) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej oraz członków ochotniczej straży pożarnej, którzy doznali uszczerbku na zdrowiu w związku z udziałem w działaniach ratowniczych lub ćwiczeniach;
7) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu osób udzielających pomocy pracownikom wywiadu skarbowego w wykonywaniu czynności operacyjno-rozpoznawczych, które w czasie udzielania tej pomocy lub w związku z jej udzieleniem poniosły uszczerbek na zdrowiu albo związku śmierci z tym zdarzeniem;
8) uznania funkcjonariusza służb wskazanych w pkt 1, funkcjonariusza zwolnionego z tych służb za inwalidę lub uznania go za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, jak również ustalenia związku albo braku związku inwalidztwa ze służbą albo ustalenia związku albo braku związku śmierci ze służbą funkcjonariusza i funkcjonariusza zwolnionego ze służby;
9) ustalenia zdolności do pracy funkcjonariuszy służb, o których mowa w pkt 1, zwolnionych ze służby, w celu określenia grupy inwalidzkiej;
10) potrzeby udzielenia urlopu zdrowotnego funkcjonariuszowi Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej;
11) kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego przez funkcjonariuszy służb, o których mowa w pkt 1.

2. Komisje lekarskie podlegają ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

Art. 2. 1. Komisje lekarskie są właściwe do orzekania wobec:

1) kandydatów do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu, Centralnym Biurze Antykorupcyjnym i Służbie Więziennej;
2) funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej;
3) funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej zwolnionych ze służby lub których stosunek służbowy wygasł;
4) emerytów i rencistów.

2. Komisje lekarskie są właściwe również do orzekania wobec:

1) kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym, a także pracowników wywiadu skarbowego;
2) osób niebędących funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej lub Centralnego Biura Antykorupcyjnego, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy utraciły życie lub poniosły uszczerbek na zdrowiu;
3) strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej oraz członków ochotniczej straży pożarnej;
4) osób udzielających pomocy pracownikom wywiadu skarbowego w wykonywaniu czynności operacyjno-rozpoznawczych, które w czasie udzielania tej pomocy lub w związku z jej udzieleniem utraciły życie lub poniosły uszczerbek na zdrowiu.

Art. 3. 1. Komisje lekarskie współdziałają z jednostkami medycyny pracy. Współdziałanie polega w szczególności na wymianie informacji o stanie zdrowia funkcjonariuszy służb, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, zwłaszcza o stanach chorobowych mogących mieć związek z zagrożeniami środowiska służby lub sposobem jej pełnienia oraz na udostępnianiu dokumentacji lub wyników badań i konsultacji.

2. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb współdziałania, o którym mowa w ust. 1, uwzględniając konieczność zapewnienia właściwej ochrony zdrowia funkcjonariuszy oraz charakter i specyfikę środowiska służby.

DZIAŁ II

Zasady działania komisji lekarskich

Rozdział 1

Orzekanie o zdolności fizycznej i psychicznej do służby

Art. 4. 1. Zdolność fizyczną i psychiczną kandydata do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu, Centralnym Biurze Antykorupcyjnym i Służbie Więziennej ustala się przez zaliczenie go do jednej z następujących kategorii zdolności do służby:

1) kategoria Z – „zdolny”, która oznacza, że stan zdrowia nie budzi żadnych zastrzeżeń albo że stwierdzone choroby lub ułomności nie stanowią przeszkody do pełnienia służby;
2) kategoria N – „niezdolny”, która oznacza, że stwierdzone choroby lub ułomności uniemożliwiają pełnienie służby.

2. Przepis ust. 1 dotyczy także funkcjonariusza Policji, Państwowej Straży Pożarnej i Biura Ochrony Rządu, który odbył służbę kandydacką i chce pozostać w służbie.

3. Osoba podlegająca odbyciu zasadniczej służby wojskowej skierowana do służby kandydackiej w Biurze Ochrony Rządu, wobec której właściwa powiatowa komisja lekarska lub właściwa wojskowa komisja lekarska orzekła kategorię A zdolności do czynnej służby wojskowej, uzyskuje kategorię Z zdolności do służby w formacjach, o których mowa w ust. 1.

4. Osoba podlegająca odbyciu zasadniczej służby wojskowej skierowana do służby kandydackiej w Biurze Ochrony Rządu, wobec której właściwa powiatowa komisja lekarska lub właściwa wojskowa komisja lekarska orzekła kategorię D lub E zdolności do czynnej służby wojskowej, uzyskuje kategorię N zdolności do służby w formacjach, o których mowa w ust. 1.

5. Osoba podlegająca odbyciu zasadniczej służby wojskowej, wobec której orzeczona została kategoria B zdolności do czynnej służby wojskowej, może zostać skierowana do służby kandydackiej w Biurze Ochrony Rządu po prawomocnym orzeczeniu wobec niej kategorii A zdolności do czynnej służby wojskowej przez właściwą powiatową komisję lekarską lub właściwą wojskową komisję lekarską.

Art. 5. 1. Zdolność fizyczną i psychiczną funkcjonariusza do pełnienia służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu, Centralnym Biurze Antykorupcyjnym i Służbie Więziennej ustala się przez zaliczenie go do jednej z następujących kategorii zdolności do służby:

1) kategoria A – „zdolny do służby”, która oznacza, że stan zdrowia nie budzi żadnych zastrzeżeń albo że stwierdzone choroby lub ułomności nie stanowią przeszkody do pełnienia służby;
2) kategoria B – „zdolny do służby z ograniczeniem”, która oznacza, że stwierdzono choroby lub ułomności, które zmniejszają jego sprawność fizyczną lub psychiczną i uniemożliwiają pełnienie służby na zajmowanym stanowisku, ale nie stanowią przeszkody do pełnienia służby na innym stanowisku;

3) kategoria C – „niezdolny do służby”, która oznacza, że stwierdzono choroby lub ułomności, które uniemożliwiają pełnienie służby.

2. Orzeczenie o zdolności fizycznej i psychicznej do służby, oprócz jednej z kategorii zdolności do służby wymienionych w ust. 1, zawiera jedno z następujących określeń:

1) „zdolny do służby”, jeżeli nie stwierdzono żadnych chorób stanowiących przeciwwskazanie do pełnienia służby;
2) „trwale niezdolny do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku”, jeżeli stwierdzono choroby, które zmniejszają zdolność fizyczną lub psychiczną do służby i nie pozwalają na pełnienie służby na zajmowanym stanowisku, jednak choroby te nie stanowią przeszkody do dalszego pełnienia służby na innym stanowisku; w takim przypadku komisja lekarska określa, jakie warunki służby są przeciwwskazane dla badanego;
3) „czasowo niezdolny do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku”, jeżeli stwierdzono choroby, które czasowo zmniejszają zdolność fizyczną lub psychiczną do służby, ale mogą rokować poprawę stanu zdrowia i odzyskanie pełnej sprawności i zdolności do służby na zajmowanym stanowisku;
4) „zdolny do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku”, jeżeli stwierdzono pewne choroby, które zmniejszają wprawdzie zdolność fizyczną lub psychiczną, ale nie stanowią przeszkody do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku;
5) „trwale niezdolny do służby”, jeżeli stwierdzono choroby, które nie pozwalają na pełnienie służby.

3. W przypadku orzeczenia, które zawiera określenie wskazane w ust. 2 pkt 3, komisja lekarska wyznacza termin kolejnego badania w celu wydania ostatecznego orzeczenia o zdolności do pełnienia służby funkcjonariusza na zajmowanym stanowisku.

Art. 6. W stosunku do kandydatów do pododdziałów antyterrorystycznych Policji lub w stosunku do funkcjonariuszy pełniących służbę w tych pododdziałach orzeczenie komisji lekarskiej powinno zawierać również jedno z następujących określeń:

1) zdolny do służby w pododdziale;
2) czasowo niezdolny do służby w pododdziale;
3) niezdolny do służby w pododdziale.

Art. 7. 1. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wykaz chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do służby, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata do służby w Centralnym

Biurze Antykorupcyjnym albo funkcjonariusza tej służby, uwzględniając potrzebę ustalenia w toku badania przez komisję lekarską przydatności i predyspozycji do służby z uwagi na charakter i warunki tej służby.

2. Minister właściwy do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, wykaz chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do służby, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Biurze Ochrony Rządu albo funkcjonariusza tych służb, uwzględniając potrzebę ustalenia w toku badania przez komisję lekarską przydatności i predyspozycji do służby z uwagi na charakter i warunki tej służby.

3. Minister Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, wykaz chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do służby, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata do Służby Więziennej i funkcjonariusza Służby Więziennej, uwzględniając potrzebę ustalenia w toku badania przez komisję lekarską przydatności i predyspozycji do służby z uwagi na charakter i warunki tej służby.

Rozdział 2

Orzekanie o zdolności fizycznej i psychicznej do pracy

Art. 8. 1. Zdolność fizyczną lub psychiczną kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym i pracowników wywiadu skarbowego ustala się przez zaliczenie osoby badanej do jednej z następujących kategorii zdolności do pracy:

1) kategoria „Z” – „zdolny”, która oznacza, że stan zdrowia nie budzi żadnych zastrzeżeń albo że stwierdzone choroby lub ułomności nie stanowią przeszkody do wykonywania pracy w tych komórkach albo w wywiadzie skarbowym;
2) kategoria „N” – „niezdolny”, która oznacza, że stwierdzone choroby lub ułomności uniemożliwiają wykonywanie pracy w tych komórkach albo w wywiadzie skarbowym.

2. Zdolność fizyczną lub psychiczną kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym i pracowników wywiadu skarbowego ustala się również przez zaliczenie ich do jednej z następujących kategorii:

1) kategoria „A” – „zdolny do pracy”, która oznacza, że stan zdrowia nie budzi żadnych zastrzeżeń albo że stwierdzone choroby lub ułomności nie stanowią przeszkody do wykonywania pracy;
2) kategoria „B” – „zdolny do pracy z ograniczeniem”, która oznacza, że stwierdzono choroby lub ułomności, które trwale lub czasowo zmniejszają sprawność fizyczną lub psychiczną do pracy, ale nie stanowią przeszkody do wykonywania pracy na określonym stanowisku;
3) kategoria „C” – „całkowicie niezdolny do pracy”, która oznacza, że stwierdzone choroby lub ułomności fizyczne lub psychiczne uniemożliwiają wykonywanie pracy.

3. Orzeczenie komisji lekarskiej, oprócz jednej z kategorii zdolności do pracy wymienionej w ust. 1 lub 2, zawiera jedno z następujących określeń:

1) „zdolny do pracy”, jeżeli nie stwierdzono żadnych chorób lub ułomności;
2) „trwale niezdolny do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku”, jeżeli stwierdzono choroby lub ułomności, które zmniejszają sprawność fizyczną lub psychiczną do pracy na zajmowanym stanowisku i uniemożliwiają jej wykonywanie, ale nie stanowią przeszkody do wykonywania pracy na innym stanowisku;
3) „czasowo niezdolny do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku”, jeżeli stwierdzono choroby lub ułomności, które czasowo zmniejszają sprawność fizyczną lub psychiczną, ale które mogą rokować poprawę stanu zdrowia i odzyskanie pełnej sprawności i zdolności do pracy na zajmowanym stanowisku;
4) „zdolny do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku”, jeżeli stwierdzono choroby lub ułomności, które zmniejszają zdolność fizyczną lub psychiczną, ale nie stanowią przeszkody do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku;
5) „całkowicie niezdolny do pracy”, jeżeli stwierdzono choroby lub ułomności, które uniemożliwiają wykonywanie pracy.

4. W przypadku orzeczenia, które zawiera określenie wskazane w ust. 3 pkt 3, komisja lekarska wyznacza termin kolejnego badania w celu wydania ostatecznego orzeczenia o zdolności osoby badanej do pracy na zajmowanym stanowisku.

5. Minister właściwy do spraw finansów publicznych określi, w drodze rozporządzenia, wykaz chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do pracy, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata lub pracownika, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 1, uwzględniając potrzebę ustalenia w toku

badania przez komisję lekarską przydatności i predyspozycji do pracy z uwagi na charakter i warunki tej pracy.

Rozdział 3

Orzekanie o uznaniu funkcjonariusza, emeryta albo rencisty za inwalidę, o związku inwalidztwa ze służbą oraz orzekanie o zdolności do pracy

Art. 9. 1. Uznanie funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej, funkcjonariusza zwolnionego z tych służb oraz emeryta i rencisty za inwalidę następuje przez ustalenie stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu oraz określenie grupy inwalidzkiej, do której funkcjonariusz, emeryt albo rencista zostaje zaliczony.

2. W celu ustalenia, czy nastąpiło stałe naruszenie sprawności organizmu, komisja lekarska ocenia, czy rozpoznane choroby lub schorzenia spowodowały takie upośledzenie czynności organizmu, które nie rokuje poprawy według wiedzy lekarskiej.

3. W celu ustalenia, czy nastąpiło długotrwałe naruszenie sprawności organizmu, komisja lekarska ocenia, czy rozpoznane choroby lub schorzenia spowodowały upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 12 miesięcy, mogące jednak ulec poprawie według wiedzy lekarskiej.

4. Jeżeli przy orzekaniu o stanie zdrowia komisja lekarska stwierdzi u badanego kilka chorób lub schorzeń pozostających w związku ze służbą, z których jedno pojedynczo lub łącznie z innymi jest przyczyną niezdolności do służby, to inwalidztwo pozostaje w związku ze służbą.

5. Datę powstania inwalidztwa komisja lekarska ustala na podstawie dokumentacji medycznej. Za datę inwalidztwa przyjmuje się datę ustaloną przez komisję lekarską. Jeżeli komisja, nie mogąc ustalić daty powstania inwalidztwa, ustaliła okres, w którym ono powstało, za datę powstania inwalidztwa przyjmuje się datę końcową tego okresu. Jeżeli komisja nie mogła ustalić ani daty, ani okresu powstania inwalidztwa, za datę jego powstania przyjmuje się datę zgłoszenia wniosku o świadczenie.

Art. 10. 1. W celu ustalenia grupy inwalidzkiej komisja lekarska ocenia, czy istnieje zdolność do pracy.

2. Przy ocenie zdolności do pracy funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego albo Służby Więziennej, emeryta albo rencisty, bierze się pod uwagę, czy i jakie zatrudnienie

oraz w jakim wymiarze czasowym mógłby wykonywać, wykorzystując posiadane kwalifikacje ogólne i przygotowanie zawodowe, przy istniejących przeciwwskazaniach zdrowotnych do zatrudnienia.

3. Orzekając o całkowitej niezdolności do pracy, komisja lekarska ocenia, czy funkcjonariusz, o którym mowa w ust. 2, emeryt albo rencista jest niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek zatrudnienia, z wyjątkiem zatrudnienia w warunkach specjalnie stworzonych lub na specjalnych stanowiskach pracy.

4. Orzekając o częściowej niezdolności do pracy, komisja lekarska ocenia, czy funkcjonariusz, o którym mowa w ust. 2, emeryt albo rencista może wykonywać pracę w zmniejszonym zakresie bądź w warunkach specjalnie stworzonych lub na specjalnych stanowiskach pracy.

Art. 11. Komisja lekarska w szczególności:

1) stwierdza, czy nastąpiło stałe lub długotrwałe naruszenie sprawności organizmu, oraz ustala datę powstania inwalidztwa;
2) określa grupę inwalidzką, do której funkcjonariusz zostaje zaliczony;
3) ustala, czy istnieje konieczność stałej opieki osoby drugiej przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych;
4) ustala, czy inwalidztwo powstało wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby;
5) ustala, czy inwalidztwo pozostaje w związku ze służbą;
6) ustala, czy istnieje związek śmierci ze służbą;
7) stwierdza, czy istnieje zdolność do pracy;
8) ustala wskazania i przeciwwskazania dotyczące zatrudnienia funkcjonariusza niezdolnego do służby;
9) ustala termin badania kontrolnego.

Rozdział 4

Kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby oraz prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego

Art. 12. 1. Kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby polega na ustaleniu okresu zwolnienia od zajęć służbowych z powodu przebywania na zwolnieniu lekarskim przez funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej,

Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej.

2. Przełożony funkcjonariusza właściwy w sprawach osobowych może wystąpić do komisji lekarskiej o przeprowadzenie kontroli. Komisja lekarska informuje przełożonego funkcjonariusza o wyniku kontroli.

3. Komisja lekarska w toku kontroli może przeprowadzić badanie lekarskie funkcjonariusza w wyznaczonym miejscu lub w miejscu jego pobytu.

4. W przypadku ustalenia wcześniejszej daty ustania przyczyny będącej podstawą zwolnienia od zajęć służbowych niż orzeczona w zaświadczeniu lekarskim, zaświadczenie to traci ważność za okres od tej daty, jednak nie wcześniej niż od dnia badania lekarskiego przeprowadzonego przez komisję lekarską.

5. W przypadku gdy funkcjonariusz służby wskazanej w ust. 1 nie poddaje się badaniom lekarskim lub uniemożliwia ich przeprowadzenie lub nie dostarcza wyników badań lekarskich mimo wezwania komisji lekarskiej, zaświadczenie lekarskie traci również ważność od dnia następującego po terminie wskazanym w wezwaniu.

6. W przypadku, o którym mowa w:

1) ust. 4 – komisja lekarska orzeka o zdolności funkcjonariusza do służby;
2) ust. 5 – komisja lekarska wydaje orzeczenie, które jest traktowane na równi z orzeczeniem o zdolności funkcjonariusza do służby.

7. Komisja lekarska o wydanym orzeczeniu informuje lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie, funkcjonariusza oraz jego przełożonego właściwego w sprawach osobowych.

Art. 13. Kontrola prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego polega na ustaleniu, czy funkcjonariusz Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej w okresie orzeczonego zwolnienia od zajęć służbowych, w tym w razie konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny lub zwolnienia w wyniku decyzji wydanej przez właściwy organ albo uprawniony podmiot na podstawie przepisów o zwalczaniu chorób zakaźnych albo o zwalczaniu gruźlicy, nie wykonuje pracy zarobkowej lub nie wykorzystuje zwolnienia lekarskiego w sposób niezgodny z jego celem.

Rozdział 5

Orzekanie o potrzebie udzielenia urlopu zdrowotnego

Art. 14. 1. O potrzebie lub braku potrzeby udzielenia urlopu zdrowotnego funkcjonariuszowi Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej komisja lekarska orzeka w przypadku, gdy funkcjonariusz mimo wykorzystania 12 miesięcy zwolnienia od wykonywania obowiązków służbowych z powodu choroby nie odzyskał zdolności do wykonywania tych obowiązków, a stan jego zdrowia rokuje poprawę w stopniu umożliwiającym dalsze pełnienie służby.

2. Komisja lekarska, orzekając o potrzebie udzielenia urlopu zdrowotnego, wnioskuje o udzielenie tego urlopu jednorazowo na okres do 2 miesięcy, łącznie w ciągu kolejnych 12 miesięcy na okres do 6 miesięcy.

DZIAŁ III

Organizacja komisji lekarskich

Art. 15. Komisje lekarskie orzekają w dwóch instancjach:

1) w pierwszej instancji – rejonowe komisje lekarskie;
2) w drugiej instancji – Centralna Komisja Lekarska.

Art. 16. 1. Rejonowe komisje lekarskie są właściwe w zakresie orzekania w sprawach, o których mowa w art. 1 ust. 1, wobec osoby zamieszkałej albo pełniącej służbę w miejscowości objętej obszarem właściwości działania komisji lekarskich.

2. Na uzasadniony wniosek podmiotu kierującego do komisji lekarskiej lub osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia lekarskiego Centralna Komisja Lekarska może wyrazić zgodę na zmianę właściwości orzekania.

3. Centralna Komisja Lekarska jest właściwa w zakresie:

1) rozpatrywania odwołań od orzeczeń rejonowych komisji lekarskich;
2) konsultacji w zakresie orzecznictwa lekarskiego oraz rozstrzygania kwestii spornych lub nasuwających szczególne wątpliwości;
3) współpracy z instytucjami naukowo-lekarskimi w celu podnoszenia poziomu orzecznictwa lekarskiego.

4. Minister właściwy do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb działania komisji lekarskich, uwzględniając konieczność zapewnienia sprawnego działania tych komisji.

Art. 17. 1. Centralną Komisją Lekarską kieruje jej przewodniczący.

2. Członków Centralnej Komisji Lekarskiej, w tym przewodniczącego i jego zastępcę, wyznacza minister właściwy do spraw wewnętrznych spośród kandydatów przedstawionych przez kierownika jednostki organizacyjnej zapewniającej realizację zadań przez komisje, o której mowa w art. 21 ust. 1.

3. Siedzibą Centralnej Komisji Lekarskiej jest Warszawa.

Art. 18. 1. Rejonową komisją lekarską kieruje jej przewodniczący.

2. Członków rejonowej komisji lekarskiej, w tym przewodniczącego i jego zastępcę, wyznacza kierownik jednostki organizacyjnej zapewniającej realizację zadań przez komisje, o której mowa w art. 21 ust. 1, spośród kandydatów przedstawionych przez przewodniczącego Centralnej Komisji Lekarskiej.

3. Minister właściwy do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, siedziby i obszary właściwości terytorialnej rejonowych komisji lekarskich, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia szybkiego dostępu do komisji lekarskiej.

Art. 19. Członkiem komisji lekarskiej jest lekarz, w szczególności posiadający specjalizację w zakresie następujących dziedzin medycyny: chorób wewnętrznych, chirurgii, kardiologii, neurologii, psychiatrii, medycyny pracy.

Art. 20. 1. Nadzór nad działalnością komisji lekarskich sprawuje minister właściwy do spraw wewnętrznych za pośrednictwem przewodniczącego Centralnej Komisji Lekarskiej.

2. Nadzór obejmuje:

1) kontrolę nad merytoryczną działalnością rejonowych komisji lekarskich, w tym kontrolę prawidłowości i jednolitości stosowania zasad orzecznictwa przez lekarzy – członków komisji lekarskich;
2) koordynowanie systemu orzecznictwa, w tym udzielanie komisjom lekarskim wytycznych w zakresie stosowania zasad orzecznictwa i organizowanie szkoleń.

Art. 21. 1. Obsługę organizacyjno-administracyjną i biurową komisji lekarskich zapewnia jednostka organizacyjna zapewniająca realizację zadań przez organ emerytalny wskazany przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

2. Działalność komisji lekarskich jest finansowana z budżetu państwa ze środków, których dysponentem jest organ emerytalny, o którym mowa w ust. 1.

3. Do pracowników jednostki organizacyjnej, o której mowa w ust. 1, zapewniających działanie komisji lekarskich, w szczególności członków komisji, stosuje się przepisy ustawy

z dnia 16 września 1982 r. o pracownikach urzędów państwowych (Dz. U. z 2013 r. poz. 269).

4. Do jednostki organizacyjnej, o której mowa w ust. 1, w celu zapewnienia działania komisji lekarskich, mogą być delegowani funkcjonariusze.

5. Z osobami wchodzącymi w skład komisji, o ile nie są zatrudnione lub oddelegowane do jednostki, o której mowa w ust. 1, mogą być zawierane umowy na świadczenie usług w zakresie orzekania.

DZIAŁ IV

Tryb postępowania komisji lekarskich

Rozdział 1

Kierowanie do komisji lekarskich

Art. 22. 1. Do komisji lekarskich, zgodnie z ich właściwością, kieruje się z urzędu lub na wniosek osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia lekarskiego.

2. Do komisji lekarskiej kieruje się z urzędu:

1) kandydata do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu, Centralnym Biurze Antykorupcyjnym i Służbie Więziennej;
2) funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej, którego stan zdrowia daje podstawę do przypuszczeń, że stopień jego zdolności do służby uległ zasadniczej zmianie lub że dalsze pełnienie przez tego funkcjonariusza służby na zajmowanym stanowisku jest niemożliwe;
3) kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym.

3. Do komisji lekarskich kieruje się z urzędu w celu:

1) ustalenia zdolności do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu, Centralnym Biurze Antykorupcyjnym i Służbie Więziennej;
2) ustalenia zdolności do pracy inspektorów i pracowników zatrudnionych w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, a także pracowników wywiadu skarbowego;
3) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej, doznanego wskutek wypadku lub choroby

pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby, z tytułu których przysługuje świadczenie odszkodowawcze;

4) uznania funkcjonariusza służb wskazanych w pkt 1 oraz funkcjonariusza zwolnionego z tych służb za inwalidę oraz uznania go za niezdolnego do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin;
5) w sprawach kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby funkcjonariuszy służb wskazanych w pkt 1;
6) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu osób, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 2–4;
7) ustalenia potrzeby udzielenia urlopu zdrowotnego.

4. W sprawach kontroli prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego przez funkcjonariuszy służb wskazanych w ust. 3 pkt 1 komisja lekarska działa z urzędu.

Art. 23. 1. Do komisji lekarskiej kieruje:

1) kandydatów do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej lub Biurze Ochrony Rządu – kierownik komórki organizacyjnej właściwej w sprawach osobowych danej służby;
2) funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej – przełożony właściwy w sprawach osobowych;
3) funkcjonariuszy Biura Ochrony Rządu – Szef Biura Ochrony Rządu;
4) kandydatów do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym i funkcjonariuszy Centralnego Biura Antykorupcyjnego – kierownik jednostki organizacyjnej Centralnego Biura Antykorupcyjnego właściwej w sprawach osobowych;
5) kandydatów do służby w Służbie Więziennej i funkcjonariuszy Służby Więziennej – kierownik jednostki organizacyjnej Służby Więziennej;
6) osoby, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 1 i 4 – kierownik komórki organizacyjnej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw finansów publicznych właściwej do spraw wywiadu skarbowego;
7) osoby, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 2 – kierownik komórki organizacyjnej właściwej w sprawach osobowych danej służby;

8) osoby, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 3 – kierownik komórki organizacyjnej Państwowej Straży Pożarnej.

2. Do komisji lekarskich kieruje:

1) Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego i jego zastępców – Prezes Rady Ministrów;
2) Komendanta Głównego Policji, Komendanta Głównego Straży Granicznej, Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej, Szefa Biura Ochrony Rządu i ich zastępców – minister właściwy do spraw wewnętrznych;
3) Dyrektora Generalnego Służby Więziennej – Minister Sprawiedliwości.

Art. 24. 1. Funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej zwolnionego z tych służb kieruje do komisji lekarskich kierownik jednostki organizacyjnej odpowiednio: Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu i Służby Więziennej, w których ostatnio pełnił on służbę, albo kierownik jednostki organizacyjnej Centralnego Biura Antykorupcyjnego właściwej w sprawach osobowych.

2. Jeżeli funkcjonariuszowi, o którym mowa w ust. 1, ustalono prawo do renty inwalidzkiej lub emerytury, przewidzianych w przepisach o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin, do komisji lekarskich kieruje go właściwy organ emerytalny w celu ustalenia aktualnej grupy inwalidzkiej.

Art. 25. 1. W sprawach ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej doznanego wskutek wypadku lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby, z tytułu których przysługuje świadczenie odszkodowawcze, do komisji lekarskiej kieruje kierownik jednostki organizacyjnej, w której funkcjonariusz pełnił służbę, albo kierownik jednostki organizacyjnej Centralnego Biura Antykorupcyjnego właściwej w sprawach osobowych, na podstawie rozkazu personalnego albo decyzji w celu określenia przez komisję lekarską stopnia uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby.

2. W razie uzasadnionego przypuszczenia, że śmierć funkcjonariusza może być następstwem wypadku lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby, kierownik jednostki organizacyjnej, w której funkcjonariusz pełnił służbę w chwili wypadku lub ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu doznanego wskutek choroby, występuje do komisji lekarskiej z wnioskiem o ustalenie, czy śmierć funkcjonariusza pozostaje w związku z tym wypadkiem lub chorobą.

Art. 26. 1. Do skierowania do komisji lekarskiej dołącza się w szczególności:

1) posiadane informacje i dokumenty, które dotyczą stanu zdrowia osób, o których mowa w art. 2 ust. 1;
2) opis stanowiska, charakter i warunki służby;
3) informacje dotyczące dotychczasowych warunków i przebiegu pracy w przypadku skierowania inspektorów i pracowników zatrudnionych w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej oraz pracowników wywiadu skarbowego;
4) opinię psychologiczną.

2. Skierowanie do komisji lekarskiej traci ważność po upływie 30 dni od daty pierwszego badania wyznaczonego przez komisję lekarską.

Art. 27. 1. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wzór formularza skierowania do komisji lekarskiej kandydata do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, funkcjonariusza Centralnego Biura Antykorupcyjnego, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, funkcjonariusza Centralnego Biura Antykorupcyjnego zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub do renty policyjnej, oraz osoby niebędącej funkcjonariuszem Centralnego Biura Antykorupcyjnego, która w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez tę służbę z jej pomocy poniosła uszczerbek na zdrowiu lub utraciła życie, uwzględniając w szczególności potrzebę zawarcia w nim informacji niezbędnych do oceny zdolności fizycznej i psychicznej funkcjonariuszy do służby.

2. Minister właściwy do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, wzór formularza skierowania do komisji lekarskiej kandydata do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Biurze Ochrony Rządu, funkcjonariusza tych służb oraz funkcjonariusza zwolnionego z tych służb, funkcjonariusza zwolnionego z tych służb, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub do renty policyjnej, oraz osób niebędących funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej i Państwowej Straży Pożarnej,

które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy poniosły uszczerbek na zdrowiu lub utraciły życie, a także wzór skierowania do komisji lekarskiej osób, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 3, uwzględniając w szczególności potrzebę zawarcia w nim informacji niezbędnych do oceny zdolności fizycznej i psychicznej funkcjonariuszy do służby.

3. Minister Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, wzór formularza skierowania do komisji lekarskiej kandydata do Służby Więziennej, funkcjonariusza Służby Więziennej, funkcjonariusza zwolnionego z tej służby, funkcjonariusza Służby Więziennej zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub do renty policyjnej, uwzględniając w szczególności potrzebę zawarcia w nim informacji niezbędnych do oceny zdolności fizycznej i psychicznej funkcjonariuszy do służby.

4. Minister właściwy do spraw finansów publicznych określi, w drodze rozporządzenia, wzór formularza skierowania do komisji lekarskiej osób, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 1 i 4, uwzględniając potrzebę zawarcia w nim informacji niezbędnych do oceny zdolności fizycznej i psychicznej do pracy.

Art. 28. 1. Komisja lekarska wyznacza termin badania lekarskiego i zawiadamia o tym podmiot kierujący do komisji lekarskiej oraz osobę skierowaną do komisji lekarskiej.

2. W przypadku nieusprawiedliwionego niestawienia się na badanie lekarskie osoby skierowanej do komisji lekarskiej, której wyznaczono termin badania lekarskiego, przewodniczący komisji lekarskiej zawiadamia o tym fakcie podmiot kierujący do komisji lekarskiej.

3. Komisja lekarska w toku przeprowadzania kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby wysyła do funkcjonariusza, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, wezwanie, w którym określa termin badania przez komisję lekarską lub dostarczenia posiadanych wyników badania specjalistycznego lub badań pomocniczych. Wezwanie zawiera informację o skutkach, o których mowa w art. 12 ust. 5.

Rozdział 2

Orzekanie przez komisje lekarskie

Art. 29. 1. Rejonowa komisja lekarska przeprowadza badanie lekarskie kandydata do służby, funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej, funkcjonariusza zwolnionego z tych służb, emeryta, rencisty, pracownika, kandydata do pracy lub osoby

skierowanej do komisji lekarskiej, zwanych dalej „osobą badaną”, i sporządza protokół badania komisji lekarskiej, który zawiera wyszczególnienie wszystkich chorób i ułomności, także tych, które nie obniżają zdolności do służby.

2. Komisja lekarska może skierować funkcjonariusza na badanie specjalistyczne oraz zlecić wykonanie badań pomocniczych w wyznaczonym terminie.

3. Jeżeli w toku badania lekarskiego powstało uzasadnione podejrzenie, że osoba badana rozmyślnie spowodowała u siebie uszkodzenie ciała albo chorobę, rejonowa komisja lekarska orzeka o stanie zdrowia tej osoby zgodnie z wynikami badań lekarskich, a o podejrzeniu zawiadamia podmiot, który skierował osobę badaną do komisji lekarskiej.

4. W przypadku stwierdzenia dwóch lub więcej chorób lub ułomności, z których każde ogranicza zdolność osoby badanej do służby lub pracy, rejonowa komisja lekarska rozpatruje wszystkie te choroby i ułomności łącznie, mając na uwadze ogólną zdolność osoby badanej do służby albo do pracy.

5. W przypadku ostrego schorzenia, konieczności rehabilitacji lub ciąży rejonowa komisja lekarska nie wydaje orzeczenia o zdolności do służby albo pracy aż do czasu zakończenia leczenia lub zakończenia urlopu macierzyńskiego. Przewodniczący rejonowej komisji lekarskiej zawiadamia o tym podmiot, który skierował osobę badaną do komisji lekarskiej.

Art. 30. 1. Rejonowa komisja lekarska dokonuje oceny stanu zdrowia osoby badanej na podstawie badania lekarskiego, wyników zleconych badań pomocniczych, specjalistycznych i psychologicznych, wywiadu chorobowego, dokumentacji medycznej będącej wynikiem obserwacji szpitalnej, leczenia ambulatoryjnego i sanatoryjnego oraz innych dokumentów medycznych istotnych dla dokonania tej oceny oraz protokołów powypadkowych mogących mieć znaczenie dla treści orzeczenia.

2. Związek inwalidztwa ze służbą rejonowe komisje lekarskie ustalają także na podstawie:

1) wyników przeprowadzonego dochodzenia lub śledztwa;
2) wyroków sądowych;
3) protokołu warunków służby;
4) oświadczeń przełożonych;
5) innych dokumentów, jeżeli mają one znaczenie w sprawie.

3. Rejonowe komisje lekarskie orzekają również, posługując się:

1) w przypadku ustalania zdolności fizycznej lub psychicznej do służby – wykazem chorób i ułomności, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia osoby badanej;
2) w przypadku ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego doznanego wskutek wypadku lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby, z tytułu których przysługuje świadczenie odszkodowawcze, oraz w przypadku ustalenia stopnia uszczerbku osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 oraz art. 2 ust. 2 pkt 2 – odpowiednio wykazami chorób pozostających w związku z pełnieniem służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu i w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym oraz wykazami norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu;
3) w przypadku ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza Służby Więziennej doznanego wskutek wypadku lub choroby pozostającej w związku z warunkami lub właściwościami służby, z tytułu których przysługuje świadczenie odszkodowawcze, oraz w przypadku ustalenia stopnia uszczerbku osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 oraz art. 2 ust. 2 pkt 2 – wykazem chorób pozostających w związku z pełnieniem służby w Służbie Więziennej oraz wykazem norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu;
4) w przypadku uznania funkcjonariusza za inwalidę oraz uznania go za niezdolnego do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin – odpowiednio wykazami chorób powstałych w czasie pełnienia służby wydanymi na podstawie tych przepisów;
5) w przypadku osób, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 3 – odpowiednio wykazem chorób powstałych w czasie pełnienia służby w Państwowej Straży Pożarnej oraz wykazem norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu.

Art. 31. Rejonowa komisja lekarska, zaliczając funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego lub Służby Więziennej do jednej z kategorii zdolności do służby, bierze

pod uwagę charakter i warunki służby na zajmowanym przez funkcjonariusza stanowisku oraz kryteria zdrowotne.

Art. 32. W przypadku orzeczenia niezdolności do służby rejonowa komisja lekarska orzeka również o grupie inwalidzkiej w rozumieniu przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin.

Art. 33. Orzekając o związku albo braku związku śmierci ze służbą funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej, funkcjonariusza tych służb zwolnionego ze służby lub emeryta i rencisty, rejonowa komisja lekarska ustala jednocześnie, czy śmierć jest następstwem wypadku lub choroby, z tytułu których przysługuje świadczenie odszkodowawcze.

Art. 34. 1. W toku kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby rejonowa komisja lekarska może żądać od wystawiającego zaświadczenie lekarskie udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej osoby badanej, stanowiącej podstawę wydania zaświadczenia lekarskiego lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie.

2. Osoba badana jest obowiązana udostępnić posiadaną dokumentację medyczną komisji lekarskiej.

Art. 35. 1. Rejonowa komisja lekarska wydaje orzeczenie niezwłocznie po przeprowadzeniu niezbędnych badań lekarskich i zebraniu niezbędnych dokumentów, w tym dokumentacji medycznej.

2. Jeżeli do wydania orzeczenia są niezbędne dodatkowe dokumenty, rejonowa komisja lekarska pisemnie wzywa osobę badaną do ich dostarczenia w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania. W takim przypadku rejonowa komisja lekarska może wystąpić także do podmiotu kierującego do komisji lekarskiej o dostarczenie tych dokumentów w terminie 14 dni od dnia doręczenia wystąpienia.

3. W przypadku niedostarczenia dokumentów rejonowa komisja lekarska może wydać orzeczenie na podstawie posiadanych dokumentów i oceny stanu zdrowia osoby badanej.

Art. 36. 1. Orzeczenie komisji lekarskiej powinno zawierać rozpoznanie lekarskie w języku polskim według terminologii klinicznej, z uwzględnieniem lokalizacji i stopnia nasilenia oraz z powołaniem na odpowiednie paragrafy i punkty z wykazów, o których mowa w art. 30 ust. 3.

2. Orzeczenie komisji lekarskiej dotyczące ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu osoby badanej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 oraz ust. 2 pkt 2–4, doznanym wskutek wypadku lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby zawiera także:

1) określenie stopnia uszkodzenia czynności naruszonego organu, narządu albo układu łącznie z towarzyszącymi powikłaniami;
2) określenie procentowego stopnia uszczerbku na zdrowiu;
3) ustalenie, czy stwierdzony uszczerbek na zdrowiu, powstały wskutek tego wypadku lub choroby, pozostaje w związku ze służbą.

3. Orzeczenie komisji lekarskiej dotyczące zmarłego funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego lub Służby Więziennej określa przyczynę śmierci oraz ustalenie, czy śmierć funkcjonariusza jest następstwem wypadku lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby.

4. Orzeczenie komisji lekarskiej dotyczące ustalenia inwalidztwa zawiera:

1) określenie grupy inwalidzkiej;
2) stwierdzenie, czy nastąpiła całkowita utrata zdolności do służby oraz czy istnieje zdolność do pracy;
3) ustalenie, czy osoba badana jest niezdolna do samodzielnej egzystencji;
4) ustalenie daty powstania inwalidztwa;
5) ustalenie daty badania kontrolnego;
6) ustalenie związku lub brak związku inwalidztwa ze służbą.

5. Orzeczenia komisji lekarskich, które ustalają:

1) trwałą lub całkowitą niezdolność do służby,
2) trwałą niezdolność do służby na zajmowanym stanowisku,
3) związek śmierci ze służbą,
4) trwały uszczerbek na zdrowiu na skutek wypadku lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby,
5) całkowitą niezdolność do pracy,

6) trwałą niezdolność do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku

– uzasadnia się szczegółowo.

Art. 37. 1. Rejonowe komisje lekarskie orzekają w składzie co najmniej dwuosobowym. Orzeczenie wydane przez komisję lekarską podpisują wszyscy członkowie komisji. Komisja podejmuje rozstrzygnięcie zwykłą większością głosów. W razie równej liczby głosów, decyduje głos przewodniczącego składu.

2. Członek komisji lekarskiej podlega wyłączeniu od udziału w postępowaniu przed komisją lekarską z urzędu lub na wniosek osoby badanej albo osoby zainteresowanej, jeżeli:

1) wydał zaskarżone orzeczenie;
2) jest małżonkiem, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia lekarza, który wydał zaskarżone orzeczenie;
3) zaskarżone orzeczenie wydał lekarz pozostający z nim w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli;
4) zaskarżone orzeczenie wydał lekarz pozostający wobec niego w stosunku nadrzędności lub podrzędności służbowej.

3. Powody wyłączenia członka komisji lekarskiej od udziału w postępowaniu trwają także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

4. Członek komisji lekarskiej, który ma zdanie odrębne w sprawie orzeczenia, może wnieść je na piśmie wraz z uzasadnieniem. Zgłoszenie zdania odrębnego odnotowuje się przy podpisie złożonym na orzeczeniu przez zamieszczenie odpowiedniej wzmianki. Zdanie odrębne załącza się do treści orzeczenia.

Art. 38. 1. Orzeczenie rejonowej komisji lekarskiej doręcza się niezwłocznie na piśmie wraz z uzasadnieniem osobie badanej lub osobie zainteresowanej, oraz podmiotowi kierującemu do komisji lekarskiej, a w razie wypadku lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby – organowi właściwemu do ustalania prawa do świadczenia odszkodowawczego przysługującego w razie wypadku lub choroby pozostających w związku ze służbą.

2. Egzemplarz orzeczenia pozostawia się w aktach rejonowej komisji lekarskiej.

3. Przez osobę zainteresowaną, o której mowa w ust. 1, należy rozumieć osobę uprawnioną do świadczeń odszkodowawczych.

Rozdział 3

Postępowanie odwoławcze

Art. 39. 1. Od orzeczenia rejonowej komisji lekarskiej osobie badanej lub podmiotowi kierującemu tę osobę do rejonowej komisji lekarskiej w celu wydania orzeczenia przysługuje odwołanie.

2. Prawo odwołania od orzeczenia rejonowej komisji lekarskiej ustalającego związek śmierci funkcjonariusza służb, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, ze służbą przysługuje małżonkowi lub innemu uprawnionemu członkowi rodziny zmarłego.

3. Przedmiotem odwołania może być orzeczenie w całości lub w części. Odwołanie nie wymaga szczegółowego uzasadnienia.

Art. 40. 1. Odwołanie wnosi się na piśmie do Centralnej Komisji Lekarskiej za pośrednictwem rejonowej komisji lekarskiej, która wydała orzeczenie, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia rejonowej komisji lekarskiej.

2. Odwołanie wniesione po terminie określonym w ust. 1 nie podlega rozpatrzeniu. W przypadku gdy naruszenie terminu do wniesienia odwołania nastąpiło z przyczyn niezależnych od osoby zainteresowanej, Centralna Komisja Lekarska, na uzasadniony wniosek tej osoby, rozpatruje odwołanie mimo upływu terminu do jego wniesienia.

Art. 41. Rejonowa komisja lekarska przesyła odwołanie, również wniesione po terminie, wraz z dokumentacją medyczną i uzasadnieniem orzeczenia do Centralnej Komisji Lekarskiej w terminie 14 dni od dnia otrzymania odwołania.

Art. 42. Centralna Komisja Lekarska rozpatruje odwołanie w składzie trzyosobowym.

Art. 43. Centralna Komisja Lekarska rozpatruje odwołanie w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania albo w terminie 60 dni od dnia jego otrzymania w przypadku konieczności wykonania dodatkowych badań lub uzyskania dodatkowych dokumentów, po zapoznaniu się ze wszystkimi dokumentami w sprawie, a w razie potrzeby również po przeprowadzeniu niezbędnych badań lub po zleceniu przeprowadzenia dodatkowych badań lekarskich, w tym obserwacji szpitalnej, lub po dostarczeniu na jej żądanie dodatkowych dokumentów. Przepis art. 37 ust. 4 stosuje się odpowiednio.

Art. 44. 1. Centralna Komisja Lekarska po rozpatrzeniu odwołania:

1) utrzymuje w mocy zaskarżone orzeczenie albo
2) uchyla zaskarżone orzeczenie w całości lub w części i wydaje nowe, albo

3) uchyla zaskarżone orzeczenie i przekazuje sprawę do ponownego rozpatrzenia przez rejonową komisję lekarską.

2. Centralna Komisja Lekarska nie może wydać nowego orzeczenia na niekorzyść osoby badanej, chyba że zaskarżone orzeczenie jest sprzeczne z prawem lub zostało wydane z pominięciem istotnych okoliczności faktycznych.

3. Do postępowania odwoławczego prowadzonego przez Centralną Komisję Lekarską stosuje się odpowiednio przepisy o postępowaniu przed rejonowymi komisjami lekarskimi.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, Centralna Komisja Lekarska niezwłocznie zwraca dokumentację orzeczniczą do rejonowej komisji lekarskiej. Rejonowa komisja lekarska wydaje nowe orzeczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania dokumentacji.

Rozdział 4

Tryb kontroli prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego

Art. 45. 1. Kontrolę prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego przeprowadzają osoby zatrudnione w jednostce organizacyjnej zapewniającej realizację zadań przez komisję, upoważnione przez przewodniczącego rejonowej komisji lekarskiej.

2. W razie stwierdzenia w trakcie kontroli, że funkcjonariusz wykonuje pracę zarobkową albo wykorzystuje zwolnienie lekarskie w inny sposób niezgodny z jego celem, osoba kontrolująca sporządza protokół, w którym wskazuje, na czym polegało nieprawidłowe wykorzystanie zwolnienia lekarskiego.

3. Protokół przedstawia się funkcjonariuszowi, który może zgłosić do niego uwagi na piśmie. W przypadku zgłoszenia uwag przez funkcjonariusza, załącza się je do protokołu.

4. W razie niemożności lub odmowy podpisania protokołu przez funkcjonariusza, osoba przeprowadzająca kontrolę zamieszcza w protokole odpowiednią wzmiankę, podając przyczyny braku podpisu.

5. O dokonanym ustaleniu komisja lekarska niezwłocznie zawiadamia przełożonego właściwego w sprawach osobowych funkcjonariusza oraz zainteresowanego funkcjonariusza.

Rozdział 5

Dokumentacja komisji lekarskich

Art. 46. 1. Komisje lekarskie gromadzą, prowadzą i przechowują dokumentację zebraną w toku postępowania.

2. Podstawowe ustalenia zawarte w protokole badania lekarskiego i w orzeczeniu komisji lekarskiej wpisuje się do rejestru orzeczeń.

3. Minister właściwy do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, wzór orzeczenia komisji lekarskiej oraz wzór rejestru orzeczeń, uwzględniając dokumentację zebraną w toku postępowania przed komisją lekarską, w tym dokumentację medyczną oraz odpowiednie wykazy chorób i ułomności.

Art. 47. Dokumentację komisje lekarskie przechowują i udostępniają na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742 oraz z 2013 r. poz. 1245).

DZIAŁ V

Przepisy zmieniające

Art. 48. W ustawie z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r. poz. 461, z późn. zm.[2)]) w art. 29 w ust. 1a w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego.”;

Art. 49. W ustawie z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2011 r. Nr 287, poz. 1687, ze zm.[3)]) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 26 uchyla się ust. 2;

2) po art. 40 dodaje się art. 40a w brzmieniu:

„Art. 40a. Funkcjonariusz jest obowiązany poddać się badaniom zleconym przez komisję lekarską, w tym również badaniom specjalistycznym, psychologicznym i dodatkowym, a gdy zachodzi potrzeba – obserwacji w podmiocie leczniczym.”;

3) w art. 41 w ust. 2 po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:

„7a) dwukrotnego nieusprawiedliwionego niestawienia się na badanie lekarskie lub obserwację, o których mowa w art. 40a, lub niepoddania się im, chyba że skierowanie do komisji lekarskiej nastąpiło na wniosek policjanta;”.

---

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 1101, 1407 i 1445, z 2013 r. poz. 852 i 1355 oraz z 2014 r. poz. 619 i 773.

3) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 627, 664, 908, 951 i 1529, z 2013 r. poz. 628, 675 i 1351 oraz z 2014 r. poz. 24, 486, 502, 538 i 616. Tekst jednolity nie uwzględnia zmian ogłoszonych w Dz. U. z 2011 r. Nr 217, poz. 1280 i Nr 230, poz. 1371.

Art. 50. W ustawie z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2011 r. Nr 116, poz. 675, z późn. zm.[4)]) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 32 uchyla się ust. 1a i 2;

2) w art. 44 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Funkcjonariusz jest obowiązany poddać się badaniom zleconym przez komisję lekarską, w tym również badaniom specjalistycznym, psychologicznym i dodatkowym, a gdy zachodzi potrzeba – obserwacji w podmiocie leczniczym.”;

3) w art. 45 w ust. 2 pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) dwukrotnego nieusprawiedliwionego niestawienia się na badanie lub obserwację, o których mowa w art. 44 ust. 2, lub niepoddania się im, chyba że skierowanie do komisji lekarskiej nastąpiło na wniosek funkcjonariusza;”.

Art. 51. W ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1340 i 1351 oraz z 2014 r. poz. 502 i 616) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 29 uchyla się ust. 2;

2) w art. 42 po ust. 2a dodaje się ust. 2b w brzmieniu:

„2b. Strażak jest obowiązany poddać się badaniom zleconym przez komisję lekarską, w tym również badaniom specjalistycznym, psychologicznym i dodatkowym, a gdy zachodzi potrzeba – obserwacji w podmiocie leczniczym.”;

3) w art. 43 w ust. 3 w pkt 6 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 7 w brzmieniu:

„7) dwukrotnego nieusprawiedliwionego niestawienia się na badanie lekarskie lub obserwację, o których mowa w art. 42 ust. 2b, lub niepoddanie się im, chyba że skierowanie do komisji lekarskiej nastąpiło na wniosek strażaka.”.

Art. 52. W ustawie z dnia 28 września 1991 r. o kontroli skarbowej (Dz. U. z 2011 r. Nr 41, poz. 214, z późn. zm.[5)]) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 42h:

a) w ust. 1 uchyla się zdanie drugie,

b) uchyla się ust. 2;

[4)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 117, poz. 677, Nr 170, poz. 1015, Nr 171, poz. 1016 i Nr 230, poz. 1371, z 2012 r. poz. 627, 664, 769 i 951, z 2013 r. poz. 628, 675, 829, 1351 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 486, 502, 616 i 619.

[5)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 53, poz. 273 i Nr 230, poz. 1371, z 2012 r. poz. 362 i 1544 oraz z 2013 r. poz. 628 i 1145.

2) w art. 42j:

a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Inspektorzy i pracownicy, o których mowa w ust. 1, są obowiązani poddać się badaniom zleconym przez właściwą komisję lekarską, w tym również badaniom specjalistycznym, psychologicznym i dodatkowym, a gdy zachodzi potrzeba – obserwacji w podmiocie leczniczym.”,

b) ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4. Przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio do pracownika, o którym mowa w ust. 1, który dwukrotnie, bez usprawiedliwienia nie stawił się:

1) przed komisją lekarską, do której został skierowany w celu określenia jego stanu zdrowia;

2) na badania lub obserwację w podmiocie leczniczym, wyznaczone zgodnie z art. 42j ust. 1a.

5. Trwała utrata zdolności do pracy w komórkach organizacyjnych, o których mowa w art. 11g ust. 1, albo w wywiadzie skarbowym orzeczona przez właściwą komisję lekarską, dwukrotne nieusprawiedliwione niestawienie się przed tą komisją przez inspektora lub dwukrotne nieusprawiedliwione niestawienie się przez niego na badania lub obserwację w podmiocie leczniczym wyznaczone zgodnie z art. 42j ust. 1a, lub niepoddanie się im, stanowi podstawę do przeniesienia inspektora na stanowisko niewymagające takich zdolności w jednostce organizacyjnej kontroli skarbowej, w której jest zatrudniony.”.

Art. 53. W ustawie z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2013 r. poz. 667, 675, 1623 i 1717 oraz z 2014 r. poz. 502 i 696) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 21:

a) w ust. 1 uchyla się pkt 3,

b) uchyla ust. 1b,

c) uchyla się ust. 2–5a;

2) w art. 21a po ust. 2 dodaje się ust. 3 i 4 w brzmieniu:

„3. Komisja lekarska może orzec, że badanie kontrolne jest zbędne, jeżeli przebieg choroby powodującej inwalidztwo wskazuje, że zmiana grupy inwalidzkiej ustalonej w orzeczeniu nie nastąpi w ogóle.

4. Inwalida może w każdym czasie zgłosić wniosek o przeprowadzenie badania w celu zaliczenia do innej grupy inwalidztwa, jeżeli lekarz podstawowej opieki zdrowotnej stwierdził zaświadczeniem istotne pogorszenie stanu zdrowia.”.

Art. 54. W ustawie z dnia 16 marca 2001 r. o Biurze Ochrony Rządu (Dz. U. z 2014 r. poz. 170, 502 i 616) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 21 uchyla się ust. 3;

2) po art. 34 dodaje się art. 34a w brzmieniu:

„Art. 34a. Funkcjonariusz jest obowiązany poddać się badaniom zleconym przez komisję lekarską, w tym również badaniom specjalistycznym, psychologicznym i dodatkowym, a gdy zachodzi potrzeba – obserwacji w podmiocie leczniczym.”;

3) w art. 35 w ust. 2 po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) dwukrotnego nieusprawiedliwionego niestawienia się na badanie lekarskie lub obserwację, o których mowa w art. 34a, lub niepoddania się im, chyba że skierowanie do komisji lekarskiej nastąpiło na wniosek funkcjonariusza;”.

Art. 55. W ustawie z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu (Dz. U. z 2010 r. Nr 29, poz. 154, z późn. zm.[6)]) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 59 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Funkcjonariusz jest obowiązany poddać się badaniom zleconym przez komisję lekarską, w tym również badaniom specjalistycznym, psychologicznym i dodatkowym, a gdy zachodzi potrzeba – obserwacji w podmiocie leczniczym.”;

2) po art. 59 dodaje się art. 59a w brzmieniu:

„Art. 59a. 1. Komisje lekarskie, o których mowa w art. 59, są również właściwe w sprawach:

1) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza doznanego wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby lub choroby pozostającej

---

6) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 182, poz. 1228 i Nr 238, poz. 1578, z 2011 r. Nr 53, poz. 273, Nr 84, poz. 455, Nr 117, poz. 677 i Nr 230, poz. 1371, z 2012 r. poz. 627 i 908, z 2013 r. poz. 628, 675, 1247 i 1351 oraz z 2014 r. poz. 502, 544 i 616.

w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby, a także związku śmierci funkcjonariusza z wypadkiem lub chorobą pozostającą w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby;

2) uznania funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, emeryta i rencisty policyjnego za inwalidę oraz uznania go za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, a także związku śmierci funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, emeryta i rencisty policyjnego ze służbą;

3) kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego.

2. Od orzeczenia komisji lekarskiej przysługuje odwołanie do komisji lekarskiej wyższego stopnia w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia.

3. W przypadku orzeczenia niezdolności do służby komisja lekarska orzeka również o grupie inwalidzkiej w rozumieniu przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin.

4. Kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby polega na ustaleniu okresu zwolnienia od zajęć służbowych z powodu przebywania na zwolnieniu lekarskim.

5. W przypadku ustalenia wcześniejszej daty ustania przyczyny będącej podstawą zwolnienia od zajęć służbowych niż orzeczona w zaświadczeniu lekarskim, zaświadczenie to traci ważność za okres od tej daty, jednak nie wcześniej niż od dnia badania lekarskiego przeprowadzonego przez komisję lekarską.

6. W przypadku gdy funkcjonariusz nie poddaje się badaniom lekarskim lub uniemożliwia ich przeprowadzenie lub nie dostarcza wyników badań lekarskich mimo wezwania komisji lekarskiej, zaświadczenie lekarskie traci również ważność od dnia następującego po terminie wskazanym w wezwaniu.

7. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 i 6, komisja lekarska orzeka o zdolności funkcjonariusza do służby i informuje o tym lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie.

8. Komisja lekarska może skierować funkcjonariusza na badanie specjalistyczne oraz zlecić wykonanie badań pomocniczych w wyznaczonym terminie.

9. Kontrola prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego polega na ustaleniu, czy funkcjonariusz w okresie orzeczonego zwolnienia od zajęć służbowych, w tym w razie konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny lub zwolnienia w wyniku decyzji wydanej przez właściwy organ albo uprawniony podmiot na podstawie przepisów o zwalczaniu chorób zakaźnych albo o zwalczaniu gruźlicy, nie wykonuje pracy zarobkowej lub nie wykorzystuje zwolnienia lekarskiego w sposób niezgodny z jego celem.

10. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego, komisja lekarska niezwłocznie zawiadamia przełożonego funkcjonariusza o dokonanym ustaleniu.

11. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:

1) właściwość i tryb postępowania komisji lekarskich w sprawach, o których mowa w ust. 1;
2) tryb kierowania do komisji lekarskich oraz podmioty właściwe w tych sprawach;
3) szczegółowy sposób orzekania w sprawach, o których mowa w ust. 1, w tym niezbędną dokumentację medyczną i inne dokumenty mogące stanowić podstawę orzeczenia;
4) wzory orzeczeń komisji lekarskich w tych sprawach.

12. W rozporządzeniu, o którym mowa w ust. 11, należy w szczególności uwzględnić potrzebę zapewnienia sprawności postępowania oraz przejrzystości stosowanych kryteriów oceny stanu zdrowia funkcjonariuszy, jak również jednolitości sposobu orzekania o stanie zdrowia funkcjonariusza.”;

3) w art. 60 w ust. 2 pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) dwukrotnego nieusprawiedliwionego niestawienia się na badanie lekarskie lub obserwację, o których mowa art. 59 ust. 1a, lub niepoddanie się im, chyba że skierowanie do komisji lekarskiej nastąpiło na wniosek funkcjonariusza;”.

Art. 56. W ustawie z dnia 9 czerwca 2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz. U. z 2012 r. poz. 621, z późn. zm.[7)]) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 25 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Jeżeli w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez CBA z pomocy osób, o których mowa w ust. 1, osoby te utraciły życie lub poniosły

---

[7)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 627 i 664, z 2013 r. poz. 628, 675, 1247 i 1351 oraz z 2014 r. poz. 502 i 616.

uszczerbek na zdrowiu, osobom tym lub ich spadkobiercom przysługuje odszkodowanie.”;

2) w art. 49 uchyla się ust. 2;

3) w art. 63 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Funkcjonariusz jest obowiązany poddać się badaniom zleconym przez komisję, w tym również badaniom specjalistycznym, psychologicznym i dodatkowym, a gdy zachodzi potrzeba – obserwacji w podmiocie leczniczym.”;

4) w art. 64 w ust. 2 po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:

„6a) dwukrotnego nieusprawiedliwionego niestawienia się na badanie lekarskie lub obserwację, o których mowa w art. 63 ust. 1a, lub niepoddania się im, chyba że skierowanie do komisji nastąpiło na wniosek funkcjonariusza;”.

Art. 57. W ustawie z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (Dz. U. Nr 104, poz. 710, z późn. zm.[8)]) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 4:

a) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Komisja lekarska jest również właściwa w sprawach:

1) uznania funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, emeryta i rencisty policyjnego za inwalidę oraz uznania go za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, a także związku śmierci funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, emeryta i rencisty policyjnego ze służbą;

2) kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego.”,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Orzeczenie o zaliczeniu danej osoby do jednej z kategorii, o których mowa w ust. 1, właściwa komisja lekarska wydaje na podstawie badania lekarskiego fizycznej i psychicznej zdolności tej osoby do służby, a w razie potrzeby również obserwacji w podmiocie leczniczym.”,

---

8) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 114, poz. 957, z 2010 r. Nr 113, poz. 745, Nr 182, poz. 1228, Nr 230, poz. 1510 i Nr 238, poz. 1578, z 2011 r. Nr 117, poz. 677, z 2013 r. poz. 675 i 1351 oraz z 2014 r. poz. 502.

c) po ust. 3 dodaje się ust. 3a–3i w brzmieniu:

„3a. Od orzeczenia komisji lekarskiej przysługuje odwołanie do komisji lekarskiej wyższego stopnia w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia.

3b. W przypadku orzeczenia niezdolności do służby komisja lekarska orzeka również o grupie inwalidzkiej w rozumieniu przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin.

3c. Kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby polega na ustaleniu okresu zwolnienia od zajęć służbowych z powodu przebywania na zwolnieniu lekarskim.

3d. W przypadku ustalenia wcześniejszej daty ustania przyczyny będącej podstawą zwolnienia od zajęć służbowych niż orzeczona w zaświadczeniu lekarskim, zaświadczenie to traci ważność za okres od tej daty, jednak nie wcześniej niż od dnia badania lekarskiego przeprowadzonego przez komisję lekarską.

3e. W przypadku gdy funkcjonariusz nie poddaje się badaniom lekarskim lub uniemożliwia ich przeprowadzenie lub nie dostarcza wyników badań lekarskich mimo wezwania komisji lekarskiej, zaświadczenie lekarskie traci również ważność od dnia następującego po terminie wskazanym w wezwaniu.

3f. W przypadku, o którym mowa w ust. 3d i 3e, komisja lekarska orzeka o zdolności funkcjonariusza do służby i informuje o tym lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie.

3g. Komisja lekarska może skierować funkcjonariusza na badanie specjalistyczne oraz zlecić wykonanie badań pomocniczych w wyznaczonym terminie.

3h. Kontrola prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego polega na ustaleniu, czy funkcjonariusz w okresie orzeczonego zwolnienia od zajęć służbowych, w tym w razie konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny lub zwolnienia w wyniku decyzji wydanej przez właściwy organ albo uprawniony podmiot na podstawie przepisów o zwalczaniu chorób zakaźnych albo o zwalczaniu gruźlicy, nie wykonuje pracy

zarobkowej lub nie wykorzystuje zwolnienia lekarskiego w sposób niezgodny z jego celem.

3i. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego, komisja lekarska niezwłocznie zawiadamia przełożonego funkcjonariusza o dokonanym ustaleniu.”,

d) w ust. 5:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) właściwość i tryb postępowania komisji lekarskich w sprawach, o których mowa w ust. 2, 2a i 4;”,

– pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) szczegółowe warunki orzekania w sprawach, o których mowa w ust. 2, 2a i 4;”;

2) w art. 18 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Funkcjonariusz jest obowiązany poddać się badaniom zleconym przez komisję, w tym również badaniom specjalistycznym, psychologicznym i dodatkowym, a gdy zachodzi potrzeba – obserwacji w podmiocie leczniczym.”;

3) w art. 19 w ust. 2 pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) dwukrotnego nieusprawiedliwionego niestawienia się na badanie lekarskie lub obserwację, o których mowa w art. 18 ust. 1a, lub niepoddanie się im, chyba że skierowanie do komisji nastąpiło na prośbę funkcjonariusza;”.

Art. 58. W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742 oraz z 2013 r. poz. 1245) w art. 26 w ust. 3 po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:

„7a) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji – w celu kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby;”.

Art. 59. W ustawie z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2014 r. poz. 173, 502 i 616) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 96 w ust. 2 pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) dwukrotnego nieusprawiedliwionego niestawienia na badanie lekarskie lub obserwację, o których mowa w art. 111, lub niepoddanie się im, chyba że skierowanie do komisji lekarskiej nastąpiło na prośbę funkcjonariusza;”;

2) w art. 110 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Minister Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, zakres i sposób przeprowadzania testu sprawności fizycznej, uwzględniając w szczególności charakter służby oraz warunki jej pełnienia.”;

3) w art. 205 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) tryb zwiększenia funduszu na nagrody roczne, nagrody uznaniowe i zapomogi o środki finansowe uzyskane z tytułu zmniejszenia uposażeń, o którym mowa w art. 60h,”.

DZIAŁ VI

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Rozdział 1

Przepisy przejściowe i dostosowujące

Art. 60. Dotychczas stosowane kategorie zdrowia określające stopień zdolności fizycznej i psychicznej do służby ulegają zmianie:

1) w stosunku do funkcjonariuszy pełniących służbę w Biurze Ochrony Rządu:

a) kategoria „Z” staje się kategorią „A”,

b) kategoria „C” staje się kategorią „B”,

c) kategoria „N” staje się kategorią „C”,

2) w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym:

a) kategoria „Z” z oznaczeniem „A” staje się kategorią „Z” w stosunku do kandydatów i kategorią „A” w stosunku do funkcjonariuszy,

b) kategoria „Z” z oznaczeniem „C” staje się kategorią „B” w stosunku do funkcjonariuszy,

c) kategoria „N” z oznaczeniem „D” staje się kategorią „N” w stosunku do kandydatów i kategorią „C” w stosunku do funkcjonariuszy,

3) w stosunku do funkcjonariuszy pełniących służbę w Służbie Więziennej, Policji, Straży Granicznej oraz Państwowej Straży Pożarnej:
   a) kategoria „C” staje się kategorią „B”,
   b) kategoria „D” staje się kategorią „C”,
4) w stosunku do kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym, a także pracowników wywiadu skarbowego:
   a) kategoria „C” staje się kategorią „B”,
   b) kategoria „D” staje się kategorią „C”

– w rozumieniu przepisów niniejszej ustawy.

Art. 61. Znosi się komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, utworzone lub działające na podstawie przepisów obowiązujących do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 62. Z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy tworzy się komisje lekarskie, o których mowa w art. 1.

Art. 63. 1. Sprawy wszczęte i niezakończone przed komisjami lekarskimi, o których mowa w art. 61, do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy prowadzą dalej komisje lekarskie utworzone na podstawie niniejszej ustawy.

2. Sprawy, o których mowa w ust. 1, w tym zebrana w toku postępowań dokumentacja, również wytworzona w formie elektronicznej, zostaną przekazane komisjom lekarskim utworzonym na podstawie niniejszej ustawy zgodnie z właściwością określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ust. 3 albo Centralnej Komisji Lekarskiej w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Rozdział 2

Przepis końcowy

Art. 64. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., z wyjątkiem art. 59 pkt 3, który wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

Celem proponowanych zmian jest systemowe uregulowanie organizacji struktur orzecznictwa lekarskiego oraz nadanie rangi ustawowej przepisom prawnym statuującym ich funkcjonowanie. Konieczność istnienia odrębnego pionu orzecznictwa lekarskiego w resorcie spraw wewnętrznych wynika ze specyfiki zadań i zagrożeń zdrowia i życia funkcjonariuszy służb podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych albo Ministrowi Sprawiedliwości. Służba w Policji, Straży Granicznej, Biurze Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej, Służbie Więziennej oraz Centralnym Biurze Antykorupcyjnym związana jest ze stałym narażeniem życia i zdrowia na urazy fizyczne i psychiczne, wymaga stałej dyspozycyjności oraz zmiennego rytmu dobowego służby, stałej i pełnej sprawności psychofizycznej. Z uwagi na powyższe, kandydaci i funkcjonariusze ww. formacji muszą spełniać wysokie wymagania zdrowotne przy przyjęciu do służby oraz przez cały okres jej trwania. Komisje lekarskie podległe Ministrowi Spraw Wewnętrznych mają zapewnić właściwy dobór kandydatów do służby, dokonują oceny stanu zdrowia funkcjonariuszy pełniących służbę oraz orzekają o konieczności zakończenia służby ze względów zdrowotnych.

Obowiązujące aktualnie przepisy rangi ustawowej nie regulują problematyki funkcjonowania komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, w tym organizacji komisji lekarskich, ich właściwości oraz trybu postępowania, jak również orzekania w przedmiocie oceny zdolności do służby funkcjonariuszy poszczególnych służb mundurowych. Przepisy poszczególnych ustaw pragmatycznych odsyłają do uregulowania tej materii w rozporządzeniach wydanych na ich podstawie i tak przykładowo w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2011 r. Nr 287, poz. 1687, z późn. zm.) oraz art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2011 r. Nr 116, poz. 675, z późn. zm.) zawarto upoważnienia dla ministra właściwego do spraw wewnętrznych do określenia w rozporządzeniu zasad oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby, a także trybu orzekania o tej zdolności oraz właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich w tych sprawach. Podobnej treści upoważnienie zawarte zostało m.in. w art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1340, z późn. zm.).

Podstawowym aktem, który określa zasady i tryb działania komisji lekarskich oraz zasady orzekania, jest rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 9 lipca 1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych (Dz. U. Nr 79, poz. 349, z późn. zm.), które zostało wydane na podstawie

kilku podstaw prawnych. W akcie tym uregulowano organizację struktur komisji lekarskich Ministra Spraw Wewnętrznych, która zakłada orzekanie w dwóch instancjach: przez wojewódzkie komisje lekarskie działające jako pierwsza instancja, i okręgowe komisje lekarskie działające jako druga instancja. Wojewódzkie komisje lekarskie są właściwe w zakresie badań i wydawania orzeczeń w sprawach określonych w § 1 ww. rozporządzenia, w stosunku do osób pełniących służbę lub zamieszkałych w miejscowości objętej zakresem działania tych komisji.

Natomiast okręgowe komisje lekarskie są właściwe w zakresie: zatwierdzania orzeczeń wydanych przez wojewódzkie komisje lekarskie, rozpatrywania odwołań od orzeczeń wojewódzkich komisji lekarskich, orzekania w sprawach, określonych w § 1 ww. rozporządzenia, w razie uchylenia orzeczenia wojewódzkiej komisji lekarskiej oraz sprawowania fachowego nadzoru nad merytoryczną działalnością wojewódzkich komisji lekarskich.

Aktualnie w strukturze komisji lekarskich znajduje się ponadto Centralna Komisja Lekarska, która jest właściwa w zakresie:

1) sprawowania fachowego nadzoru nad merytoryczną działalnością komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych;
2) udzielania wytycznych w zakresie orzecznictwa lekarskiego oraz rozstrzygania kwestii spornych lub nasuwających szczególne wątpliwości;
3) rozpatrywania zasadności sprzeciwów od orzeczeń komisji lekarskich, w przypadku ich zgłoszenia przez członka komisji lekarskiej mającego w sprawie zdanie odrębne;
4) współpracy z właściwymi jednostkami organizacyjnymi resortu spraw wewnętrznych oraz organami i jednostkami organizacyjnymi spoza resortu w sprawach orzecznictwa lekarskiego;
5) współpracy z instytucjami naukowo-lekarskimi w celu fachowego poziomu badań komisyjno-lekarskich.

Aktualnie komisje lekarskie orzekają w składzie trzech osób. Prawo odwołania przysługuje od każdego nieprawomocnego orzeczenia komisji lekarskiej. Odwołanie wnosi się do właściwej okręgowej komisji lekarskiej za pośrednictwem komisji, która wydała orzeczenie, w terminie 14 dni od doręczenia zawiadomienia. Okręgowa komisja lekarska rozpatruje orzeczenia wojewódzkich komisji lekarskich w składzie trzech osób.

Orzeczenia wojewódzkiej komisji lekarskiej, od których nie wniesiono odwołania lub sprzeciwu, i orzeczenia, do których okręgowa komisja lekarska nie ma zastrzeżeń – zostają

przez nią zatwierdzone. Orzeczenia wojewódzkiej komisji lekarskiej zatwierdzone przez okręgową komisję lekarską są ostateczne.

Natomiast w przypadku niezatwierdzenia orzeczenia wojewódzkiej komisji lekarskiej, okręgowa komisja lekarska uchyla je oraz:

1) wydaje nowe orzeczenie, które jest ostateczne, lub
2) zarządza ponowne badanie i wydanie nowego orzeczenia przez wojewódzką komisję lekarską, z zastrzeżeniem pkt 3, albo
3) gdy uchylone orzeczenie dotyczy spraw związanych z ustaleniem stopnia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego wypadkiem lub chorobą, pozostającymi w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby, zwraca je wraz ze swoją opinią co do zasadności ustaleń wojewódzkiej komisji lekarskiej w celu ponownego rozpatrzenia sprawy i wydania nowego orzeczenia. Opinia okręgowej komisji lekarskiej jest wiążąca dla wojewódzkiej komisji lekarskiej.

Orzeczenia wojewódzkiej komisji lekarskiej wydane po uwzględnieniu opinii okręgowej komisji lekarskiej przesyła się przewodniczącemu tej komisji w celu zatwierdzenia.

Natomiast w przypadku gdy Centralna Komisja Lekarska rozpatruje zasadność sprzeciwu od orzeczenia komisji lekarskiej, może: utrzymać w mocy orzeczenie albo uchylić orzeczenie i przekazać sprawę do ponownego rozpatrzenia. Opinia Centralnej Komisji Lekarskiej jest w takim przypadku wiążąca dla komisji niższego szczebla.

Centralnej Komisji Lekarskiej przysługuje ponadto uprawnienie do uchylania w trybie nadzoru każdego orzeczenia komisji lekarskiej sprzecznego z prawem i zasadnością orzecznictwa lub wydanego z pominięciem istotnych okoliczności faktycznych. W przypadku uchylenia orzeczenia komisji lekarskiej w tym trybie Centralna Komisja Lekarska zarządza ponowne rozpatrzenie sprawy przez komisję lekarską, której orzeczenie zostało uchylone. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Centralna Komisja Lekarska może wyznaczyć rozpatrzenie sprawy przez inną, równorzędną komisję lekarską. Orzeczenie komisji lekarskiej wydane w ww. trybie jest ostateczne.

Organizacja i funkcjonowanie komisji lekarskich

W zakresie organizacji i funkcjonowania komisji lekarskich projekt przewiduje poniższe rozwiązania, bazujące na obecnym stanie prawnym.

1. Określono zakres właściwości rzeczowej komisji lekarskich w art. 1 projektu ustawy, a mianowicie komisje lekarskie są właściwe w sprawach:

1) ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej kandydatów do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu, Centralnym Biurze Antykorupcyjnym i Służbie Więziennej;
2) oceny stanu zdrowia funkcjonariuszy służb wskazanych w pkt 1 oraz ustalenia ich zdolności fizycznej i psychicznej do służby;
3) ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym, a także pracowników wywiadu skarbowego;
4) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza służb wskazanych w pkt 1 doznanego wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby, zwanego dalej „wypadkiem", lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby, a także o związku śmierci funkcjonariusza z wypadkiem lub chorobą pozostającą w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby;
5) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu osób niebędących funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej lub Centralnego Biura Antykorupcyjnego, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy poniosły uszczerbek na zdrowiu, oraz związku tego stopnia uszczerbku z tym zdarzeniem albo śmierci z tym zdarzeniem;
6) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej oraz członków ochotniczej straży pożarnej, którzy doznali uszczerbku na zdrowiu w związku z udziałem w działaniach ratowniczych lub ćwiczeniach;
7) ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu osób udzielających pomocy pracownikom wywiadu skarbowego w wykonywaniu czynności operacyjno-rozpoznawczych, które w czasie udzielania tej pomocy lub w związku z jej udzieleniem poniosły uszczerbek na zdrowiu, albo związku śmierci z tym zdarzeniem;
8) uznania funkcjonariusza służb wskazanych w pkt 1 i funkcjonariusza zwolnionego z tych służb za inwalidę lub o uznaniu go za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, jak również ustalenia związku albo braku związku inwalidztwa ze służbą albo ustalenia związku albo braku związku śmierci ze służbą funkcjonariusza i funkcjonariusza zwolnionego ze służby;
9) ustalenia zdolności do pracy funkcjonariuszy służb, o których mowa w pkt 1, zwolnionych ze służby, w celu określenia grupy inwalidzkiej;

10) potrzeby udzielenia urlopu zdrowotnego funkcjonariuszowi Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej;
11) kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego przez funkcjonariuszy służb, o których mowa w pkt 1.

Komisje te będą właściwe, zgodnie z art. 2 projektu ustawy, do orzekania wobec:

1) kandydatów do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu, Centralnym Biurze Antykorupcyjnym i Służbie Więziennej;
2) funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej;
3) funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej, zwolnionych ze służby lub których stosunek służbowy wygasł;
4) emerytów i rencistów policyjnych;
5) kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym, a także pracowników wywiadu skarbowego;
6) osób niebędących funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej lub Centralnego Biura Antykorupcyjnego, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy utraciły życie lub poniosły uszczerbek na zdrowiu;
7) strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej oraz członków ochotniczej straży pożarnej;
8) osób udzielających pomocy pracownikom wywiadu skarbowego w wykonywaniu czynności operacyjno-rozpoznawczych, które w czasie udzielania tej pomocy lub w związku z jej udzieleniem utraciły życie lub poniosły uszczerbek na zdrowiu.

Projekt przewiduje objęcie właściwością komisji lekarskich osób niebędących funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej lub Centralnego Biura Antykorupcyjnego, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy utraciły życie lub poniosły uszczerbek na zdrowiu. Powyższe wynika z dotychczasowych regulacji zawartych w pragmatykach ww. służb. Przykładowo z art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1340 i 1351) wynika uprawnienie tych osób do świadczeń

odszkodowawczych, a z rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 26 listopada 1997 r. w sprawie zakresu, szczegółowych zasad i trybu przyznawania świadczeń i odszkodowań osobom nie będącym strażakami w razie wypadku lub poniesienia szkody w mieniu w związku z udzielaniem pomocy lub udziałem w ćwiczeniach organizowanych przez Państwową Straż Pożarną (Dz. U. Nr 145, poz. 980 oraz z 1999 r. Nr 99, poz. 1167) wynika właściwość komisji lekarskich podległych MSW w tych sprawach. Projekt nie obejmuje w tym zakresie osób pomagających funkcjonariuszom Biura Ochrony Rządu i Służby Więziennej, ze względu na brak aktualnie ww. uprawnienia w stosunku do powyższych kategorii osób.

2. Ponadto do zadań komisji lekarskich należy współdziałanie z jednostkami medycyny pracy, którego sposób i tryb określi szczegółowo akt wykonawczy.

3. W projekcie ustawy wskazano zasady, jakimi kierować się będą komisje lekarskie, orzekając zgodnie ze swoją właściwością. A zatem określono stopnie zdolności do służby i pracy zarówno kandydatów, jak i funkcjonariuszy i pracowników. Natomiast wykaz chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby albo pracy, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o zdolności lub niezdolności kandydata albo funkcjonariusza, albo pracownika, określą akty wykonawcze wydane przez upoważnione organy.

4. Ujednolicono kategorie zdolności do służby, wprowadzając następujące kategorie: A – „zdolny do służby”, B – „zdolny do służby z ograniczeniem”, C – „niezdolny do służby”.

5. Wprowadzono przepisy nakładające na funkcjonariuszy obowiązek poddania się badaniom zleconym przez komisje lekarskie, do których zostali skierowani, w tym również badaniom specjalistycznym, psychologicznym i dodatkowym, a gdy zachodzi potrzeba – obserwacji w podmiocie leczniczym, a ewentualnym skutkiem niespełnienia takiego obowiązku będzie możliwość zwolnienia funkcjonariusza ze służby (z wyłączeniem przypadku, gdy skierowanie do komisji nastąpiło na wniosek funkcjonariusza).

6. Ponadto projekt odnosi się do zasad kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby oraz kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnienia lekarskiego.

7. Kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby polega na ustaleniu okresu zwolnienia od zajęć służbowych z powodu przebywania na zwolnieniu lekarskim. W przypadku ustalenia wcześniejszej daty ustania przyczyny będącej podstawą zwolnienia od zajęć służbowych niż orzeczona w zaświadczeniu lekarskim,

zaświadczenie to traci ważność za okres od tej daty, przy czym data ta nie może być wcześniejsza niż dzień badania lekarskiego przeprowadzonego przez komisję lekarską. Przewiduje się sankcję, w przypadku gdy funkcjonariusz Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej nie poddaje się badaniom lekarskim lub nie dostarcza wyników badań lekarskich, mimo wezwania komisji lekarskiej, zaświadczenie lekarskie traci również ważność od dnia następującego po terminie wskazanym w wezwaniu. W tych przypadkach komisja lekarska orzeka o zdolności funkcjonariusza do służby i informuje o tym lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie, funkcjonariusza oraz jego przełożonego.

8. Kontrola prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego polega na ustaleniu, czy funkcjonariusz Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej w okresie orzeczonego zwolnienia od zajęć służbowych, w tym w razie konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem lub innym chorym członkiem rodziny lub zwolnienia w wyniku decyzji wydanej przez właściwy organ albo uprawniony podmiot na podstawie przepisów o zwalczaniu chorób zakaźnych albo o zwalczaniu gruźlicy, nie wykonuje pracy zarobkowej lub nie wykorzystuje zwolnienia lekarskiego w sposób niezgodny z jego celem. W tym postępowaniu komisja nie wydaje orzeczenia w zwykłym trybie, lecz jedynie dokonuje ustaleń faktycznych. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego, komisja lekarska niezwłocznie zawiadomi: zainteresowanego funkcjonariusza oraz przełożonego funkcjonariusza o dokonanym ustaleniu, co będzie stanowiło podstawę do stwierdzenia utraty do uposażenia przez przełożonego.

9. Komisja lekarska orzeka o potrzebie lub braku potrzeby udzielenia urlopu zdrowotnego funkcjonariuszowi Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej, w przypadku gdy funkcjonariusz, mimo wykorzystania 12 miesięcy zwolnienia od wykonywania obowiązków służbowych z powodu choroby, nie odzyskał zdolności do wykonywania tych obowiązków, a stan jego zdrowia rokuje poprawę w stopniu umożliwiającym dalsze pełnienie służby.

10. Projekt określa też organizację komisji lekarskich. Komisje te orzekają w dwóch instancjach:

1) w pierwszej instancji – rejonowe komisje lekarskie;
2) w drugiej instancji – Centralna Komisja Lekarska.

Rejonowe komisje lekarskie są właściwe w zakresie orzekania wobec osoby zamieszkałej albo pełniącej służbę w miejscowości objętej obszarem właściwości działania komisji.

Projekt zakłada, że na uzasadniony wniosek podmiotu kierującego do komisji lekarskiej lub osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia lekarskiego Centralna Komisja Lekarska może wyrazić zgodę na zmianę właściwości orzekania.

Centralna Komisja Lekarska jest właściwa w zakresie:

1) rozpatrywania odwołań od orzeczeń rejonowych komisji lekarskich;
2) konsultacji w zakresie orzecznictwa lekarskiego oraz rozstrzygania kwestii spornych lub nasuwających szczególne wątpliwości;
3) współpracy z instytucjami naukowo-lekarskimi w celu podnoszenia poziomu orzecznictwa lekarskiego.

Tym samym przewidziano zastąpienie zatwierdzania każdego orzeczenia wydanego przez komisję rejonową trybem skargowym w razie niezgadzania się z treścią orzeczenia.

Sposób działania komisji lekarskich, w szczególności zadania przewodniczącego, w sposób szczegółowy zostanie określony w akcie wykonawczym.

Centralną Komisją Lekarską kieruje jej Przewodniczący, wyznaczany, podobnie jak inni członkowie tej komisji, przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Rejonową komisją lekarską kieruje jej przewodniczący, wyznaczany, podobnie jak inni jej członkowie, przez kierownika jednostki organizacyjnej zapewniającej działanie komisji.

Siedziby i obszary właściwości terytorialnej rejonowych komisji lekarskich zostaną określone w akcie wykonawczym ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Członkami komisji lekarskich będą lekarze, w szczególności specjaliści w zakresie następujących dziedzin medycyny: chorób wewnętrznych, chirurgii, kardiologii, neurologii, psychiatrii, medycyny pracy. Do członków komisji lekarskich stosuje się przepisy ustawy z dnia 16 września 1982 r. o pracownikach urzędów państwowych.

Nadzór nad działalnością komisji lekarskich sprawuje minister właściwy do spraw wewnętrznych za pośrednictwem Przewodniczącego Centralnej Komisji Lekarskiej.

Nadzór będzie obejmował:

1) kontrolę nad merytoryczną działalnością rejonowych komisji lekarskich, w tym kontrolę prawidłowości i jednolitości stosowania zasad orzecznictwa przez lekarzy – członków komisji lekarskich;
2) koordynowanie systemu orzecznictwa, w tym udzielanie komisjom lekarskim wytycznych w zakresie stosowania zasad orzecznictwa i organizowanie szkoleń.

Obsługę organizacyjno-administracyjną i biurową komisji lekarskich zapewni Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Działalność komisji będzie finansowana z budżetu państwa ze środków, których dysponentem jest organ emerytalny wskazany przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, tj. Dyrektora Zakładu Emerytalno-Rentowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

11. W projekcie opisano też szczegółowo tryb postępowania przed komisjami lekarskimi, w tym tryb odwoławczy. Stanowi to ujednolicenie procedur, jakie w obecnym stanie prawnym były opisane w następujących aktach prawnych:

1) rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 9 lipca 1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych (Dz. Nr 79, poz. 349, z późn. zm.),
2) rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 lutego 2004 r. w sprawie oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby w Biurze Ochrony Rządu (Dz. U. Nr 37, poz. 339),
3) rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 3 stycznia 2011 r. w sprawie orzekania o zdolności fizycznej i psychicznej do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej oraz w wywiadzie skarbowym (Dz. U. Nr 11, poz. 58, z późn. zm.),
4) rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2011 r. w sprawie wymagań w zakresie zdolności fizycznej i psychicznej do Służby Więziennej (Dz. U. Nr 20, poz. 108),
5) rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz. U. poz. 668)

oraz aktach wykonawczych do ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2013 r. poz. 667, z późn. zm.) i ustawy z dnia 16 grudnia 1972 r. o odszkodowaniach przysługujących w razie wypadków i chorób pozostających w związku ze służbą w Policji (Dz. U. Nr 53, poz. 345, z późn. zm.).

W projekcie szczegółowo opisano podmioty kierujące kandydatów, funkcjonariuszy, osoby udzielające pomocy funkcjonariuszom oraz pracownikom wywiadu skarbowego,

funkcjonariuszy zwolnionych ze służby, emerytów, rencistów, kandydatów do pracy i pracowników do komisji lekarskich.

Ponadto wskazano, że w przypadku:

1) Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego i jego zastępców – podmiotem kierującym jest Prezes Rady Ministrów;
2) Komendanta Głównego Policji, Komendanta Głównego Straży Granicznej, Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej, Szefa Biura Ochrony Rządu i ich zastępców – podmiotem kierującym jest minister właściwy do spraw wewnętrznych;
3) Dyrektora Generalnego Służby Więziennej – podmiotem kierującym jest Minister Sprawiedliwości.

Skierowanie do komisji będzie następowało na formularzu, którego wzór zostanie określony w rozporządzeniu. Do skierowania będą dołączane w szczególności:

1) posiadane informacje i dokumenty, które dotyczą stanu zdrowia osób kierowanych;
2) opis stanowiska, charakter i warunki służby;
3) informacje dotyczące dotychczasowych warunków i przebiegu pracy w przypadku skierowania inspektorów i pracowników zatrudnionych w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej oraz pracowników wywiadu skarbowego;
4) opinia psychologiczna.

Komisja lekarska wyznaczy termin badania, informując osobę skierowaną i podmiot kierujący. W przypadku nieusprawiedliwionego niestawiennictwa tej osoby przed komisją lekarską, komisja zawiadamia o tym fakcie podmiot kierujący. Informacja ta może mieć wpływ na stosunek służbowy funkcjonariusza, gdyż np. na podstawie art. 45 ust. 2 pkt 9 ustawy o Straży Granicznej dwukrotne nieusprawiedliwione niestawiennictwo przed komisją lekarską, o ile skierowanie nie nastąpiło na prośbę funkcjonariusza, może stanowić podstawę do zwolnienia.

Rejonowa komisja lekarska przeprowadza badanie lekarskie osoby skierowanej i sporządza protokół badania komisji lekarskiej, który zawiera wyszczególnienie wszystkich chorób i ułomności, także tych, które nie obniżają zdolności do służby.

Rejonowa komisja lekarska dokonuje oceny stanu zdrowia osoby badanej na podstawie badania lekarskiego, wyników zleconych badań dodatkowych, specjalistycznych i psychologicznych, wywiadu chorobowego, dokumentacji medycznej będącej wynikiem obserwacji szpitalnej, leczenia ambulatoryjnego i sanatoryjnego oraz innych dokumentów medycznych istotnych dla dokonania tej oceny oraz protokołów powypadkowych mogących mieć znaczenie dla treści orzeczenia.

Rejonowe komisje lekarskie orzekają również, posługując się:

1) w przypadku ustalania zdolności fizycznej lub psychicznej do służby – wykazem chorób i ułomności, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia osoby badanej;
2) w przypadku ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego doznanego wskutek wypadku lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby, z tytułu których przysługuje świadczenie odszkodowawcze, oraz w przypadku ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 oraz art. 2 ust. 2 pkt 2 projektu ustawy – odpowiednio wykazami chorób pozostających w związku z pełnieniem służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu i w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym oraz wykazami norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu;
3) w przypadku ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza Służby Więziennej doznanego wskutek wypadku lub choroby pozostającej w związku z warunkami lub właściwościami służby, z tytułu których przysługuje świadczenie odszkodowawcze, oraz w przypadku ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 oraz art. 2 ust. 2 pkt 2 projektu ustawy – wykazem chorób pozostających w związku z pełnieniem służby w Służbie Więziennej oraz wykazem norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu;
4) w przypadku uznania funkcjonariusza za inwalidę oraz uznania go za niezdolnego do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin – odpowiednio wykazami chorób powstałych w czasie pełnienia służby wydanymi na podstawie tych przepisów;
5) w przypadku osób, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 3 projektu ustawy – odpowiednio wykazem chorób powstałych w czasie pełnienia służby w Państwowej Straży Pożarnej oraz wykazem norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu.

Istotne jest, aby w przypadku orzeczenia inwalidztwa rejonowa komisja lekarska orzekła jednocześnie o grupie inwalidzkiej w rozumieniu przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura

Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin.

Rejonowa komisja lekarska wydaje orzeczenie niezwłocznie po przeprowadzeniu niezbędnych badań lekarskich i zebraniu dokumentacji medycznej oraz niezbędnych dokumentów.

Rejonowe komisje lekarskie orzekają w składzie co najmniej dwuosobowym, co nie wyklucza powołania komisji w szerszym składzie. Orzeczenie wydane przez komisję lekarską podpisują wszyscy członkowie komisji, przy czym jest możliwe złożenie na piśmie zdania odrębnego przez członka komisji. Zdanie odrębne załącza się do treści orzeczenia. Przyjęto przy tym zasadę podejmowania przez komisję rozstrzygnięć zwykłą większością głosów, a w przypadku ich równej ilości – przyznano decydujący głos przewodniczącemu.

Orzeczenie rejonowej komisji lekarskiej doręcza się niezwłocznie na piśmie wraz z uzasadnieniem osobie badanej, osobie zainteresowanej oraz podmiotowi kierującemu do komisji lekarskiej.

Podstawowe ustalenia zawarte w protokole badania lekarskiego i w orzeczeniu rejonowej komisji lekarskiej wpisuje się do rejestru orzeczeń.

Wzór orzeczenia komisji lekarskiej oraz wzór rejestru orzeczeń zostaną określone w akcie wykonawczym. Przyjmuje się, że ww. wzory będą miały charakter uniwersalny i będą stosowane przez rejonowe komisje lekarskie i Centralną Komisję Lekarską.

Projekt określa również tryb postępowania odwoławczego. Od nieprawomocnego orzeczenia rejonowej komisji lekarskiej osobie badanej lub podmiotowi kierującemu tę osobę do rejonowej komisji lekarskiej w celu wydania orzeczenia przysługuje odwołanie, które wnosi się w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia rejonowej komisji lekarskiej, za pośrednictwem tej komisji, która orzeczenie wydała.

Centralna Komisja Lekarska rozpatruje odwołanie w składzie trzyosobowym, w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania albo w terminie 60 dni w przypadku konieczności wykonania dodatkowych badań lub uzyskania dodatkowych dokumentów, po zapoznaniu się ze wszystkimi dokumentami w sprawie, a w razie potrzeby również po przeprowadzeniu niezbędnych badań lub po zleceniu przeprowadzenia dodatkowych badań lekarskich, w tym obserwacji szpitalnej, lub po dostarczeniu na jej żądanie dodatkowych dokumentów.

Centralna Komisja Lekarska, po rozpatrzeniu odwołania:

1) utrzymuje w mocy zaskarżone orzeczenie albo
2) uchyla zaskarżone orzeczenie w całości lub w części i wydaje nowe, albo

3) uchyla zaskarżone orzeczenie i przekazuje sprawę do ponownego rozpatrzenia przez rejonową komisję lekarską.

Centralna Komisja Lekarska nie może wydać nowego orzeczenia na niekorzyść osoby zainteresowanej, chyba że zaskarżone orzeczenie jest sprzeczne z prawem lub zostało wydane z pominięciem istotnych okoliczności faktycznych.

Do postępowania odwoławczego prowadzonego przez Centralną Komisję Lekarską stosuje się odpowiednio przepisy o postępowaniu przed rejonowymi komisjami lekarskimi.

W zakresie kontroli sądowej orzeczeń należy zauważyć, że projekt pozostawia bez zmian aktualny stan prawny w tym zakresie. Zakres właściwości rzeczowej sądów administracyjnych wyznaczają przepisy ustawy – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi. Zakres właściwości rzeczowej sądów administracyjnych wyznacza katalog skarg na określone w art. 3 § 2 tej ustawy działania organów administracji publicznej lub ich bezczynność. Katalog ten może być rozszerzony przez przepisy ustaw szczególnych, ale w zakresie orzeczeń komisji lekarskich podległych MSW, żaden obecnie obowiązujący przepis nie zawiera takiej regulacji. Należy jednak zaznaczyć, iż orzeczenia komisji mają dwojaki charakter. Jedną grupę orzeczeń wydawanych przez komisje stanowią orzeczenia, które ustalają schorzenia funkcjonariusza oraz ich związek ze służbą do celów odszkodowawczych lub rentowych albo zaopatrzenia emerytalnego. Orzeczenia z tej grupy poddawane są kontroli sądów powszechnych w ramach rozpoznawania odwołań od decyzji o świadczeniach rentowych, emerytalnych czy odszkodowawczych. Orzeczenia te mają wyłącznie charakter orzeczenia wstępnego, jako jedna z przesłanek ustalenia prawa do określenia świadczeń, ich zakresu i wysokości. W konsekwencji nie podlegają one zaskarżeniu do sądu administracyjnego. Natomiast druga grupa to orzeczenia związane z ustalaniem przez komisję zdolności do służby. Oceniany jest więc stan zdrowia danej osoby na potrzeby zaliczenia jej do określonej kategorii zdolności do służby w celu przyjęcia do niej, dalszego jej pełnienia czy zwolnienia ze służby. Orzeczenia w tych sprawach są wiążące dla organu w sprawie powołania danej osoby do służby, przeniesienia funkcjonariusza na inne stanowisko służbowe czy zwolnienia go ze służby i stanowią podstawę do wydania przez właściwe organy decyzji administracyjnej. W orzecznictwie NSA podkreśla się, że komisje lekarskie, działające w sprawach funkcjonariuszy czy kandydatów do służb mundurowych, są organami administracji publicznej i swoje rozstrzygnięcia podejmują w formie decyzji administracyjnych, nazwanych orzeczeniami. Orzeczenia w tym zakresie mogą podlegać zaskarżeniu do sądu administracyjnego.

Zebraną w toku postępowania dokumentację komisje lekarskie przechowują i udostępniają na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742).

W związku z rozszerzoną właściwością komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych o kontrolę prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego przez funkcjonariuszy służb, odpowiednio zostały uzupełnione przepisy ustawy z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu oraz ustawy z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego.

Ponadto w związku z wątpliwościami związanymi z aktualnie opracowywanym na podstawie art. 205 ustawy o Służbie Więziennej projektem rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości dotyczącym określenia wysokości funduszu na nagrody roczne, uznaniowe i zapomogi dla funkcjonariuszy Służby Więziennej, które tworzone jest w związku ze zmianami dotyczącymi zwolnień lekarskich, do projektu wprowadzono zmianę art. 205 pkt 3 ustawy o Służbie Więziennej, która polega na odesłaniu do szerszego katalogu zmniejszeń uposażeń, określonego w art. 60h w miejsce obecnego art. 60f.

Przepisy przejściowe

Projekt zakłada, że dotychczas działające komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, utworzone lub działające na podstawie przepisów obowiązujących do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, zostaną zniesione z dniem 1 stycznia 2015 r.

Z dniem wejścia w życie ustawy zostaną natomiast utworzone nowe komisje lekarskie.

Przewiduje się ponadto, iż sprawy wszczęte i niezakończone przed aktualnie funkcjonującymi komisjami lekarskimi, o których mowa w art. 61, do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy prowadzić będą w dalszym ciągu komisje lekarskie utworzone na podstawie niniejszej ustawy.

W tym celu sprawy wszczęte i niezakończone, w tym zebrana w toku postępowań dokumentacja, również wytworzona w formie elektronicznej, zostaną przekazane komisjom lekarskim utworzonym na podstawie niniejszej ustawy zgodnie z właściwością określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 16 ust. 4 albo Centralnej Komisji Lekarskiej w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Przewiduje się, że ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., z wyjątkiem art. 59 pkt 3, który wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Zakres projektowanej ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega procedurze notyfikacji określonej w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt ustawy nie wymaga przedłożenia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu w celu uzyskania opinii, dokonania konsultacji lub uzgodnienia.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje regulacja

Projekt ustawy oddziałuje na funkcjonariuszy i funkcjonariuszy zwolnionych ze służby w: Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu, Służbie Więziennej i Centralnym Biurze Antykorupcyjnym.

Liczba etatów w 2014 r.: w Policji 102 370, w Państwowej Straży Pożarnej 30 490, w Biurze Ochrony Rządu 2246, w Straży Granicznej 16 192, w Służbie Więziennej 27 594 (faktyczne zatrudnienie 30.09.2013 r.).

Nie jest możliwe precyzyjne określenie liczby osób badanych średniorocznie przez komisje lekarskie. Liczba ta zależy od określonego limitu przyjęć dla kandydatów, liczby wypadków w służbie w zakresie uszczerbków na zdrowiu (odszkodowania) oraz liczby funkcjonariuszy zwolnionych ze służby, którzy występują o skierowanie na komisję lekarską. Liczby te są zmienne w poszczególnych latach i wynoszą przykładowo:

	Liczba wydanych orzeczeń	
orzeczenia Wojewódzkich Komisji Lekarskich MSW dla:	rok 2012	rok 2013
1. Resort spraw wewnętrznych	34 162	33 348
a) Państwowa Straż Pożarna	4 525	4 649
b) Policja	19 834	18 903
c) Straż Graniczna	6	200
d) BOR	0	0
e) ZER MSW	9 797	9 596
2. CBA	0	24
3. Służba Więzienna	6 341	5 596
4. Ministerstwo Finansów	19	16
5. Pozostałe (Urząd Gminy, Urząd Miasta dla OSP)	20	3
Razem:	40 542	38 987

	Liczba wydanych orzeczeń	
orzeczenia Okręgowych Komisji Lekarskich MSW dla:	rok 2012	rok 2013
1. Resort spraw wewnętrznych	18 086	18 226
a) Państwowa Straż Pożarna	2 093	2 043
b) Policja	10 535	9 736
c) Straż Graniczna	0	146
d) BOR	0	0
e) ZER MSW	5 458	6 301

2. CBA	721	19
3. Służba Więzienna	2 290	2 583
4. Ministerstwo Finansów	19	14
5. Pozostałe (Urząd Gminy, Urząd Miasta dla OSP)	14	10
6. Orzeczenia OKL dla WKL w Opolu i Wrocławiu	2 233	2 566
7. Orzeczenia OKL dla WKL w Białymstoku	593	0
Razem:	23 955	23 418

Projekt ustawy oddziałuje także na organ emerytalny wskazany przez ministra właściwego w zakresie spraw wewnętrznych.

2. Konsultacje społeczne

Przedmiotem uprzednich konsultacji społecznych był projekt ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, o zmianie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin, o zmianie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin oraz o zmianie niektórych innych ustaw o szerszym zakresie przedmiotowym, który swoim zakresem obejmował także uregulowania zawarte w ww. projekcie, dotyczące komisji lekarskich.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, o zmianie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin, o zmianie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin oraz o zmianie niektórych innych ustaw został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny, oraz dodatkowo na stronie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. W trybie ustawy o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa, zainteresowanie pracami nad projektem zgłosił wówczas Zarząd Główny Związku Emerytów i Rencistów Straży Granicznej.

Powyższy projekt zawierający również uregulowania dotyczące komisji lekarskich został przekazany do zaopiniowania przez Federację Związków Zawodowych Służb Mundurowych, Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Policjantów, Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Funkcjonariuszy Straży Granicznej, Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Pracowników Pożarnictwa, Związek Zawodowy Strażaków „Florian", Krajową Sekcję Pożarnictwa Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność", NSZZ Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa, a także przez Forum Związków Zawodowych, Komisję Krajową NSZZ „Solidarność", Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych i Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie".

Do projektu w części odnoszącej się do organizacji i funkcjonowania komisji lekarskiej uwagi zgłosiły poniższe podmioty.

Federacja Związków Zawodowych Służb Mundurowych oceniła projekt negatywnie, wskazując jednocześnie na brak aktów wykonawczych do projektowanej ustawy.

NSZZ Policjantów zaproponował pozostawienie obecnie obowiązującego systemu komisji lekarskich, gdyż dotychczas funkcjonujące rozwiązanie, tzn. okręgowe i wojewódzkie komisje lekarskie, sprawdziło się w praktyce i jest oceniane pozytywnie przez funkcjonariuszy służb mundurowych. Zdaniem Prezydium ZG NSZZ Policjantów zaproponowana obecnie zmiana pogorszy stan i sprawność orzecznictwa i wygeneruje niepotrzebne koszty. Powołanie kolejnego centralnego organu w postaci Centralnej Komisji Lekarskiej wprowadzi chaos i rozciągnięcie w czasie procedur odwoławczych.

Postulował m.in. rozszerzenie specjalności, jakie powinien posiadać członek komisji lekarskiej, o następujące dziedziny medycyny: ortopedię, laryngologię, neurochirurgię, z doprecyzowaniem, iż lekarz powinien posiadać wiedzę z zakresu szkodliwości i uciążliwości służby żołnierzy zawodowych oraz służby funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej.

Zastrzeżenia Związku wzbudził również brak określenia źródeł finansowania badania stanu zdrowia kandydatów oraz pracowników podległych pod Ministerstwo Finansów i Ministerstwo Sprawiedliwości.

Związek wskazał również, iż o ile proponowana kontrola prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego nie budzi większych zastrzeżeń, to proponowana kontrola wykorzystania prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu

choroby bez wątpienia koliduje z innymi przepisami obecnie regulującymi tę kwestię i w konsekwencji zaproponował rezygnację z kwestionowanej regulacji.

Wskazywał na potrzebę udzielania urlopu zdrowotnego po upływie 12 miesięcy zwolnienia od wykonywania obowiązków służbowych z powodu choroby, a nie jak przewidziano w skierowanym do konsultacji projekcie po upływie 182 dni.

NSZZ Funkcjonariuszy Straży Granicznej ocenił projekt negatywnie, wskazując jednocześnie na brak aktów wykonawczych do projektowanej ustawy. W ocenie Związku obecne rozwiązanie dotyczące funkcjonowania komisji lekarskich działających w ramach struktur zakładów opieki zdrowotnej jest rozwiązaniem sprawdzonym. Niezależnie od powyższego Związek zaproponował: rezygnację ze zobowiązania lekarzy zatrudnionych w komisji do wizytowania w miejscu zamieszkania funkcjonariuszy przebywających na zwolnieniu lekarskim, gdyż powodować to będzie koszty i utrudnienie podstawowych czynności komisji, którymi są badania lekarskie i wydawanie orzeczeń, jak również zmianę „oceny zdolności fizycznej i psychicznej kandydatów do służby" na „ocenę zdolności do służby", gdyż obecny zapis wyklucza możliwość prawidłowej oceny stanu zdrowia kandydata przez komisję lekarską, w przypadku gdy pod względem medycznym nie ma schorzeń fizycznych i psychicznych, ale są poważne zaburzenia stwierdzane w badaniu psychologicznym, np. zaburzenia osobowości.

W jego ocenie podkreślenia wymaga, że członkiem komisji lekarskiej może być lekarz posiadający aktualne prawo do wykonywania zawodu i wiedzę z zakresu orzecznictwa.

Podniesiono ponadto, iż ze względu na fakt, że komisje lekarskie będą orzekać tylko w składzie dwuosobowym, gdzie nie będzie stosowana zasada większości głosów, należałoby przewidzieć, że zgłoszenie zdania odrębnego przez członka komisji będzie przesyłane do Centralnej Komisji Lekarskiej w celu oceny prawidłowości wydanego orzeczenia.

Związek Zawodowy Strażaków „Florian", w którego ocenie duże wątpliwości budzą zawarte w projekcie przepisy dotyczące kontroli prawidłowości zwolnień, jak też prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby.

Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Pracowników Pożarnictwa przedstawił negatywną opinię do projektu.

Krajowa Sekcja Pożarnictwa NSZZ „Solidarność" postulowała, aby wraz z projektem ustawy przygotować projekty rozporządzeń o znaczeniu podstawowym dla funkcjonowania ustawy.

Za nietrafne uznała rozwiązanie, które zakładało kognicję sądów administracyjnych do oceny orzeczeń komisji lekarskich. Kwestie niezdolności do pracy i orzecznictwa rentowego są domeną orzekania sądów powszechnych (sądów pracy i ubezpieczeń społecznych). Mając na

względzie deklarowane przez projektodawcę zbliżenie zasad orzekania w służbach mundurowych i systemie powszechnym, rozsądne wydaje się skierowanie sądowej kontroli tego typu spraw do sądów powszechnych. Dodatkowym argumentem jest okoliczność, że sądownictwo powszechne posiada odpowiednie zaplecze organizacyjno-techniczne do prowadzenia orzecznictwa w zakresie spraw rentowych.

W ocenie Krajowej Sekcji Pożarnictwa poważne wątpliwości natury technicznej budzi przepis przewidujący co najmniej dwuosobowy skład komisji, a jednocześnie dopuszczający składanie zdań odrębnych. Przy dwóch rozbieżnych stanowiskach członków komisji nie sposób dociec, które z dwóch stanowisk miałoby być stanowiskiem komisji, a które zdaniem odrębnym. Komisje rejonowe powinny orzekać w składach trzyosobowych.

Krajowa Sekcja Pożarnictwa postulowała też doprecyzowanie dodawanego w art. 43 ust. 3 ustawy o PSP pkt 7, aby jednoznacznie było wiadomo, czy chodzi o: dwukrotne niestawienie się na badanie w okresie całej służby, dwukrotne niestawienie się na badanie w ramach jednego skierowania na badania czy też dwukrotne występujące po sobie niestawienie się na badania w ramach jednego skierowania na komisję. Analogiczne zmiany należałoby przeprowadzić w projekcie w zakresie pozostałych służb.

Krajowa Sekcja Pożarnictwa podtrzymała stanowisko, że okres pozostawania na zwolnieniu lekarskim powinien dla funkcjonariuszy wynosić 1 rok. Wynika to ze specyfiki służby i chorób ze służbą związanych, co w ocenie zgłaszającego uwagę potwierdza również uzasadnienie omawianego projektu. Dlatego też w projektowanym przepisie dotyczącym orzekania o potrzebie urlopu zdrowotnego w miejsce 182 dni powinien być 1 rok.

Wskazała również na potrzebę uzupełnienia trybu kierowania wniosków do komisji lekarskich w celu ustalania związku wypadku ze służbą o prawo do występowania z wnioskiem spadkobierców (członków rodziny) zmarłego funkcjonariusza.

W ocenie Krajowej Sekcji Pożarnictwa zasadne wydaje się rozszerzenie katalogu przesłanek wstrzymujących wydanie orzeczenia o przebywanie na urlopie wychowawczym, co wpisuje się w europejską zasadę niedyskryminacji ze względu na płeć.

NSZZ Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa wskazał na konieczność utrzymania aktualnie obowiązujących uprawnień wobec funkcjonariuszy przyjętych do służby do dnia wejścia w życie nowych rozwiązań ustawowych. Wniósł o usunięcie z systemu komisji Centralnej Komisji Lekarskiej, przy zachowaniu dwustopniowego systemu orzecznictwa w postaci: wojewódzkich i okręgowych komisji lekarskich, ze względu na uproszczenie systemu i zmniejszenie kosztów jego funkcjonowania, jak również dostępność komisji dla

funkcjonariuszy w całym kraju i związane z tym oszczędności dla uczestników postępowania i budżetu państwa.

Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych oceniło negatywnie przekazany do konsultacji projekt, wskazując, że podziela uwagi przedłożone do ww. projektu przez Związek Zawodowy Strażaków „Florian". OPZZ uznało jednocześnie, że podmiotowy zakres projektu jest zbyt obszerny.

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie" – postulowała usunięcie przepisów dotyczących sprawdzenia prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby, gdyż lekarze orzekają w tym zakresie na podstawie umowy z ZUS i to ZUS ma prawo ich kontrolować. Zaproponowała także rozszerzenie specjalności, jakie powinien posiadać członek komisji lekarskiej, o medycynę rodzinną.

Opinię do projektu przedstawiły ponadto poniższe podmioty.

Helsińska Fundacja Praw Człowieka pozytywnie oceniła działania dążące do reformy funkcjonowania komisji lekarskich i uregulowania tej materii w ustawie. W ocenie Fundacji ujednolicenie dotychczasowych procedur, które obecnie regulowane są w kilku aktach wykonawczych, należy ocenić za słuszne.

Fundacja wskazała również na ważną rolę, jaką w prawidłowym funkcjonowaniu komisji lekarskich pełni ich skład osobowy, dlatego też lekarzami orzecznikami powinny być wyłącznie osoby wykwalifikowane, a wprowadzenie potencjalnej możliwości sprawowania tej funkcji przez osoby niewykonujące zawodu lekarza budzi wątpliwości. W jej ocenie komisje lekarskie powinny w większym stopniu opierać się na przeprowadzonych przez nie badaniach lekarskich i wynikach zleconych specjalistycznych badań niż, jak ma to miejsce obecnie, na dokumentacji medycznej sporządzonej na wcześniejszym etapie.

Wskazano również na potrzebę przeprowadzenia konsultacji np. z Ministrem Zdrowia oraz odpowiednimi konsultantami krajowymi przed projektowaniem wykazów chorób i ułomności, a także na konieczność jego aktualizowania w pewnych odstępach czasu, aby odzwierciedlał on aktualny stan wiedzy medycznej dotyczący poszczególnych chorób i ułomności oraz ich wpływu na wykonywanie poszczególnych zawodów. Uznano przy tym, iż wykazy zawarte w rozporządzeniach powinny pozostawiać komisjom lekarskim pewien margines swobody co do oceny, czy dana choroba rzeczywiście uniemożliwia wykonywanie dotychczasowej pracy, a zatem należałoby przyznać większe kompetencje decyzyjne komisjom, przy jednoczesnym zachowaniu ramowego charakteru wykazów.

Za trafne Fundacja uznała rozwiązanie, zgodnie z którym orzeczenie oprócz jednej z kategorii zawiera także dookreślenia, np. „czasowo niezdolny do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku”.

Zarząd Główny Związku Emerytów i Rencistów Straży Granicznej, w ocenie którego możliwość odwołania od decyzji Centralnej Komisji Lekarskiej do sądu administracyjnego nie stwarza warunków do skutecznego ubiegania się o zmianę niekorzystnego orzeczenia, gdyż nie orzeka on o prawidłowości merytorycznej treści orzeczenia, a tylko bada, czy zachowane zostały zasady formalne określające sposób działania komisji lekarskich. Merytorycznej oceny treści orzeczenia może dokonać natomiast sąd powszechny, mając możliwość powołania biegłych z zakresu orzecznictwa lekarskiego. Zarząd wskazał ponadto na konieczność dołączenia aktów wykonawczych do projektu ustawy.

Konwent Dziekanów Korpusu Oficerów Zawodowych, w którego ocenie propozycja, w wyniku której zmianie ulega właściwość wojskowych komisji lekarskich, które będą uprawnione również do orzekania w sprawach związanych z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby i prawidłowości wykorzystywania zaświadczeń lekarskich, powinna być zamieszczona w projekcie tzw. ustawy L4, a nie w procedowanym projekcie.

W wyniku wyodrębnienia, w związku z prezentowanym w ramach uzgodnień międzyresortowych stanowiskiem Rządowego Centrum Legislacji, z projektu ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, o zmianie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin, o zmianie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin oraz o zmianie niektórych innych ustaw materii regulującej problematykę funkcjonowania komisji lekarskich, przygotowano projekt ustawy o zmianie ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych oraz o zmianie niektórych innych ustaw. Projekt ten przekazano do zaopiniowania przez Federację Związków Zawodowych Służb Mundurowych, Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Policjantów, Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Funkcjonariuszy Straży Granicznej, Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Pracowników Pożarnictwa, Związek Zawodowy Strażaków „Florian”, Krajową Sekcję Pożarnictwa Niezależnego

Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”, NSZZ Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa, a także przez Forum Związków Zawodowych, Komisję Krajową NSZZ „Solidarność”, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych.

NSZZ Policjantów oraz Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Pracowników Pożarnictwa podtrzymały wyrażoną uprzednio negatywną opinię wobec projektu.

NSZZ Funkcjonariuszy Straży Granicznej wniósł o odrzucenie projektu, wskazując, że projekt ustawy budzi wątpliwości natury prawnej, a w szczególności zgodności z Konstytucją RP, wskazując na przepis, zgodnie z którym funkcjonariusz obowiązany jest poddać się badaniom zleconym przez komisję, w tym również badaniom specjalistycznym, psychologicznym i dodatkowym, a gdy zachodzi taka potrzeba – obserwacji w zakładzie opieki zdrowotnej. W ocenie NSZZ FSG obserwacja w zakładzie leczniczym stanowi istotne ograniczenie wolności, a więc konieczne jest wskazanie przesłanek, określenie sytuacji, w których komisja będzie uprawniona do zlecenia obserwacji w zakładzie leczniczym. Konieczne jest określenie czasookresu obserwacji, elementów procedury, a także odpowiedzialności odszkodowawczej za nieuzasadnione skierowanie na obserwację.

Ponadto wskazał m.in. na potrzebę zdefiniowania użytych w projekcie określeń „stałe lub długotrwałe naruszenie sprawności organizmu”, dookreślania uprawnień osób przeprowadzających kontrolę prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego. Podtrzymano uwagę dotyczącą doprecyzowania, że członkiem komisji lekarskiej ma być lekarz posiadający aktualne prawo do wykonywania zawodu, jak również uwagę dotyczącą trzyosobowego składu komisji lekarskiej. Zaproponowano ponadto: wydłużenie do 60 dni możliwości rozpatrzenia przez Centralną Komisję Lekarską odwołania w przypadku konieczności wykonania dodatkowych badań lub uzyskania dodatkowych dokumentów, uzupełnienie uprawnień Centralnej Komisji Lekarskiej o uprawnienie do uchylania orzeczeń i wydawania nowych orzeczeń.

Krajowa Sekcja Pożarnictwa NSZZ „Solidarność” postulowała m.in., aby jednoznacznie wskazać na możliwość odwołania się od orzeczenia Centralnej Komisji Lekarskiej do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych. Ponadto podtrzymała dotychczasowe stanowisko dotyczące zapewnienia co najmniej trzyosobowego składu komisji orzekającej I instancji oraz postulat dotyczący przygotowania projektów rozporządzeń dotyczących wykazów chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby.

3. Wpływ regulacji na:

a) sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Ustawa nie rodzi skutków finansowych dla budżetu państwa.

Aktualnie komisje lekarskie podległe Ministrowi Spraw Wewnętrznych funkcjonują w strukturze kilkunastu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których organem założycielskim jest Minister. Nie jest możliwe precyzyjne oszacowanie, jaki jest rzeczywisty koszt wydania orzeczenia (tj. orzeczeń wydawanych przez obecne komisje). Z informacji zbiorczych z poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej wynika, że koszty bezpośrednie orzeczeń komisji np. w roku 2011 wynosiły ok. 19 899 tys. zł. Jednocześnie jednak wskazywano na koszty tzw. pośrednie, które łącznie miałby wynosić np. w roku 2011 ok. 14 145 tys. zł. W roku 2013 zakłady opieki zdrowotnej MSW, w ramach których funkcjonują obecnie komisje, za wydanie orzeczeń wystawiły dla podmiotów finansujących faktury na łączną kwotę 24 033 274 zł (WKL oraz OKL). Odpłatność za wydanie orzeczenia jest kwestią umowną regulowaną pomiędzy właściwymi organami służb mundurowych czy organami emerytalnymi z jednej strony a zakładami opieki zdrowotnej z drugiej strony.

Mając na uwadze powyższe, szacuje się, że najważniejsze wydatki przeznaczone na funkcjonowanie nowej struktury orzeczniczej w roku 2015 będą wynosiły:

1) 12 398 000 zł – z tytułu wynagrodzeń osobowych (§ 4010) – utworzenie 110 etatów lekarzy orzeczników, w ramach 16 komisji rejonowych i komisji centralnej, oraz 50 etatów pracowników wspomagających działalność komisji, w tym łączne wydatki na wynagrodzenie osobowe pracowników. Podkreślenia jednak wymaga fakt, że dotychczasowe komisje lekarskie działały w podmiotach, które nie były objęte reżimem kształtowania wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej, określonym w ustawie z dnia 23 grudnia 1999 r. o kształtowaniu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 2011 r. Nr 79, poz. 431, z późn. zm.). Z tego względu konieczne będzie formalne zwiększenie na rok 2015 w części 42 – Sprawy wewnętrzne limitu na wynagrodzenia osobowe. Zwiększenie to zostanie dokonane w ramach przydzielonego dla tej części limitu wydatków na rok 2015.

   Przy kalkulacji środków na wynagrodzenia dla 110 lekarzy i 50 pracowników wspomagających, przyjęto wysokość przeciętnego wynagrodzenia dla lekarzy w kwocie 7015 zł miesięcznie oraz dla pracowników wspomagających w kwocie 3787 zł, wydatki na wynagrodzenia osobowe w skali roku wyniosą 11 532 000 zł. Uwzględniając wydatki na

wypłatę nagród uznaniowych oraz nagród jubileuszowych i odpraw emerytalnych, wydatki te wyniosą 12 398 000 zł;

2) 2 610 000 zł – z tytułu pochodnych od wynagrodzeń (§ 4110, 4120, 4440). Wskazana wyżej kwota obejmuje pochodne od wynagrodzeń, tj. wydatki na składki na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy w wysokości 2 435 000 zł (§ 4110 i 4120) oraz wydatki na odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych w wysokości 175 000 zł (§ 4440).

   Łączne wydatki z tytułu zakładanego zwiększenia zatrudnienia w Zakładzie Emerytalno-Rentowym MSW w roku 2015 wyniosą zatem 15 008 000 zł, z tego wynagrodzenia – 12 398 000 zł i pochodne – 2 610 000 zł.

   Wskazane wydatki nie będą stanowiły podstawy do ubiegania się przez Ministra Spraw Wewnętrznych o dodatkowe środki z budżetu państwa. Podkreślenia przy tym wymaga, iż konieczne jednak będzie przeniesienie z poszczególnych części budżetowych środków do części 42 – Sprawy wewnętrzne (zgodnie z poniższą tabelą).

   Zauważyć także należy, że w roku 2016 dla ww. grupy pracowników do kwoty wynagrodzeń na 2015 r. należy doliczyć środki na dodatkowe wynagrodzenie roczne w wysokości 980 000 zł (§ 4040) i pochodne w wysokości 193 000 zł (§ 4110 i 4120), co daje łącznie kwotę 1 173 000 zł. Wydatki te zostaną również sfinansowane z przydzielonego limitu w części 42 – Sprawy wewnętrzne, bez występowania o dodatkowe środki z budżetu państwa;

3) 3 176 000 zł – pozostałe wydatki rzeczowe, w szczególności na wynajem powierzchni biurowej (§ 4400), zakup usług pocztowych i innych związanych z orzekaniem komisji (§ 4300), zakupy potrzebnego sprzętu informatycznego i biurowego (§ 4210), zakup usług zdrowotnych – koszty badań i konsultacji medycznych związanych z wydawaniem orzeczeń (§ 4280).

   Na funkcjonowanie komisji lekarskich planuje się przeznaczyć w szczególności środki odpowiadające kosztom wydania orzeczeń lekarskich ponoszonych przez poszczególnych dysponentów środków budżetu państwa (resort spraw wewnętrznych, resort sprawiedliwości, Ministerstwo Finansów, województwa oraz CBA).

   Na podstawie przeprowadzonej analizy danych otrzymanych z poszczególnych służb MSW, Służby Więziennej, Ministerstwa Finansów i Centralnego Biura Antykorupcyjnego opracowano zestawienie planowanych wydatków na rok 2015 na sfinansowanie wydatków związanych z orzecznictwem komisji lekarskich, które należy przenieść z poszczególnych części budżetowych do planu finansowego ZER MSW, w tym także wydatków koniecznych do przeniesienia w części 42 – Sprawy wewnętrzne, z działu 754

– Bezpieczeństwo publiczne i ochrona przeciwpożarowa do działu 753 – Obowiązkowe ubezpieczenia społeczne.

Zestawienie planowanych wydatków na 2015 r.

na sfinansowanie wydatków związanych z orzecznictwem komisji lekarskich,

które należy przenieść z części budżetowych do planu finansowego ZER MSW

Część	Dział	Rozdział	Paragraf	Wydatki w tys. zł
1	2	3	4	5
19 – Budżet, finanse publiczne i instytucje finansowe				**18**
	750	75010	4280	18
37 – Sprawiedliwość				2 170
	753	75301	4280	670
	755	75512	4280	1 500
42 – Sprawy wewnętrzne				**11 959**
	754			11 829
		75402		90
			4280	89
			4300	1
		75403		13
			4280	11
			4300	1
			4410	1
		75404		6 006
			4280	5 975
			4300	26

			4410	5
		75405		5 049
			4280	5 049
		75406		404
			4170	12
			4280	386
			4300	6
			4390	0
		75408		32
			4280	30
			4300	2
		75409		235
			4280	233
			4300	2
	803	80303	2270	130
56 – Centralne Biuro Antykorupcyjne				**60**
	754	75420	4280	60
85 – Województwa (w zakresie wydatków komend wojewódzkich PSP)				**2 061**
85/02	754			119
		75410	4280	3
		75411	2110	116
85/04				39
	754	75410	4280	1
		75411	2110	38
85/06				83

	754			83
		75410	4280	3
		75411	2110	80
85/08				36
	754			36
		75410	4280	1
		75411	2110	35
85/10				220
	754			220
		75410	4280	7
		75411	2110	213
85/12				176
	754	75410	4280	3
		75411	2110	173
85/14				211
	754	75410	4280	9
		75411	2110	202
85/16				66
	754	75410	4280	3
		75411	2110	63
85/18				169
	754	75410	4280	5
		75411	2110	164
85/20				72
	754	75410	4280	8
		75411	2110	64

85/22				195
	754	75410	4280	9
		75411	2110	186
85/24				223
	754	75410	4280	10
			4280	10
		75411	2110	213
85/26				26
	754	75410	4280	2
		75411	2110	24
85/28				128
	754	75410	4280	14
		75411	2110	114
85/30				151
	754	75410	4280	3
		75411	2110	148
85/32				147
	754	75410	4280	15
		75411	2110	132
OGÓŁEM				16 268

Pozostałe wydatki rzeczowe zostaną pokryte ze środków wygospodarowanych w ramach części 42 – Sprawy wewnętrzne. Dokładne oszacowanie poziomu kosztów związanych z funkcjonowaniem komisji, w tym kosztami badań i konsultacji medycznych, zostanie dokonane wraz z przygotowaniem planu wydatków budżetu państwa na rok 2015. Należy również zaznaczyć, że zakres działalności komisji lekarskich wprowadzanych niniejszym projektem jest szerszy od obecnego i obejmuje m.in. kontrolę prawidłowości wystawiania zwolnień lekarskich.

Ponadto przewiduje się, iż wszelkie oszczędności wynikłe np. z centralnego zamawiania usług będą pokrywały ewentualny wzrost wydatków związanych z funkcjonowaniem komisji w początkowym okresie. Szacunek ten uwzględnia ponadto fakt, iż część kosztów określanych przez ZOZy jako pośrednie (np. niektóre badania analityczne) będą musiały być pokrywane z budżetu komisji.

Z uwagi na zmianę systemu orzecznictwa z obecnego trójszczeblowego na dwuszczeblowy oraz z uwagi na zastąpienie zatwierdzenia każdego orzeczenia trybem skargowym w razie niezgadzania się z treścią orzeczenia, zakłada się znaczne skrócenie czasu oczekiwania na ostateczne orzeczenie komisji. Z powodu zupełnie nowego modelu funkcjonowania komisji, nie jest możliwe rzetelne porównanie czasu wydania orzeczenia w każdym z obydwu trybów postępowania.

Po co najmniej dwóch pełnych latach funkcjonowania komisji (tj. w roku 2017) zakłada się ewaluację systemu według następujących mierników:

– czas wydania orzeczenia,
– koszt jednostkowego orzeczenia.

Na obecnym etapie nie jest możliwe podanie oczekiwanego poziomu ww. mierników.

Z uwagi na nieliczne przypadki orzeczeń w stosunku do strażaków Ochotniczych Straży Pożarnych, finansowane obecnie przez gminy (w latach 2012 i 2013: łącznie 23 orzeczenia wojewódzkich komisji lekarskich), a także znikomą ilość tego typu orzeczeń w stosunku do łącznej liczby orzeczeń oraz do kosztów funkcjonowania komisji lekarskich, przyjęcie projektu nie będzie miało wpływu na sektor samorządu terytorialnego.

b) rynek pracy

Projektowane przepisy nie będą miały wpływu na rynek pracy.

c) konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane przepisy nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

d) rozwój regionalny

Projektowane przepisy nie będą miały wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

Warszawa, 28 maja 2014 r.

[redacted]

Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE - 920 - 341 - 13 /jf/ V)
DPUE.920.381.2013 / 13
dot.: RM-10-120-12 z 22.05.2014 r.

Pan
Maciej Berek
Sekretarz Rady Ministrów

opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej *projektu ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych* wyrażona na podstawie art. 13 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2007 r. Nr 65, poz. 437 z późn. zm.) przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z przedłożonym *projektem ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych* pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

z up. Ministra Spraw Zagranicznych
Podsekretarz Stanu
Artur Nowak-Far

Do wiadomości:
Pan Bartłomiej Sienkiewicz
Minister Spraw Wewnętrznych

Projekt

R O Z P O R Z Ą D Z E N I E
R A D Y M I N I S T R Ó W

z dnia

w sprawie współdziałania komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych z jednostkami medycyny pracy

Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób i tryb współdziałania komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, zwanych dalej „komisjami lekarskimi", z jednostkami medycyny pracy utworzonymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zwanego dalej „ministrem" oraz jednostkami medycyny pracy utworzonymi przez dyrektora okręgowego służby więziennej oraz komendantów ośrodków szkolenia Służby Więziennej, zwanymi dalej „jednostkami medycyny pracy" w zakresie wymiany informacji o stanach chorobowych funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej, zwanych dalej „funkcjonariuszami" mogących mieć związek z zagrożeniami środowiska służby lub sposobem jej pełnienia.

§ 2. Współdziałanie komisji lekarskich oraz jednostek medycyny pracy, o którym mowa w § 1, polega na:

1) wymianie dokumentacji medycznej będącej w ich posiadaniu;
2) wymianie informacji o stanie zdrowia funkcjonariuszy uzyskanych w trakcie realizacji ustawowych zadań;
3) podejmowaniu inicjatyw prozdrowotnych.

§ 3. 1. Za prawidłową realizację zadań wynikających ze współdziałania odpowiedzialni są:

1) na terenie województwa – kierownik poradni medycyny pracy oraz przewodniczący rejonowej komisji lekarskiej;
2) na terenie kraju – komórka organizacyjna urzędu obsługującego ministra

realizująca zadania z zakresu działalności leczniczej przez podmioty lecznicze utworzone przez ministra oraz Przewodniczący Centralnej Komisji Lekarskiej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

§ 4. 1. W ramach wymiany dokumentacji, o której mowa w § 2 pkt 1, jednostki medycyny pracy przekazują właściwej terytorialnie rejonowej komisji lekarskiej dokumentację dotyczącą funkcjonariuszy obejmującą:

1) karty badań profilaktycznych;
2) wyniki przeprowadzonych badań lekarskich i pomocniczych;
3) dokumentację przebiegu służby;
4) oceny zagrożeń środowiska służby;
5) orzeczenia o rozpoznaniu choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby.

2. Rejonowa komisja lekarska przekazuje jednostkom medycyny pracy działającym na obszarze jej właściwości dokumentację dotyczącą funkcjonariuszy obejmującą:

1) orzeczenia lekarskie o stopniu uszczerbku na zdrowiu doznanego wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby;
2) wyniki przeprowadzonych badań lekarskich i pomocniczych stwierdzające stan chorobowy;
3) protokoły powypadkowe.

§ 5. 1. W ramach wymiany informacji, o których mowa w § 2 pkt 2, jednostki medycyny pracy przekazują do właściwej terytorialnie rejonowej komisji lekarskiej informacje dotyczące:

1) długotrwałej lub czasowej niezdolności do służby funkcjonariuszy oraz jej przyczynach;
2) czynników szkodliwych występujących w środowisku służby oraz wniosków zmierzających do ich likwidacji.

2. Rejonowa komisja lekarska przekazuje jednostkom medycyny pracy działającym na obszarze jej właściwości informacje dotyczące:

1) problemów zdrowotnych i chorób z zakresu zdrowia psychicznego występujących u funkcjonariuszy;
2) stwierdzenia choroby zakaźnej u funkcjonariusza, przy której istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby;

3) toczących się postępowaniach przed sądami administracyjnymi w sprawach ze skarg funkcjonariuszy na orzeczenia komisji lekarskich.

§ 6. Inicjatywy prozdrowotne, o których mowa w § 2 pkt 3, obejmują:

1) monitorowanie stanu zdrowia funkcjonariuszy zaliczanych do grup szczególnego ryzyka;
2) wdrażanie zasad profilaktyki zdrowotnej;
3) analizę stanu zdrowia funkcjonariuszy, a w szczególności uszczerbku na zdrowiu doznanego przez funkcjonariusza na skutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby;
4) organizowanie szkoleń z zakresu medycyny pracy oraz orzecznictwa lekarskiego celem wymiany wiedzy i doświadczeń;
5) opracowywanie wytycznych zmierzających do ujednolicenia praktyki orzeczniczej;
6) podejmowanie działań mających na celu ochronę zdrowia funkcjonariuszy, a w szczególności informowanie przełożonych w sprawach osobowych o czynnikach szkodliwych występujących w środowisku służby;
7) stałą współpracę komisji lekarskich oraz jednostek medycyny pracy z kierownikami jednostek organizacyjnych Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej.

§ 7. Przewodniczący Centralnej Komisji Lekarskiej we współpracy z komórką organizacyjną urzędu obsługującego ministra, realizującą zadania z zakresu działalności leczniczej, przez podmioty lecznicze utworzone i nadzorowane przez ministra, przedstawia ministrowi do dnia 31 marca – za rok poprzedni sprawozdanie ze współpracy, o której mowa w § 2.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

PREZES RADY MINISTRÓW

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …).

Projekt rozporządzenia określa zasady współdziałania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych z jednostkami medycyny pracy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz Służby Więziennej. Współdziałanie polega w szczególności na wymianie informacji o stanie zdrowia funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej, zwłaszcza o stanach chorobowych mogących mieć związek z zagrożeniami środowiska służby lub sposobem jej pełnienia. Projekt określa również rodzaje dokumentacji medycznej podlegającej udostępnianiu w ramach współdziałania pomiędzy ww. podmiotami, celem zapewnienia właściwej ochrony zdrowia funkcjonariuszy.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

01/06/BS

Nazwa projektu
Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie współdziałania komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych z jednostkami medycyny pracy

Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące

Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu
Podsekretarz Stanu w MSW – Stanisław Rakoczy

Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu
Grażyna Górna – Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia MSW, (22) 508 16 40

Data sporządzenia
5 marca 2014 r.

Źródło:
art. … ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …)

Nr w wykazie prac …….

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Określenie zasad współdziałania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych z jednostkami medycyny pracy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz Służby Więziennej, mającego na celu ochronę zdrowia funkcjonariuszy. Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projekt określa zasady współpracy pomiędzy komisjami lekarskim MSW i jednostkami medycyny pracy MSW i SW w poszczególnych zakresach: udostępniania dokumentacji medycznej, wymiany informacji o stanie zdrowia funkcjonariuszy uzyskanych w trakcie realizacji ustawowych zadań przez ww. podmioty oraz podejmowanie wspólnych inicjatyw prozdrowotnych na rzecz ochrony zdrowia funkcjonariuszy. Obowiązek określenia zasad współpracy , o której mowa powyżej, wynika z art. …… projektu ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

Projekt rozporządzenia sformalizuje współpracę pomiędzy komisjami lekarskim MSW i jednostkami medycyny pracy MSW i SW w zakresie wymiany informacji o stanach chorobowych funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej mogących mieć związek z zagrożeniami środowiska służby lub sposobem jej pełnienia.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Jednostki medycyny pracy MSW i SW			Obowiązek udostępniania informacji o stanie zdrowia funkcjonariuszy
Komisje lekarskie MSW			Obowiązek udostępniania informacji o stanie zdrowia funkcjonariuszy

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt rozporządzenia zamieszczony zostanie w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).
Projekt rozporządzenia zamieszczony zostanie także w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny, zgodnie z § 52 ust. 1 Uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z … r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem												

budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie spowoduje wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z … r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne								

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy

Komentarz:

Projektowane rozporządzenie nie wprowadzi dodatkowych obciążeń regulacyjnych.

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie

Omówienie wpływu	Współpraca pomiędzy komisjami lekarskim MSW i jednostkami medycyny pracy MSW i SW w zakresie wymiany informacji o stanach chorobowych funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego i Służby Więziennej mogących mieć związek z zagrożeniami środowiska służby lub sposobem jej pełnienia będzie miała na celu identyfikację czynników szkodliwych występujących w środowisku służby oraz podejmowanie działań zmierzających do ich likwidacji

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Realizacja obowiązku wymiany informacji pomiędzy komisjami lekarskim MSW i jednostkami medycyny pracy MSW i SW nastąpi z chwilą wejścia w życie projektowanego rozporządzenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Projektowane rozporządzenie będzie stosowane w sposób ciągły, stąd też nie planuje się ewaluacji efektów projektu, a tym samym nie stosuje się mierników dla tej ewaluacji.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak załączników.

Projekt

ROZPORZĄDZENIE

MINISTRA OBRONY NARODOWEJ

z dnia

w sprawie orzekania o zdolności do służby w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego i Służbie Wywiadu Wojskowego, uznawania funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, emeryta i rencisty policyjnego za inwalidę albo niezdolnego do samodzielnej egzystencji, orzekania o związku śmierci ze służbą oraz kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby, a także właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach

Na podstawie art. 4 ust. 5 ustawy z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (Dz. U. Nr 104, poz. 710, z późn. zm.[1)]) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. Rozporządzenie określa:

1) właściwość wojskowych komisji lekarskich w sprawach orzekania o zdolności do służby w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego i Służbie Wywiadu Wojskowego, zwanych dalej odpowiednio „SKW” i „SWW”, oraz o związku albo braku związku chorób i ułomności z tą służbą;
2) właściwość wojskowych komisji lekarskich w sprawach uznania funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby lub emeryta albo rencisty policyjnego za inwalidę albo niezdolnego do samodzielnej egzystencji;
3) właściwość wojskowych komisji lekarskich w sprawach orzekania o związku śmierci funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby lub emeryta lub rencisty policyjnego ze służbą;
4) właściwość rzeczową wojskowych komisji lekarskich w sprawach kontroli prawidłowości

[1)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 114, poz. 957, z 2010 r. Nr 113, poz. 745, Nr 182, poz. 1228, Nr 230, poz. 1510 i Nr 238, poz. 1578, z 2011 r. Nr 117, poz. 677 oraz z 2013 r. poz. 675 i 1351.

orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego;

5) tryb kierowania do wojskowych komisji lekarskich;
6) warunki orzekania w sprawach, o których mowa w pkt 1–4;
7) tryb orzekania w sprawach, o których mowa w pkt 1–4;
8) właściwość organów i tryb uchylania orzeczeń wojskowych komisji lekarskich w ramach nadzoru;
9) wykaz chorób i ułomności uwzględniany przy orzekaniu o zdolności do służby w SKW i SWW.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o ustawie, należy przez to rozumieć ustawę z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego.

Rozdział 2

Właściwość wojskowych komisji lekarskich

§ 3. 1. Do orzekania w sprawach, o których mowa w § 1 pkt 1–4, są właściwe:

1) rejonowe wojskowe komisje lekarskie w Bydgoszczy, Ełku, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Szczecinie, Warszawie, Wrocławiu i Żaganiu oraz Rejonowa Wojskowa Komisja Morsko-Lekarska w Gdańsku,
2) Centralna Wojskowa Komisja Lekarska w Warszawie

– zwane dalej „wojskowymi komisjami lekarskimi”.

2. Właściwość miejscową wojskowych komisji lekarskich ustala się:

1) w stosunku do funkcjonariuszy – ze względu na siedzibę jednostki organizacyjnej, w której pełnią służbę;
2) w stosunku do kandydatów do służby w SKW lub SWW – ze względu na miejsce ich zamieszkania albo siedzibę jednostki organizacyjnej, w której mają zamiar pełnić służbę*;*
3) w stosunku do funkcjonariuszy zwolnionych ze służby oraz emerytów i rencistów policyjnych – ze względu na miejsce ich zamieszkania albo siedzibę jednostki organizacyjnej, w której pełnili służbę bezpośrednio przed zwolnieniem ze służby.

§ 4. Do rejonowych wojskowych komisji lekarskich, stosownie do ich właściwości miejscowej, należy orzekanie w stosunku do:

1) funkcjonariuszy w sprawach, o których mowa w § 1 pkt 1–4;

2) kandydatów do służby w SKW lub SWW w sprawach orzekania o zdolności do tej służby;
3) funkcjonariuszy zwolnionych ze służby oraz emerytów i rencistów policyjnych w sprawach, o których mowa w § 1 pkt 2 i 3.

§ 5. Do Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej w Warszawie należy:

1) rozpatrywanie odwołań od orzeczeń pozostałych wojskowych komisji lekarskich;
2) zatwierdzanie projektów orzeczeń pozostałych wojskowych komisji lekarskich:
   a) ustalających trwałą lub czasową niezdolność do służby w SKW lub SWW oraz związek lub brak związku choroby lub ułomności z tą służbą,
   b) uznających funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, emeryta i rencisty policyjnego za inwalidę albo za niezdolnego do samodzielnej egzystencji,
   c) ustalających związek lub brak związku śmierci funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta i rencisty policyjnego ze służbą w SKW lub SWW;
3) zajmowanie stanowiska wobec sprzeciwów do projektów orzeczeń i orzeczeń wojskowych komisji lekarskich.

Rozdział 3

Kierowanie do komisji lekarskich

§ 6. 1. W przypadkach, o których mowa w art. 4 ust. 4 ustawy, organ określony w art. 4 ust. 4 ustawy kieruje funkcjonariuszy oraz kandydatów do służby w SKW lub SWW do wojskowych komisji lekarskich, zgodnie z właściwością tych komisji określoną w § 3 ust. 2, § 4 i 5 oraz ich terytorialnym zasięgiem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 29 ust. 8 pkt 1 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r. poz. 461, z późn. zm.[2)]).

2. Organ kierujący do wojskowej komisji lekarskiej przekazuje tej komisji posiadane informacje i dokumenty, które dotyczą stanu zdrowia funkcjonariusza albo kandydata do służby w SKW lub SWW i mogą mieć znaczenie dla ustalenia związku lub braku związku chorób, ułomności i śmierci ze służbą.

§ 7. 1. W sprawach uznania funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta i rencisty policyjnego za inwalidę albo niezdolnego do samodzielnej egzystencji oraz w sprawach orzekania o związku śmierci funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta i rencisty policyjnego ze służbą w SKW albo SWW do wojskowej komisji lekarskiej kieruje dyrektor

[2)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 1101, 1407 i 1445 oraz z 2013 r. poz. 852 i 1355.

Wojskowego Biura Emerytalnego w Warszawie z urzędu lub na wniosek zainteresowanego.

2. W sprawie orzekania o związku śmierci funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta i rencisty policyjnego ze służbą w SKW albo SWW wniosek, o którym mowa w ust. 1, mogą złożyć członkowie rodziny zmarłego funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta i rencisty policyjnego, o których mowa w art. 12 ustawy z dnia 11 kwietnia 2003 r. o świadczeniach odszkodowawczych przysługujących w razie wypadków i chorób pozostających w związku ze służbą wojskową (Dz. U. z 2014 r. poz. 213).

3. W sprawach, o których mowa w ust. 1, właściwość wojskowych komisji lekarskich określa się zgodnie z § 3 ust. 2 oraz § 4 i 5.

4. Osoba składająca wniosek, o którym mowa w ust. 1 i 2, dołącza do niego posiadane informacje i dokumenty, które dotyczą stanu zdrowia funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta i rencisty policyjnego i mogą mieć znaczenie dla uznania za inwalidę albo niezdolnego do samodzielnej egzystencji albo ustalenia związku lub braku związku śmierci ze służbą.

§ 8. Wzór skierowania do wojskowej komisji lekarskiej w sprawach, o których mowa w § 6 ust. 1 i w § 7 ust. 1, określa załącznik nr 1.

Rozdział 4

Orzekanie o zdolności do służby w SKW lub SWW oraz o związku albo braku związku chorób i ułomności z tą służbą

§ 9. Orzekając o zdolności do służby w SKW lub SWW, wojskowe komisje lekarskie zaliczają jednocześnie daną osobę do jednej z kategorii zdolności do takiej służby, według wykazu chorób i ułomności przy ocenie zdolności fizycznej i psychicznej do służby w SKW lub SWW, stanowiącego załącznik nr 2.

§ 10. 1. Orzekając o zdolności lub niezdolności do służby w SKW lub SWW, w razie stwierdzenia u funkcjonariusza albo kandydata do służby w SKW lub SWW choroby lub ułomności, komisja lekarska orzeka również o:

1) związku lub braku związku tej choroby lub ułomności ze służbą w SKW lub SWW,
2) zaliczeniu lub niezaliczeniu funkcjonariusza do jednej z grup inwalidztwa oraz o związku lub braku związku inwalidztwa ze służbą w SKW lub SWW

– kierując się kryteriami zdrowotnymi określonymi w wykazie chorób i schorzeń, ustalonym na podstawie art. 20 ust. 4 ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym

funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorucyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2013 r. poz. 667, z późn. zm.[3)]).

2. Jeżeli przy orzekaniu o niezdolności do służby w SKW lub SWW wojskowa komisja lekarska stwierdzi u funkcjonariusza przynajmniej jedną chorobę lub ułomność pozostającą w związku z tą służbą i jednocześnie powodującą niezdolność do tej służby, to niezdolność do służby ustala się jako pozostającą w związku ze służbą w SKW lub SWW.

Rozdział 5

Uznawanie funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta i rencisty policyjnego za inwalidę albo niezdolnego do samodzielnej egzystencji i orzekanie o związku śmierci funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby oraz emeryta i rencisty policyjnego ze służbą

§ 11. 1. Orzekając o uznaniu funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta lub rencisty policyjnego za inwalidę albo niezdolnego do samodzielnej egzystencji, wojskowa komisja lekarska orzeka również o zaliczeniu lub niezaliczeniu funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta lub rencisty policyjnego do jednej z grup inwalidztwa oraz o związku lub braku związku inwalidztwa ze służbą w SKW lub SWW, kierując się kryteriami zdrowotnymi, o których mowa w § 10 ust. 1.

2. W przypadku uznania funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta lub rencisty policyjnego za inwalidę wojskowa komisja lekarska ustala, w szczególności:

1) datę powstania inwalidztwa oraz czy istnieje zdolność do pracy;

2) wskazania i przeciwwskazania dotyczące zatrudnienia;

3) termin badania kontrolnego.

§ 12. Orzekając o związku śmierci funkcjonariusza, kandydata do służby w SKW lub SWW, funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta lub rencisty policyjnego z tą służbą, wojskowa komisja lekarska ustala jednocześnie, czy śmierć jest następstwem wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby w SKW lub SWW lub choroby powstałej w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami takiej służby, z tytułu których przysługują świadczenia odszkodowawcze przewidziane w ustawie z dnia 11 kwietnia 2003 r.

[3)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 271, 675, 1623 i 1717.

o świadczeniach odszkodowawczych przysługujących w razie wypadków i chorób pozostających w związku ze służbą wojskową (Dz. U. z 2014 r. poz. 213).

Rozdział 6

Tryb orzekania wojskowych komisji lekarskich

§ 13. 1. Orzeczenia w sprawach, o których mowa w § 1 pkt 1–4, wojskowe komisje lekarskie wydają na podstawie badania lekarskiego lub wyników badań specjalistycznych, dokumentacji medycznej oraz informacji i dokumentów, o których mowa w § 6 ust. 2 albo § 7 ust. 4, wykorzystując w szczególności:

1) odpis przebiegu służby z akt personalnych funkcjonariusza oraz informację o warunkach jej pełnienia;
2) informację o warunkach i przebiegu służby dla celów wojskowych komisji lekarskich;
3) informacje uzyskane w trybie określonym w § 15 ust. 2;
4) historie chorób z leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego;
5) wyniki pomiarów czynników szkodliwych występujących w środowisku służby;
6) kartę badań profilaktycznych i okresowych;
7) informacje zawarte w pisemnym oświadczeniu funkcjonariusza, kandydata do służby w SKW lub SWW, funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta i rencisty policyjnego.

2. Informację, o której mowa w ust. 1 pkt 2, uwzględniającą wykryte schorzenia i przebyte urazy z ich przebiegiem i wynikiem leczenia, a także czynniki ryzyka wynikające ze szczególnych właściwości lub warunków służby na zajmowanych stanowiskach, sporządza lekarz jednostki na podstawie badania, karty badań profilaktycznych i okresowych oraz dokumentacji medycznej i orzeczniczo-lekarskiej funkcjonariusza.

§ 14. 1. Orzeczenie o związku śmierci funkcjonariusza SKW lub SWW ze służbą w SKW lub SWW wskutek wypadku komisja lekarska wydaje na podstawie akt postępowania powypadkowego lub dokumentacji medycznej.

2. Orzeczenie o związku śmierci funkcjonariusza SKW lub SWW, funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta lub rencisty policyjnego ze służbą w SKW lub SWW wskutek choroby wojskowa komisja lekarska wydaje na podstawie dokumentacji medycznej oraz opisu przebiegu i warunków pełnienia przez nich służby.

§ 15. 1. Wojskowa komisja lekarska wydaje orzeczenie niezwłocznie po przeprowadzeniu

niezbędnych badań lekarskich i skompletowaniu wymaganej dokumentacji.

2. Jeżeli wojskowa komisja lekarska stwierdzi, iż do wydania orzeczenia są niezbędne dokumenty inne niż określone w ust. 1, w szczególności dotyczące chorób, ułomności i śmierci oraz ich związku ze służbą w SKW lub SWW, pisemnie wzywa funkcjonariusza, kandydata do służby w SKW lub SWW, funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta lub rencistę policyjnego, a w razie ich śmierci – członka rodziny, o którym mowa w art. 12 ustawy z dnia 11 kwietnia 2003 r. o świadczeniach odszkodowawczych przysługujących w razie wypadków i chorób pozostających w związku ze służbą wojskową, do ich dostarczenia w terminie nieprzekraczającym czternastu dni od dnia doręczenia wezwania. W takim przypadku wojskowa komisja lekarska może wystąpić także do organu, który skierował funkcjonariusza, oraz do szefów jednostek organizacyjnych, w których pełnił on służbę, o dostarczenie niezbędnych dokumentów w terminie nieprzekraczającym czternastu dni od dnia doręczenia żądania.

3. Po bezskutecznym upływie terminu wyznaczonego do dostarczenia dokumentów przez funkcjonariusza, kandydata do służby w SKW albo SWW, funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta i rencisty policyjnego albo członka rodziny, o którym mowa w art. 12 ustawy z dnia 11 kwietnia 2003 r. o świadczeniach odszkodowawczych przysługujących w razie wypadków i chorób pozostających w związku ze służbą wojskową, jak również po otrzymaniu od organu, o którym mowa w ust. 2, pisemnej informacji, iż nie posiada żadnych dokumentów, komisja lekarska może wydać orzeczenie na podstawie posiadanej dokumentacji.

§ 16. 1. Orzeczenie wojskowej komisji lekarskiej zawiera w szczególności:

1) rozpoznanie;
2) ustalenie kategorii zdolności do służby w SKW lub SWW lub wskazanie kategorii inwalidztwa albo niezdolności do samodzielnej egzystencji, a w razie stwierdzenia chorób i ułomności albo inwalidztwa lub niezdolności do samodzielnej egzystencji – określenie ich związku lub braku związku ze służbą w SKW lub SWW;
3) pouczenie o prawie wniesienia odwołania.

2. Orzeczenie wojskowej komisji lekarskiej dotyczące zmarłego funkcjonariusza SKW lub SWW, funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta lub rencisty policyjnego ustala w szczególności:

1) przyczynę śmierci;
2) związek lub brak związku śmierci ze służbą w SKW lub SWW.

§ 17. Orzeczenie wojskowej komisji lekarskiej:

1) w sprawie zdolności do służby w SKW lub SWW sporządza się według wzoru określonego w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
2) w sprawie ustalenia związku śmierci ze służbą w SKW lub SWW sporządza się według wzoru określonego w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

§ 18. 1. Wojskowa komisja lekarska orzeka w składzie trzech lekarzy. Przewodniczącego składu orzekającego wyznacza przewodniczący wojskowej komisji lekarskiej.

2. Wojskowa komisja lekarska orzeka większością głosów składu orzekającego.

3. Członek składu orzekającego wojskowej komisji lekarskiej może wnieść na piśmie sprzeciw wobec projektu orzeczenia z podaniem uzasadnienia. W takim przypadku przewodniczący wojskowej komisji lekarskiej przesyła sprzeciw łącznie z projektem orzeczenia i pozostałą dokumentacją do wojskowej komisji lekarskiej wyższego stopnia, która zajmuje stanowisko w sprawie w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania sprzeciwu.

4. Wojskowa komisja lekarska wyższego stopnia zajmuje stanowisko na podstawie otrzymanej dokumentacji. W razie potrzeby wojskowa komisja lekarska wyższego stopnia może przeprowadzić ponowne badanie lekarskie i badania specjalistyczne oraz skierować funkcjonariusza, kandydata do służby w SKW lub SWW, funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta lub rencistę policyjnego na obserwację w podmiocie leczniczym, a także przeprowadzić dodatkowe postępowanie w celu uzupełnienia materiałów w sprawie.

5. W razie uznania zasadności sprzeciwu przez wojskową komisję lekarską wyższego stopnia, skład orzekający wydaje orzeczenie zgodne z tym stanowiskiem. Jeżeli orzeczenie dotyczy spraw, o których mowa w § 19 ust. 1, opracowuje się projekt orzeczenia zgodny z tym stanowiskiem.

6. Orzeczenie wojskowej komisji lekarskiej podpisują wszyscy członkowie składu orzekającego oraz opatruje się je pieczęcią urzędową wojskowej komisji lekarskiej.

§ 19. 1. Projekt orzeczenia wojskowej komisji lekarskiej:

1) ustalającej trwałą lub czasową niezdolność do służby w SKW lub SWW oraz związek lub brak związku choroby lub ułomności z tą służbą,
2) uznających funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, emeryta i rencisty policyjnego za inwalidę albo za niezdolnego do samodzielnej egzystencji,
3) ustalających związek lub brak związku śmierci funkcjonariusza, funkcjonariusza

zwolnionego ze służby albo emeryta i rencisty policyjnego ze służbą w SKW lub SWW – przewodniczący wojskowej komisji lekarskiej przesyła łącznie z pozostałą dokumentacją do wojskowej komisji lekarskiej wyższego stopnia.

2. Wojskowa komisja lekarska wyższego stopnia zajmuje stanowisko na podstawie otrzymanej dokumentacji. W razie potrzeby wojskowa komisja lekarska wyższego stopnia może przeprowadzić ponowne badanie lekarskie i badania specjalistyczne oraz skierować funkcjonariusza albo kandydata do służby w SKW lub SWW na obserwację w podmiocie leczniczym, a także przeprowadzić dodatkowe postępowanie w celu uzupełnienia materiałów w sprawie.

3. W razie zatwierdzenia projektu orzeczenia przez wojskową komisję lekarską wyższego stopnia, wojskowa komisja lekarska wydaje orzeczenie w brzmieniu zatwierdzonego projektu.

4. W razie niezatwierdzenia projektu orzeczenia przez wojskową komisję lekarską wyższego stopnia, komisja ta nakazuje ponowne rozpatrzenie sprawy i wydanie orzeczenia uwzględniającego jej stanowisko. W takim przypadku wojskowa komisja lekarska wydaje orzeczenie zgodne ze stanowiskiem wojskowej komisji lekarskiej wyższego stopnia.

5. Orzeczenie wojskowej komisji lekarskiej podpisują wszyscy członkowie składu orzekającego oraz opatruje się je pieczęcią urzędową wojskowej komisji lekarskiej.

6. Do orzeczenia wojskowej komisji lekarskiej wydanego w trybie określonym w ust. 3 lub 4 nie stosuje się przepisu ust. 1.

§ 20. Wojskową komisją lekarską wyższego stopnia jest Centralna Wojskowa Komisja Lekarska w Warszawie.

§ 21. Orzeczenie wojskowej komisji lekarskiej wydane w trybie określonym w § 18 ust. 1 lub 5 zdanie pierwsze albo w § 19 ust. 3 lub 4, jako wydane w pierwszej instancji, doręcza się funkcjonariuszowi, kandydatowi do służby w SKW lub SWW, funkcjonariuszowi zwolnionemu ze służby albo emerytowi lub renciście policyjnemu a w razie jego śmierci – członkowi rodziny, o którym mowa w § 7 ust. 2, a także organowi, który skierował funkcjonariusza albo kandydata do służby w SKW lub SWW do wojskowej komisji lekarskiej.

§ 22. 1. Od orzeczenia wojskowej komisji lekarskiej wydanego w pierwszej instancji służy stronie odwołanie na zasadach określonych w ustawie z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 267 oraz z 2014 r. poz. 183).

2. Odwołanie wnosi się do właściwej wojskowej komisji lekarskiej wyższego stopnia

określonej w § 20, za pośrednictwem komisji, która wydała orzeczenie, w terminie czternastu dni od dnia doręczenia orzeczenia.

§ 23. 1. Wojskowa komisja lekarska wyższego stopnia rozpatruje odwołanie w składzie trzech lekarzy. Przewodniczącego składu orzekającego wyznacza przewodniczący wojskowej komisji lekarskiej wyższego stopnia.

2. Wojskowa komisja lekarska wyższego stopnia, rozpatrując odwołanie, orzeka na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy. W razie potrzeby wojskowa komisja lekarska wyższego stopnia może przeprowadzić ponowne badanie lekarskie i badania specjalistyczne oraz skierować funkcjonariusza, kandydata do służby w SKW lub SWW, funkcjonariusza zwolnionego ze służby albo emeryta lub rencisty policyjnego na obserwację w podmiocie leczniczym, a także przeprowadzić dodatkowe postępowanie w celu uzupełnienia materiałów w sprawie.

3. Wojskowa komisja lekarska wyższego stopnia orzeka w sprawie odwołania większością głosów składu orzekającego. Przepisy § 18 ust. 3 i 4 oraz ust. 5 zdanie pierwsze stosuje się odpowiednio, z tym że Centralna Wojskowa Komisja Lekarska w Warszawie rozpatruje sprzeciw wobec projektu swojego orzeczenia w składzie pięciu oficerów lekarzy.

4. Do orzeczenia wojskowej komisji lekarskiej wyższego stopnia stosuje się odpowiednio przepis § 21.

§ 24. 1. Minister Obrony Narodowej może w trybie nadzoru uchylić każde orzeczenie wojskowej komisji lekarskiej sprzeczne z prawem lub wydane z pominięciem istotnych okoliczności faktycznych.

2. Uprawnienie, o którym mowa w ust. 1, przysługuje również przewodniczącemu Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej w Warszawie.

3. Uchylając orzeczenie, odpowiednio Minister Obrony Narodowej albo przewodniczący Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej w Warszawie wskazuje okoliczności wymagające wyjaśnienia w toku dalszego postępowania w sprawie.

4. W razie uchylenia orzeczenia sprawę rozpatruje ponownie w pierwszej instancji wojskowa komisja lekarska wyznaczona odpowiednio przez Ministra Obrony Narodowej albo przewodniczącego Centralnej Wojskowej Komisji Lekarskiej w Warszawie zgodnie z zaleceniami, o których mowa w ust. 3.

Rozdział 6

Przepisy końcowe

§ 25. Przepisy rozporządzenia stosuje się odpowiednio do żołnierzy zawodowych przeznaczonych do pełnienia zawodowej służby wojskowej w SKW i SWW oraz żołnierzy zawodowych wyznaczonych na stanowiska służbowe w SKW i SWW.

§ 26. Do spraw wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 27. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.[4)]

MINISTER OBRONY NARODOWEJ

W porozumieniu:
MINISTER SPRAW WEWNĘTRZNYCH
MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ
MINISTER ZDROWIA

[4)] Rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Obrony Narodowej z dnia 26 września 2006 r. w sprawie orzekania o zdolności do służby w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego i Służbie Wywiadu Wojskowego oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach (Dz. U. Nr 176, poz. 1304, z 2011 r. Nr 63, poz. 326, z 2012 r. poz. 1477 oraz z 2013 r. poz. 1492).

Załączniki
do rozporządzenia
Ministra Obrony Narodowej
z dnia ... (poz. ...)

Załącznik nr 1

WZÓR

……..... ……......, dnia … 2014r.
(pieczęć nagłówkowa
organu kierującego)

SKIEROWANIE

Do .....
(nazwa wojskowej komisji lekarskiej)

w celu .....

1. Nazwisko, imię i imiona rodziców …….....
.....
2. PESEL .....

3. Stopień służbowy* ……. 4. Miejsce i data urodzenia
.....

5. Przydział służbowy* .....
(jednostka organizacyjna, zajmowane stanowisko)

6. Okres służby w SKW lub SWW** ..... - ……

7. Miejsce zamieszkania .....

8. Rozpoznanie .....
……

9. Dotychczas wydane orzeczenia (nazwa komisji, numer orzeczenia, data wydania, rozpoznanie za pomocą paragrafów)
.....
……

10. Termin stawiennictwa .....

11. Uzasadnienie .....
……

……..... ……......
(lekarz jednostki) mp. (organ kierujący)

** Nie dotyczy kandydatów do służby w SKW lub SWW; w przypadku funkcjonariuszy zwolnionych ze służby oraz emerytów i rencistów policyjnych należy wpisać ostatnie stopień służbowy i przydział służbowy.*
*** Nie dotyczy kandydatów do służby w SKW lub SWW; w przypadku funkcjonariuszy SKW albo SWW należy wpisać wyłącznie datę rozpoczęcia służby*

Załącznik nr 2

WYKAZ CHORÓB I UŁOMNOŚCI PRZY OCENIE ZDOLNOŚCI FIZYCZNEJ I PSYCHICZNEJ DO SŁUŻBY W SŁUŻBIE KONTRWYWIADU WOJSKOWEGO LUB SŁUŻBIE WYWIADU WOJSKOWEGO

Paragraf	Punkt	Choroba i ułomność	Grupa I*	Grupa II*
1	2	3	4	5

ROZDZIAŁ I - BUDOWA CIAŁA

1	1	Wzrost powyżej 185 cm przy proporcjonalnej budowie ciała	Z/N	Z
	2	Wzrost poniżej 160 cm do 155 cm przy proporcjonalnej budowie ciała	N/Z	Z
	3	Wzrost poniżej 155 cm przy proporcjonalnej budowie ciała	N	Z
	4	Słaba budowa ciała	Z/N	Z
	5	Słaba budowa ciała upośledzająca sprawność ustroju	N	Z
	6	Słaba budowa ciała znacznie upośledzająca sprawność ustroju	N	N
	7	Otyłość nieupośledzająca sprawności ustroju	Z/N	Z
	8	Otyłość upośledzająca sprawność ustroju	N	Z
	9	Otyłość znacznie upośledzająca sprawność ustroju	N	N
	10	Transseksualizm, obojnactwo	N	N
	11	Odwrotne położenie trzew bez zaburzeń sprawności ustroju	N/Z	Z
	12	Odwrotne położenie trzew z zaburzeniami sprawności ustroju	N	N

Objaśnienia szczegółowe

*) Osoby badane przez komisje lekarskie dzieli się na dwie grupy:
Grupa I (kolumna czwarta wykazu) obejmuje:
- kandydatów do służby w SKW lub SWW,

Grupa II (kolumna piąta wykazu) obejmuje:
- funkcjonariuszy SKW lub SWW.

Do § 1 pkt 4 i 5. Słabą budowę ciała należy oceniać nie tylko na podstawie dysproporcji pomiędzy wzrostem i ciężarem ciała, lecz również biorąc pod uwagę stan umięśnienia oraz stan układu krążenia w oparciu o próby czynnościowe.
Ocenę zdolności do SKW lub SWW przy słabej budowie ciała należy opierać na stwierdzeniu ogólnej sprawności ustroju.
pkt 7 i 8. Rozpoznanie otyłości powinno opierać się na stwierdzeniu nadmiernie rozwiniętej tkanki tłuszczowej. Funkcjonariuszy z nadmiernie rozwiniętą tkanką tłuszczową, przy stwierdzeniu, że wzrost jej jest spowodowany nadmiernym

odżywianiem, należy przy sprawnym układzie krążenia i oddechowym (próby czynnościowe) uznawać za zdolnych.
Przez otyłość znacznie upośledzającą sprawność ustroju należy rozumieć otyłość znacznego stopnia, przy niewydolności układu krążenia i oddechowego.

ROZDZIAŁ II - SKÓRA, TKANKA PODSKÓRNA, NACZYNIA LIMFATYCZNE I WĘZŁY CHŁONNE

1	2	3	4	5
2	1	Przewlekłe choroby skóry nieupośledzające sprawności ustroju	Z	Z
	2	Przewlekłe choroby skóry nieznacznie szpecące lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N/Z	Z
	3	Przewlekłe choroby skóry szpecące lub upośledzające sprawność ustroju	N	Z/N
	4	Przewlekłe choroby skóry znacznie szpecące lub znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N
	5	Ciała obce wgojone w powłoki zewnętrzne nieupośledzające sprawności ustroju	Z	Z
	6	Ciała obce wgojone w powłoki zewnętrzne upośledzające sprawności ustroju	Z	Z
	7	Ciała obce wgojone w powłoki zewnętrzne znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	Z/N
	8	Tatuaże nieszpecące	Z/N	Z
	9	Tatuaże szpecące	N	Z
	10	Torbiel włosowa z przetoką lub bez przetoki	N/Z	Z
	11	Torbiel włosowa nawrotowa po wielokrotnych / trzech i więcej / operacjach niepoddająca się leczeniu	N	N/Z
3	1	Blizny nieszpecące lub nieupośledzające sprawności ustroju	Z	Z
	2	Blizny nieznacznie szpecące lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N/Z	Z
	3	Blizny szpecące lub upośledzające sprawność ustroju	N	Z/N
	4	Blizny znacznie szpecące lub znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N
	5	Blizny po samouszkodzeniach	Z/N	Z
4	1	Schorzenia naczyń limfatycznych lub węzłów chłonnych nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	Z/N
	2	Schorzenia naczyń limfatycznych lub węzłów chłonnych upośledzające sprawność ustroju	N	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 2. Nowotwory skóry należy kwalifikować według paragrafów rozdziału XVIII - Nowotwory.

pkt 2 i 3. Według tych punktów należy kwalifikować m.in. łagodne i ograniczone postacie łuszczycy oraz rybią łuskę, wyprysk kontaktowy. Rozpoznanie wyprysku kontaktowego wymaga wykonania testów skórnych.

pkt 4. Według tego punktu należy kwalifikować różnorodne przewlekłe uogólnione choroby skóry, jak: zespół atopowego zapalenia skóry, wrodzone zaburzenia rogowacenia skóry znacznego stopnia (rogowiec dziedziczny), wrodzone dziedziczne oddzielanie się naskórka, pęcherzyca zwykła-liściasta, uogólnione i nawracające lub oporne na leczenie postacie łuszczycy.

pkt 9. Osoby z rozległymi szpecącymi tatuażami należy kierować do PZP (w ramach badań komisyjnych).

pkt 10 i 11. Torbiel włosową należy różnicować z przetoką skórną i kwalifikować w zależności od efektów leczenia.

Rozpoznanie powinno być potwierdzone badaniem chirurgicznym lub dokumentacją leczenia szpitalnego.

Do § 3 pkt 3 i 4. Według tych punktów należy kwalifikować rozległe blizny połączone z ubytkami tkanek miękkich (po zranieniach, oparzeniach itp.) oraz blizny w miejscach narażonych na tarcie w czasie ruchów i chodzenia lub znacznie szpecące, upośledzające funkcję narządów lub całego organizmu.

pkt 5. Osoby z bliznami po samouszkodzeniach należy kierować do PZP.

ROZDZIAŁ III - CZASZKA

1	2	3	4	5
5	-	Przebyty uraz głowy bez trwałych Następstw	Z	Z
6	1	Zniekształcenie czaszki nieupośledzające sprawności ustroju	Z/N	Z
	2	Zniekształcenia czaszki / np. guzy, wgniecenia / oraz ubytki kości czaszki pourazowe lub chorobowe upośledzające sprawność ustroju	N	Z/N
	3	Zniekształcenia czaszki / np. guzy, wgniecenia / oraz ubytki kości czaszki pourazowe lub chorobowe znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N
	4	Przepukliny mózgu	N	N
	5	Obce ciała w mózgu	N	N

ROZDZIAŁ IV - NARZĄD WZROKU

1	2	3	4	5
7	1	Zniekształcenie powiek nieupośledzające funkcji ochronnej	Z/N	Z
	2	Zniekształcenie powiek nieznacznie upośledzające funkcję ochronną	N/Z	Z

	3	Zniekształcenie powiek upośledzające funkcję ochronną	N	Z/N
	4	Przewlekłe choroby brzegów powiek lub spojówek nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ochronną oka	N/Z	Z
	5	Przewlekłe choroby brzegów powiek lub spojówek trudno poddające się leczeniu upośledzające sprawność oka	N	N/Z
	6	Zrosty spojówki gałkowej i powiekowej nieupośledzające ruchów gałki ocznej lub powiek	Z	Z
	7	Zrosty spojówki gałkowej lub powiekowej upośledzające skrajne wychylenie gałki ocznej lub ruchomość powiek niepowodujące wysychania rogówki	N	Z
	8	Zrosty spojówki gałkowej i powiekowej upośledzające ruchomość gałki ocznej lub powiek powodujące wysychanie rogówki	N	N/Z
8	1	Nieznaczne upośledzenie wydzielania lub odpływu łez	N/Z	Z
	2	Znaczne upośledzenie wydzielania lub odpływu łez	N	N/Z
9	1	Ślepota jednego oka lub brak jednej gałki ocznej przy ostrości wzroku pozostałego oka nie mniejszej niż 0,8 bez korekcji albo po zastosowaniu szkieł sferycznych do ± 3,0 D lub cylindrycznych do ± 2,0 D	N	Z/N
	2	Ślepota jednego oka lub brak gałki ocznej przy ostrości wzroku pozostałego oka poniżej 0,8 nie mniej niż 0,5 po zastosowaniu szkieł sferycznych do ± 6,0 D lub cylindrycznych do ± 3,0 D	N	N/Z
	3	Ślepota jednego oka lub brak gałki ocznej przy ostrości wzroku pozostałego oka poniżej 0,5 do 0,1 po zastosowaniu optymalnej korekcji szkłami sferycznymi lub cylindrycznymi	N	N
	4	Całkowita ślepota lub brak obu gałek ocznych	N	N
10	1	Nieznaczny oczopląs przy skierowaniu gałek ocznych w bok	N	Z
	2	Nieznaczny oczopląs przy patrzeniu wprost wzmagający się przy patrzeniu w bok	N	Z/N
	3	Wyraźny oczopląs przy patrzeniu wprost	N	N/Z
11	1	Zez utajony przy pełnej ostrości wzroku i prawidłowym widzeniu obuocznym	Z	Z
	2	Zez utajony lub zez jawny nieznacznego stopnia przy ostrości wzroku każdego oka 0,5 lub większej bez korekcji lub z korekcją szkłami sferycznymi do ± 3,0 D albo cylindrycznymi do ± 1,0 D i przy prawidłowym widzeniu obuocznym	N/Z	Z

	3	Brak jednoczesnego widzenia obuocznego /zez utajony, zez naprzemienny/ z ostrością wzroku każdego oka nie mniejszą niż 0,5 bez korekcji lub z korekcją szkłami sferycznymi do ± 6,0 D albo cylindrycznymi do ± 3,0 D	N/Z	Z
	4	Brak jednoczesnego widzenia obuocznego z ostrością wzroku gorszego oka mniejszą niż 0,5 do 0,1 z korekcją optymalną	N	N/Z
12	1	Niedowład mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka porażenny lub pourazowy nieznacznie upośledzający czynność wzrokową, niepowodujący podwójnego widzenia	N	Z
	2	Niedowład mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka porażenny lub pourazowy znacznie upośledzający czynność wzrokową, powodujący podwójne widzenie	N	N/Z
13	1	Ostrość wzroku jednego oka lub obu oczu mniejsza niż 0,8 nie mniejsza niż 0,5 bez korekcji szkłami	Z/N	Z
	2	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szkłami sferycznymi do ±3,0 D lub cylindrycznymi do ± 1,0 D	Z/N	Z
	3	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szkłami sferycznymi powyżej ±3,0 D do ± 6,0 D lub cylindrycznymi powyżej ±1,0 D do ±3,0 D	N	Z
	4	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szkłami sferycznymi powyżej ±6,0 D lub cylindrycznymi powyżej ±3,0 D	N	Z/N
	5	Ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0,5, a drugiego 0,1 do 0,4, z optymalną korekcją szkłami sferycznymi lub cylindrycznymi	N	N/Z
	6	Ostrość wzroku każdego oka od 0,1 do 0,4 z optymalną korekcją szkłami sferycznymi lub cylindrycznymi	N	N
14	1	Przebyte, nienawracające choroby rogówki, twardówki, tęczówki, ciała rzęskowego i soczewki	N/Z	Z
	2	Przewlekłe i nawracające choroby rogówki, twardówki, tęczówki, ciała rzęskowego i soczewki	N	N/Z
	3	Przebyte, nienawracające choroby siatkówki, naczyniówki i nerwu wzrokowego	N/Z	Z
	4	Przewlekłe i nawracające choroby siatkówki, naczyniówki i nerwu wzrokowego	N	N/Z
	5	Nieznaczne upośledzenie rozróżniania barw	N/Z	Z
	6	Upośledzenie rozróżniania barw	N	Z
	7	Jaskra	N	N/Z

Objaśnienia szczegółowe

Do § 7 pkt 2 i 3. Przy kwalifikowaniu zniekształceń powiek należy kierować się ich skutkiem dla oka (brak objawów wysychania powierzchni gałki ocznej, podrażnienia spojówek, wysychania rogówki). Rozpoznanie powinno być oparte na dokumentacji leczenia szpitalnego lub w poradni specjalistycznej.

pkt 6 i 7. Przy kwalifikowaniu zrostów spojówki gałkowej i powiekowej należy brać pod uwagę zaburzenia widzenia obuocznego (podwójne widzenie w zależności od amplitudy wychylenia gałek ocznych).

Według tych punktów należy kwalifikować również następstwa jaglicy.

Do § 8 pkt 1 i 2. Kwalifikacja orzecznicza powinna opierać się na dokumentacji leczenia szpitalnego lub w poradni specjalistycznej.

Do § 9 Przez ślepotę oka należy rozumieć także ostrość wzroku poniżej 0,1 niedającą się poprawić szkłami (bez względu na ich siłę korygującą) lub koncentryczne zwężenie pola widzenia średnio do 10° od punktu fiksacji.

Do § 10 Każdy przypadek oczopląsu podlega konsultacji okulistycznej, neurologicznej i laryngologicznej.

Do § 11 i 13. Jeżeli ostrość wzroku któregokolwiek oka wynosi poniżej 0,5, należy skierować badanego do badania okulistycznego w celu określenia wady refrakcji i ustalenia ostrości wzroku po zastosowaniu korekcji. Przy większej różnicy wady pomiędzy jednym i drugim okiem należy zastosować szkła, jakie badany przyjmuje przy jednoczesnym patrzeniu obu oczami. Przy korekcji ostrości wzroku nie stosuje się szkieł kombinowanych. W przypadku zmętnienia lub zniekształcenia środowisk załamujących za podstawę kwalifikacji przyjmuje się ostrość wzroku.

Do § 12 pkt l i 2. W przypadkach stwierdzenia niedowładów lub porażeń mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka konieczna jest konsultacja neurologiczna. W ostatecznej ocenie należy kierować się stopniem upośledzenia funkcji narządu wzroku.

Do § 13 pkt 5. Kwalifikacja orzecznicza funkcjonariuszy wymaga konsultacji okulistycznej. Ocena zależna jest od tego, czy w oku (przy drugim zdrowym) nie stwierdza się krótkowzroczności powyżej 10,0 D, zmian w okolicy plamkowej, ognisk zwyrodnieniowych w siatkówce lub zmętnienia soczewki.

Do § 14 pkt 1-4. Kwalifikacja orzecznicza po zakończeniu leczenia i ustaleniu rozpoznania. Według tych punktów należy kwalifikować również gruźlicę oraz zmiany pogruźlicze. Zmiany rogówki po zabiegach korekcyjnych wad refrakcji kwalifikować według pkt 1.

W przypadku zaniku nerwu wzrokowego wymagane jest badanie neurologiczne. Według tych punktów należy kwalifikować również zaburzenia w polu widzenia. W grupie I w pkt 1-3 i w grupie II w pkt 2-4 przy ustalaniu kategorii zdolności należy brać pod uwagę ostrość wzroku. Bezsoczewkowość i pseudosoczewkowość oraz soczewki fakijne należy kwalifikować według § 14 pkt 2.

pkt 5 i 6. Przez "prawidłowe rozróżnianie barw" należy rozumieć umiejętność rozróżniania czterech barw podstawowych, tj. czerwonej, żółtej, zielonej i niebieskiej. Przez "nieznaczne upośledzenie rozróżniania barw" należy rozumieć utrudnienie rozróżniania czterech podstawowych barw (pomyłki przy odczytywaniu pojedynczych tablic z zestawu Ishihary lub Stillinga albo przedłużony czas odczytu - ponad 3 sek.). Nieumiejętność rozróżniania czterech barw podstawowych należy traktować jako "upośledzenie rozróżniania barw".

pkt 7. Przy ocenie orzeczniczej wymagana jest dokumentacja dotychczasowego leczenia szpitalnego lub w poradni specjalistycznej.

ROZDZIAŁ V - NARZĄD SŁUCHU

1	2	3	4	5
15	1	Zniekształcenie lub niedorozwój /nieszpecące/ jednej lub obu małżowin usznych bez równoczesnego upośledzenia słuchu	Z/N	Z
	2	Brak lub znaczny niedorozwój albo znaczne zniekształcenie jednej lub obu małżowin usznych bez równoczesnego upośledzenia słuchu	N	Z
16	1	Jednostronne lub obustronne zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny błony bębenkowej bez osłabienia słuchu	Z	Z
	2	Jednostronne lub obustronne zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny błony bębenkowej, przewlekły nieżyt ucha środkowego z osłabieniem słuchu	N/Z	Z
	3	Jednostronne zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych, przewlekły nieżyt ucha środkowego z przytępieniem słuchu	N	Z
	4	Obustronne zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych, przewlekły nieżyt ucha środkowego z przytępieniem słuchu	N	N
	5	Obustronne zarośnięcie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych z głuchotą	N	N
17	-	Jednostronny lub obustronny suchy ubytek błony bębenkowej	N	Z
18	1	Jednostronne przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego niezależnie od ostrości słuchu	N	Z
	2	Obustronne przewlekłe ropne zapalenie uszu środkowych niezależnie od ostrości słuchu	N	Z/N
19	1	Przebyta antromastoidektomia bez upośledzenia słuchu	Z/N	Z
	2	Przebyta wygojona jednostronna operacja zachowawcza ucha środkowego	Z/N	Z
	3	Przebyta wygojona obustronna operacja zachowawcza ucha środkowego	N	Z/N
	4	Przebyta jednostronna operacja doszczętna ucha środkowego	N	Z
	5	Przebyta obustronna operacja doszczętna ucha środkowego	N	N
20	1	Jednostronne lub obustronne zwyrodnienie włókniste lub kostne / tympano- lub otoskleroza / ucha środkowego z osłabieniem słuchu	N	Z

	2	Jednostronne zwyrodnienie włókniste lub kostne / tympano- lub otoskleroza/ ucha środkowego z przytępieniem słuchu	N	Z/N
	3	Obustronne zwyrodnienie włókniste lub kostne / tympano- lub otoskleroza/ ucha środkowego z jednostronnym przytępieniem słuchu przy drugostronnym osłabieniu słuchu lub z obustronnym słuchem gorszym od ww.	N	N
21	1	Jednostronne lub obustronne upośledzenie słuchu wyłącznie w zakresie tonów wysokich	N/Z	Z
	2	Jednostronne lub obustronne osłabienie słuchu bez zaburzeń równowagi ciała	N/Z	Z
	3	Jednostronne przytępienie słuchu bez zaburzeń równowagi ciała	N	Z
	4	Jednostronne przytępienie słuchu nawet graniczące z głuchotą przy drugostronnym osłabieniu słuchu	N	N
	5	Obustronne przytępienie słuchu bez zaburzeń równowagi ciała	N	N
	6	Jednostronna głuchota	N	N/Z
	7	Obustronna głuchota	N	N
	8	Głuchoniemota	N	N
	9	Czasowe zaburzenie równowagi ciała	N	Z
	10	Trwałe zaburzenia równowagi ciała	N	N

Objaśnienia szczegółowe

U kandydatów do SKW lub SWW we wszystkich przypadkach obniżenia ostrości słuchu konieczne jest wykonanie badania audiometrycznego tonalnego oraz konsultacji laryngologicznej.

Do § 16 pkt 2. Jako niezdolne należy kwalifikować osoby przeznaczone na stanowiska nasłuchowe.

Do § 21 pkt 1. Za upośledzenie słuchu wyłącznie w zakresie tonów wysokich uważa się ubytek przekraczający 40 dB dla częstotliwości 4.000 Hz i/lub wyższej.

pkt 2. Przez osłabienie słuchu należy rozumieć jego ubytek zawarty między 26 a 40 dB, ustalony badaniem audiometrycznym i obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości 500, 1.000 i 2.000 Hz. Jako niezdolne należy kwalifikować osoby przeznaczone na stanowiska nasłuchowe.

pkt 3-5. Przez przytępienie słuchu należy rozumieć jego ubytek zawarty między 41 a 70 dB, ustalony badaniem audiometrycznym i obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości 500, 1.000 i 2.000 Hz, natomiast średnie wartości krzywej progowej w audiometrii tonalnej powyżej 70 dB obliczane ww. sposobem występują u osób z przytępieniem słuchu graniczącym z głuchotą.

pkt 6. Funkcjonariuszy niebędących na stanowiskach, których specyfika wiąże się z nadmiernym oddziaływaniem hałasu, oraz nieposiadających dodatkowych schorzeń narządu słuchu po stronie drugiej można uznawać za zdolnych.

pkt 9 i 10. Zaburzenia w zakresie narządu równowagi wymagają zawsze badania laryngologicznego i neurologicznego.

ROZDZIAŁ VI - JAMA USTNA

1	2	3	4	5
22	1	Zniekształcenia warg wrodzone lub nabyte nieszpecące, nieznacznie upośledzające mowę lub przyjmowanie pokarmów	N	Z
	2	Zniekształcenia warg wrodzone lub nabyte znacznie szpecące lub upośledzające mowę i przyjmowanie pokarmów	N	N/Z
	3	Rozszczep wargi górnej lub wyrostka zębodołowego lub podniebienia	N	N
	4	Blizny i ubytki podniebienia miękkiego, przedziurawienie lub rozszczepienie podniebienia twardego i miękkiego upośledzające mowę lub przyjmowanie pokarmów	N	N/Z
	5	Blizny i ubytki podniebienia miękkiego, przedziurawienie lub rozszczepienie podniebienia twardego i miękkiego znacznie upośledzające mowę lub przyjmowanie pokarmów	N	N/Z
23	1	Zniekształcenie języka nieupośledzające mowy i połykania	Z	Z
	2	Zniekształcenie języka upośledzające mowę i połykanie	N	Z/N
	3	Zniekształcenie języka znacznie upośledzające mowę i połykanie	N	N/Z
	4	Przewlekłe zapalenie ślinianek nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	Z
	5	Przewlekłe zapalenie ślinianek upośledzające sprawność ustroju	N	Z/N
	6	Przewlekłe zapalenie ślinianek znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N
	7	Przetoki ślinowe kwalifikujące się do zabiegu operacyjnego	N	Z/N
	8	Przetoki ślinowe nawracające po leczeniu operacyjnym	N	N/Z
24	1	Braki i wady uzębienia z utratą zdolności żucia do 67 % przy zachowanych zębach przednich	Z/N	Z
	2	Braki i wady uzębienia w tym również zębów przednich z utratą zdolności żucia do 67 %	N/Z	Z
	3	Braki i wady uzębienia przy utracie zdolności żucia powyżej 67 %	N	Z
	4	Przewlekłe zapalenie przyzębia	N	Z
25	1	Zniekształcenie szczęki lub żuchwy wrodzone lub nabyte nieupośledzające zdolności żucia	Z/N	Z

	2	Zniekształcenie szczęki lub żuchwy wrodzone lub nabyte upośledzające zdolność żucia	N/Z	Z
	3	Złamanie szczęki lub żuchwy niezrośnięte lub zrośnięte nieprawidłowo znacznie upośledzające zdolność żucia	N	N/Z
	4	Zniekształcenie szczęki lub żuchwy uniemożliwiające żucie	N	N
	5	Ograniczenie rozwierania szczęk /odległość między górnymi a dolnymi siekaczami powyżej 2 cm/	N	Z/N
	6	Ograniczenie rozwierania szczęk /odległość między górnymi a dolnymi siekaczami poniżej 2 cm/	N	N/Z
	7	Przebyte operacje kostno-korekcyjne lub kostno-odtwórcze szczęki lub żuchwy bez upośledzenia zdolności żucia	N/Z	Z
	8	Przebyte operacje kostno-odtwórcze lub kostno-korekcyjne szczęki lub żuchwy z nieznacznym upośledzeniem zdolności żucia	N	Z
	9	Przebyte operacje kostno-korekcyjne lub kostno-odtwórcze szczęki lub żuchwy z upośledzeniem zdolności żucia	N	Z/N
	10	Przebyte operacje kostno-korekcyjne lub kostno-odtwórcze szczęki lub żuchwy ze znacznym upośledzeniem zdolności żucia	N	N/Z
	11	Przewlekłe schorzenia stawu skroniowo-żuchwowego nieupośledzające zdolności żucia	N/Z	Z
	12	Przewlekłe schorzenia stawu skroniowo-żuchwowego nieznacznie upośledzające zdolność żucia	N/Z	Z
	13	Przewlekłe schorzenia stawu skroniowo-żuchwowego upośledzające zdolność żucia	N	Z/N
	14	Przewlekłe schorzenia stawu skroniowo-żuchwowego znacznie upośledzające zdolność żucia	N	N/Z

Objaśnienia szczegółowe

Do § 23 pkt 1-3. Przez zniekształcenie należy rozumieć także zbliznowacenie z ubytkami tkanek.

pkt 5 i 6. Orzeka się w oparciu o dokumentację leczenia w poradni specjalistycznej.

Do § 24. Przy badaniu stanu uzębienia należy zwrócić uwagę na rodzaj i stan zgryzu ewentualnie jego zniekształcenia rozwojowe lub nabyte, na stan tkanek przyzębia i możliwe objawy periodontopatii. Zęby przeznaczone do usunięcia (zęby z miazgą zgorzelinową, wielokorzeniowe ze znacznie zniszczonymi koronami) należy traktować jako brakujące. Przy ocenie procentowej utraty zdolności żucia przyjmuje się tylko 28 zębów w jamie ustnej. Zęby (ósemki) mogą być brane pod uwagę, jeśli przy zwarciu odtwarzają one w części płaszczyznę żucia ewentualnie brakujących zębów (siódemek). Procentową utratę zdolności żucia oblicza się według następującej tabelki:

ząb	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
wartość procentowa	0	12	11	7	7	6	3	4	4	3	6	7	7	11	12	0

Przy obliczaniu wartości procentowej utraty zdolności żucia bierze się pod uwagę nie tylko zęby brakujące, ale również zęby pozbawione antagonistów.

Szereg zębowy górny

np. brak zębów	strona	8 B B 5 4 3 2 1	1 2 3 4 B 6 7 8	strona
	prawa	8 7 B 5 4 3 2 1	1 2 3 4 B B 7 8	lewa
	Szereg zębowy			dolny

B - brak zęba Braki uzębienia = 41 % utraty zdolności żucia

Całkowity brak zębów jednej szczęki stanowi 100 % utraty zdolności żucia nawet przy zachowaniu wszystkich zębów szczęki drugiej. Jeśli braki uzębienia powodują jednostronną utratę żucia, należy kwalifikować według punktu 2. Protezy stałe, niezależnie od ich rozległości, należy traktować jako odtworzenie żucia. Ocena wartości funkcjonalno-klinicznej protez starych zębów filarowych oraz wynikającej z tego powodu utraty zdolności żucia należy do lekarza dentysty. Protezy ruchome uzupełniające braki zębów u żołnierzy zawodowych należy traktować jako odtworzenie zdolności żucia.

Do § 25. Przez "zniekształcenie szczęki i żuchwy" należy rozumieć: progenię prawdziwą, protruzję szczęki lub żuchwy, laterogenię, prognację, mikrognację, zgryz otwarty lub wady skojarzone szczęki lub żuchwy, jak np. progenię prawdziwą z mikrognacją i inne, powodujące brak kontaktu zębów antagonistycznych tworzących powierzchnię żucia.

Przy orzekaniu zdolności do służby funkcjonariuszy należy wziąć pod uwagę stopień uszkodzenia układu zębowo-szczękowego, a mianowicie: ubytki szczęki dolnej lub górnej, wadliwe zrośnięcie złamania, niezrośnięcie, ubytki podbródka, warg i policzków, przykurcz dolnej szczęki, ubytki lub blizny języka, porażenie nerwu językowo-gardłowego itp., a ponadto wynikające stąd powikłania jak: oszpecenie twarzy utrudniające często współżycie z otoczeniem, ślinotok z powodu niedostatecznej szczelności ust, owrzodzenie bliznowate skóry twarzy i inne.

W tych stanach przede wszystkim bierze się pod uwagę zaburzenia mowy i żucia. Kwalifikacja orzecznicza powinna opierać się na dokumentach leczenia szpitalnego lub w poradni specjalistycznej.

ROZDZIAŁ VII - NOS, GARDŁO, KRTAŃ

1	2	3	4	5
26	1	Polipy nosa lub przerosty małżowin nosowych nieznacznie upośledzające drożność nosa	N/Z	Z
	2	Polipy nosa lub przerosty małżowin nosowych upośledzające drożność nosa	N	Z
	3	Skrzywienie przegrody nosa	Z	Z

		nieupośledzające drożności nosa		
	4	Skrzywienie przegrody nosa upośledzające drożność nosa lub jednostronna drożność nosa	Z/N	Z
	5	Wrodzone lub nabyte zniekształcenie lub zniszczenie części nosa nieznacznie szpecące lub nieznacznie upośledzające jego drożność	N/Z	Z
	6	Wrodzone lub nabyte zniekształcenie lub zniszczenie części nosa szpecące lub upośledzające jego drożność	N	Z/N
	7	Wrodzone lub nabyte zniekształcenie lub zniszczenie nosa znacznie szpecące lub znacznie upośledzające jego drożność	N	N
	8	Przewlekłe nieżytowe zapalenie zatok przynosowych oraz pojedyncze torbiele i niewielkie przerosty błony śluzowej zatok	N/Z	Z
	9	Torbiel śluzowa zatok przynosowych zakwalifikowana do leczenia operacyjnego	N	Z
	10	Przewlekłe śluzowo-ropne lub ropne zapalenie zatok przynosowych	N	Z
	11	Przewlekły naczynioruchowy nieżyt błony śluzowej nosa upośledzający oddychanie	N	Z
	12	Przewlekły suchy nieżyt błony śluzowej nosa lub suchy zanikowy nieżyt błony śluzowej nosa upośledzający oddychanie	N	Z
	13	Przewlekły suchy nieżyt błony śluzowej nosa lub suchy zanikowy nieżyt błony śluzowej nosa znacznie upośledzający oddychanie	N	N
	14	Zanikowy cuchnący nieżyt błony śluzowej nosa /ozena/	N	N
27	1	Przewlekły nieżyt /zwykły, przerostowy lub zanikowy/ gardła lub krtani nieznacznie upośledzający sprawność ustroju	Z/N	Z
	2	Przewlekły nieżyt / zwykły, przerostowy lub zanikowy / gardła lub krtani upośledzający sprawność ustroju	N	Z
	3	Przewlekły nieżyt / zwykły, przerostowy lub zanikowy / gardła lub krtani znacznie upośledzający sprawność ustroju	N	N
	4	Blizny i zniekształcenia gardła, krtani lub tchawicy nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	Z
	5	Blizny i zniekształcenia gardła, krtani lub tchawicy upośledzające sprawność ustroju	N	N/Z
	6	Blizny i zniekształcenia gardła, krtani lub tchawicy znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N
28	1	Zaburzenia ruchomości fałdów głosowych na tle organicznym lub czynnościowym	N	Z

		nieznacznie upośledzające sprawność ustroju		
	2	Zaburzenia ruchomości fałdów głosowych na tle organicznym lub czynnościowym upośledzające sprawność ustroju	N	Z/N
	3	Zaburzenia ruchomości fałdów głosowych na tle organicznym lub czynnościowym znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N
29	1	Wady wymowy nieznacznie upośledzające zdolność porozumiewania się	N	Z
	2	Wady wymowy upośledzające zdolność porozumiewania się	N	Z/N
	3	Wady wymowy znacznie upośledzające zdolność porozumiewania się	N	N
30	1	Przewlekłe alergiczne nieżyty górnych dróg oddechowych nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z/N	Z
	2	Przewlekłe alergiczne nieżyty górnych dróg oddechowych upośledzające sprawność ustroju	N	Z
	3	Przewlekłe alergiczne nieżyty górnych dróg oddechowych znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N/Z
	4	Okresowy alergiczny nieżyt nosa	Z/N	Z

Objaśnienia szczegółowe

Do § 26 pkt 4. Jednostronna niedrożność nosa kwalifikować jako niezdolny.

ROZDZIAŁ VIII - SZYJA, KLATKA PIERSIOWA, KRĘGOSŁUP

1	2	3	4	5
31	1	Kręcz szyi niewielkiego stopnia	N	Z/N
	2	Kręcz szyi znacznego stopnia	N	N/Z
	3	Przetoki skrzelopochodne wrodzone i nabyte	N	N
32	1	Zniekształcenie obojczyka nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność obręczy barkowej	Z/N	Z
	2	Zniekształcenie obojczyka upośledzające sprawność obręczy barkowej	N	Z
	3	Zniekształcenie obojczyka znacznie upośledzające sprawność obręczy barkowej	N	N/Z
	4	Stawy rzekome obojczyka	N	N/Z
33	1	Zniekształcenia lub niewielkie ubytki kostne klatki piersiowej nieupośledzające sprawności ustroju	N/Z	Z
	2	Zniekształcenia lub niewielkie ubytki kostne klatki piersiowej upośledzające sprawność ustroju	N	Z

	3	Zniekształcenia dużego stopnia lub ubytki rozległe kostne klatki piersiowej znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N
	4	Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej /oprócz wgojonych w serce/ nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N/Z	Z
	5	Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej /oprócz wgojonych w serce/ upośledzające sprawność ustroju	N	Z
	6	Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej /oprócz wgojonych w serce/ znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N/Z
	7	Żebra nadliczbowe szyjne	Z/N	Z
34	1	Skrzywienie i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N/Z	Z
	2	Skrzywienie i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte upośledzające sprawność ustroju	N	Z
	3	Skrzywienie i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N
	4	Garb	N	N
	5	Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa nieznacznie upośledzająca sprawność ustroju	N/Z	Z
	6	Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa upośledzająca sprawność ustroju	N	Z
	7	Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa znacznie upośledzająca sprawność ustroju	N	N
	8	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	N	N/Z
	9	Inne choroby kręgosłupa nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ruchową	N/Z	Z
	10	Inne choroby kręgosłupa upośledzające sprawność ruchową	N	Z
	11	Inne choroby kręgosłupa znacznie upośledzające sprawność ruchową	N	N

Objaśnienie szczegółowe

Do § 33. Obejmuje utrwalone zniekształcenie klatki piersiowej, spowodowane przebytymi urazami lub chorobami kręgosłupa. W ocenie zdolności do służby funkcjonariuszy bierze się pod uwagę nie tylko stopień zniekształcenia, ale przede wszystkim sprawność narządów klatki piersiowej.

Do § 34. pkt 1 Skolioza 1º, bez rozpoznania dyskopatii, bez leczenia operacyjnego w obrębie kręgosłupa należy kwalifikować jako zdolny.

pkt 5 Zaostrzenie dolegliwości jeden raz na 24 miesiące, bez leczenia szpitalnego należy kwalifikować jako zdolny.

pkt 9 Gruźlica kręgosłupa, RZS należy kwalifikować jako niezdolny

ROZDZIAŁ IX - UKŁAD ODDECHOWY

1	2	3	4	5
35	1	Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać łagodna	N	Z
	2	Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać umiarkowana	N	Z
	3	Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać ciężka	N	N/Z
	4	Przewlekła obturacyjna choroba płuc - postać bardzo ciężka	N	N
	5	Podejrzenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc do dalszej diagnostyki	N	Z
	6	Astma oskrzelowa sporadyczna (epizodyczna)	N	Z
	7	Astma oskrzelowa przewlekła łagodna	N	Z
	8	Astma oskrzelowa przewlekła umiarkowana	N	N/Z
	9	Astma oskrzelowa przewlekła ciężka	N	N
	10	Nadreaktywność oskrzeli	N/Z	Z
	11	Rozstrzenia oskrzeli nieznacznego stopnia	N	Z
	12	Rozlane wieloogniskowe rozstrzenia oskrzeli	N	N/Z
	13	Rzadkie choroby oskrzeli	N	N/Z
36	1	Pojedyncze zwapnienia i/lub niewielkie zwłóknienia po przebytym procesie gruźliczym	N/Z	Z
	2	Liczne zwapnienia i/lub zwłóknienia po przebytych rozsiewach krwiopochodnych gruźlicy	N	Z/N
	3	Zwłóknienia po przebytej gruźlicy płuc z upośledzeniem sprawności wentylacyjnej płuc	N	N/Z
	4	Zwłóknienia po przebytej gruźlicy płuc z ciężkim upośledzeniem sprawności wentylacyjnej płuc i niewydolnością oddychania	N	N
	5	Czynna gruźlica płuc	N	N
37	1	Śródmiąższowe choroby płuc - postać łagodna	N	Z
	2	Śródmiąższowe choroby płuc - postać umiarkowana	N	Z
	3	Śródmiąższowe choroby płuc - postać ciężka	N	N/Z
	4	Śródmiąższowe choroby płuc w okresie diagnostyki i/lub leczenia	N	N
	5	Czynne choroby opłucnej	N	N

	6	Zrosty i zgrubienia opłucnej nieupośledzające sprawności wentylacyjnej płuc	Z/N	Z
	7	Zrosty i zgrubienia opłucnej upośledzające sprawność wentylacyjną płuc bez niewydolności oddechowej	N	N/Z
	8	Zrosty i zgrubienia opłucnej ciężko upośledzające sprawność wentylacyjną płuc i wydolność oddechową	N	N
	9	Ubytki miąższu płucnego nieupośledzające sprawności wentylacyjnej płuc	N/Z	Z
	10	Ubytki miąższu płucnego umiarkowanie upośledzające sprawność wentylacyjną płuc bez niewydolności oddechowej	N	Z/N
	11	Ubytki miąższu płucnego ciężko upośledzające sprawność wentylacyjną płuc i wydolność oddechową	N	N

Objaśnienia szczegółowe

Badania czynnościowe układu oddechowego należy wykonywać bez leków mających wpływ na układ oddechowy, a jedynie w przypadku rozpoznanego POChP w celu określenia stopnia ciężkości choroby badanie wykonujemy w trakcie przyjmowania leków rozszerzających oskrzela. Wartości wskaźników spirometrycznych wyrażono w odsetku wartości należnych.

Do § 35 pkt 1. Łagodna obturacja z ograniczoną odwracalnością oskrzeli i wartościami spirometrii: FEV_1 %VC < 0,7; $FEV_1 \geq 80$ %;

pkt 2. Umiarkowana obturacja z ograniczoną odwracalnością oskrzeli i wartościami spirometrii: FEV_1 %VC < 0,7; FEV_1= 79 %-50 %;

pkt 3. Ciężka obturacja z ograniczoną odwracalnością oskrzeli i wartościami spirometrii: FEV_1 %VC < 0,7; FEV_1 = 49-30 %;

pkt 4. Bardzo ciężka obturacja z ograniczoną odwracalnością oskrzeli i wartościami spirometrii: FEV_1 %VC < 0,7; FEV_1 < 30 %;

pkt 6. Rozpoznanie na podstawie dokumentacji medycznej z co najmniej 24-miesięcznej obserwacji choroby zawierającej badania czynnościowe oraz wyniki diagnostyki alergologicznej (objawy < 1x w tygodniu i objawy nocne ≤ 2x w miesiącu, PEF ≥ 80 % wartości maksymalnej dla chorego lub $FEV_1 \geq$ 80 % wartości należnej, zmienność dobowa PEF lub FEV_1 < 20 %, brak objawów i prawidłowe wartości PEF pomiędzy atakami).

pkt 7, 8 i 9. Rozpoznanie na podstawie co najmniej rocznego leczenia choroby potwierdzonej wynikami badań spirometrycznych z odwracalną obturacją oskrzeli oraz wynikami diagnostyki alergologicznej (dokumentacja medyczna).

pkt 7. Ocena orzecznicza na podstawie dokumentacji medycznej z wartościami spirometrii: FEV_1 %VC < 0,7; $FEV_1 \geq$ 80 % wartości należnej lub PEF ≥ 80 % wartości maksymalnej z odwracalną obturacją oskrzeli (objawy ≥ 1 x w tygodniu, ale < 1 x dziennie i objawy nocne > 2x w miesiącu, zmienność dobowa PEF lub FEV_1 = 20-30 %).

pkt 8. Ocena orzecznicza na podstawie dokumentacji medycznej z wartościami spirometrii: FEV_1 %VC < 0,7; FEV_1= 60-79 % wartości należnej lub PEF= 60-80 % wartości maksymalnej z odwracalną obturacją oskrzeli (objawy występują codziennie, objawy nocne > 1x w tygodniu, zmienność dobowa PEF lub FEV_1 > 30 %).

pkt 9. Ocena orzecznicza na podstawie dokumentacji medycznej z wartościami spirometrii: FEV_1 %VC < 0,7; FEV_1 < 60 % wartości należnej lub PEF < 60 % wartości maksymalnej z odwracalną lub nieodwracalną obturacją oskrzeli (objawy występują codziennie, ograniczając aktywność fizyczną, częste zaostrzenia i częste objawy nocne, zmienność dobowa PEF lub FEV_1 > 30 %).

pkt 10. Zalecane wykonanie badań diagnostycznych w kierunku astmy oskrzelowej (również w przypadku nieprawidłowego wyniku testu drobnych oskrzeli - MEF_{50} < 60 % wartości należnej).

pkt 11. Nawracające stany zapalne dolnych dróg oddechowych w ciągu ostatnich 36 miesięcy (w badaniu HRCT klatki piersiowej cechy rozstrzeni).

pkt 12. Dokumentacja medyczna z badaniem HRCT klatki piersiowej (rozstrzenie oskrzeli w co najmniej 2 płatach płucnych).

pkt 13. Choroby genetyczne i na tle zaburzeń immunologicznych np. zarostowe zapalenie oskrzelików.

Do § 36 pkt 1. Bez upośledzenia sprawności wentylacyjnej płuc, zmiany mogą dotyczyć opłucnej (wartości spirometrii prawidłowe: FEV_1 %VC > 0,7; $FEV_1 \geq 80$ %, FVC ≥ 80 %).

pkt 2 Bez upośledzenia sprawności wentylacyjnej płuc, zmiany mogą dotyczyć opłucnej (wartości spirometrii prawidłowe: FEV_1 %VC > 0,7; $FEV_1 \geq 80$ %, FVC ≥ 80 %).

pkt 3. Wartości spirometrii wskazujące na zaburzenia oddychania typu restrykcyjnego: FEV_1 %VC > 0,7; FVC 50-79 %; obniżenie całkowitej pojemności płuc (TLC) w pletyzmografii, saturacja tlenem powyżej 94 %.

pkt 4. Wartości spirometrii wskazujące na zaburzenia oddychania typu restrykcyjnego: FEV_1 %VC > 0,7; FEV_1 < 50 %, FVC < 50 %; obniżenie całkowitej pojemności płuc (TLC) w pletyzmografii, saturacja tlenem poniżej 94 % oraz hipoksemia z hiperkapnią w gazometrii tętniczej, zmiany mogą dotyczyć opłucnej.

pkt 5. Przypadki czynnej gruźlicy płuc (gruźlica prosówkowa, gruźlica rozsiana płuc, gruźlica naciekowa płuc, gruźlica płuc włóknista lub włóknisto-guzkowa, serowate zapalenie płuc, gruźlica płuc włóknisto-jamista, gruźlicze zapalenie opłucnej, podejrzenie gruźlicy płuc) orzekamy po zakończonym procesie leczenia.

Do § 37. Badania czynnościowe układu oddechowego należy wykonywać bez leków mających wpływ na układ oddechowy, jedynie w uzasadnionych przypadkach w trakcie przyjmowania leków.

pkt 1. Śródmiąższowe choroby płuc i inne rzadkie choroby płuc nieupośledzające sprawności wentylacyjnej płuc i wydolności oddechowej (podatność płuc prawidłowa, tzn. powyżej 80 %, saturacja tlenem powyżej 94 %).

pkt 2. Śródmiąższowe choroby płuc i inne rzadkie choroby płuc umiarkowanie upośledzające sprawność wentylacyjną płuc bez upośledzenia wydolności oddechowej (podatność płuc obniżona do 50-80 %, saturacja tlenem powyżej 94 %, wartości spirometrii wskazujące na zaburzenia oddychania typu restrykcyjnego: FEV_1 %VC > 0,7; FEV_1 < 80 %, FVC < 80 %, wskazane badanie całkowitej pojemności płuc (TLC) w pletyzmografii celem potwierdzenia zaburzeń restrykcyjnych).

pkt 3. Śródmiąższowe choroby płuc i inne rzadkie choroby płuc ciężko upośledzające sprawność wentylacyjną płuc i wydolność oddechową (podatność płuc obniżona poniżej 50 %, wartości spirometrii wskazujące na zaburzenia oddychania typu restrykcyjnego: FEV_1 %VC > 0,7; FEV_1 < 50 %, FVC < 50 %, obniżona całkowita pojemność płuc (TLC) w pletyzmografii potwierdzająca zaburzenia restrykcyjne, saturacja tlenem poniżej 94 % oraz hipoksemia i hiperkapnia w gazometrii tętniczej).

pkt 4 i 5. Ocena orzecznicza w okresie remisji choroby i/lub po zakończonym leczeniu.

pkt 6. Wartości spirometrii prawidłowe: FEV_1 %VC > 0,7; $FEV_1 \geq$ 80 %, FVC $\geq$ 80 %.
pkt 7. Wartości spirometrii wskazujące na zaburzenia oddychania typu restrykcyjnego: FEV_1 %VC > 0,7; FEV_1=51-79 %, FVC=51-79 %; obniżenie całkowitej pojemności płuc (TLC) w pletyzmografii, saturacja tlenem powyżej 94 %.
pkt 8. Niewydolność oddechowa: wartości spirometrii wskazujące na zaburzenia oddychania typu restrykcyjnego: FEV_1 %VC > 0,7; FEV1 < 50 %, FVC < 50 %; obniżenie całkowitej pojemności płuc (TLC) w pletyzmografii, saturacja tlenem poniżej 94 % oraz hipoksemia i hiperkapnia w gazometrii tętniczej.
pkt 9. Przebyte zabiegi operacyjne w obrębie klatki piersiowej lub przebyte nieswoiste zapalenie płuc (wartości spirometrii prawidłowe: FEV_1 %VC > 0,7; $FEV_1 \geq$ 80 %, FVC $\geq$ 80 %).
pkt 10. Przebyte zabiegi operacyjne w obrębie klatki piersiowej lub przebyte nieswoiste zapalenie płuc (wartości spirometrii wskazujące na zaburzenia oddychania typu restrykcyjnego: FEV_1 %VC > 0,7; FEV_1=51-79 %, FVC=51-79 %; obniżenie całkowitej pojemności płuc (TLC) w pletyzmografii, saturacja tlenem powyżej 94%).
pkt 11. Przebyte zabiegi operacyjne w obrębie klatki piersiowej lub przebyte nieswoiste zapalenie płuc z niewydolnością oddechową (wartości spirometrii wskazujące na zaburzenia oddychania typu restrykcyjnego: FEV_1 %VC > 0,7; FEV1 < 50 %, FVC < 50 %; obniżenie całkowitej pojemności płuc (TLC) w pletyzmografii, saturacja tlenem poniżej 94 % oraz hipoksemia z hiperkapnią w gazometrii tętniczej).

ROZDZIAŁ X - UKŁAD KRĄŻENIA

1	2	3	4	5
38	1	Choroby mięśnia sercowego lub zaburzenia rytmu nawracające albo trwałe nieupośledzające sprawności ustroju	N	Z
	2	Choroby mięśnia sercowego lub zaburzenia rytmu nawracające albo trwałe powodujące upośledzenie sprawności ustroju	N	N/Z
	3	Choroby mięśnia sercowego lub zaburzenia rytmu nawracające albo trwałe powodujące znaczne upośledzenie sprawności ustroju	N	N
	4	Przewlekła choroba niedokrwienna serca pod postacią dusznicy bolesnej stabilnej	N	Z
	5	Przewlekła choroba niedokrwienna serca pod postacią dusznicy bolesnej stabilnej z przebytym zawałem	N	Z/N
	6	Przewlekła choroba niedokrwienna serca z częstymi zaostrzeniami	N	N/Z
	7	Przewlekła choroba niedokrwienna serca z częstymi zaostrzeniami, przebytym zawałem lub powikłaniami	N	N
	8	Wrodzone wady serca	N	N
	9	Zastawkowe wady serca bez powikłań i istotnych zaburzeń hemodynamicznych nieupośledzające sprawności ustroju	N/Z	Z

	10	Wady zastawkowe serca upośledzające sprawność ustroju	N	N
	11	Zaciskające zapalenie osierdzia lub stan po operacji z powodu tej choroby	N	N
	12	Obce ciała wgojone w serce	N	N/Z
	13	Rzut choroby reumatycznej w okresie leczenia	N	N
	14	Izolowane wypadanie płatka zastawki dwudzielnej /trójdzielnej/ niepowodujące zaburzeń sprawności ustroju	N/Z	Z
	15	Zespół wypadania płatka zastawki dwudzielnej /trójdzielnej/ powodujący zaburzenia sprawności ustroju	N	Z/N
	16	Inne choroby serca upośledzające trwale sprawność ustroju	N	N
39	1	Nadciśnienie tętnicze I stopnia /łagodne/	N/Z	Z
	2	Nadciśnienie tętnicze II stopnia /umiarkowane/	N	Z/N
	3	Nadciśnienie tętnicze III stopnia /ciężkie/	N	N
	4	Tętniaki	N	N/Z
	5	Zespoły pozakrzepowe i zakrzepica żył głębokich kończyn dolnych	N	N/Z
	6	Inne choroby naczyń krwionośnych upośledzające nieznacznie sprawność ustroju	N	Z
	7	Choroby naczyń krwionośnych upośledzające sprawność ustroju lub po zabiegach operacyjnych dużych naczyń ze znaczną poprawą krążenia	N	Z
	8	Choroby naczyń krwionośnych znacznie upośledzające sprawność ustroju, w tym także po operacjach rekonstrukcyjnych bez wyraźnej poprawy	N	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 38 pkt 1, 2 i 3. Według tych punktów należy kwalifikować również zaburzenia rytmu serca pochodzenia organicznego i zaburzenia przewodzenia, potwierdzone dokumentacją leczenia w poradni specjalistycznej.

pkt 8 i 10. Wrodzone wady serca leczone operacyjnie, jeżeli zostały przywrócone prawidłowe stosunki anatomiczne, należy kwalifikować według pkt 9.

Wymianę zastawki aortalnej lub mitralnej w poszczególnych wadach należy traktować nadal jako wady serca według pkt 9 lub 10.

Zastawkowe zwężenie ujścia aorty powodujące przerost lewej komory (uchwytne zmiany w obrazie ECHO), przy zachowanej w pełni sprawności fizycznej, można kwalifikować według pkt 9.

pkt 9 i 14. Obecność śladowej fali zwrotnej przez zastawkę aortalną jest patologią, a w przypadku pozostałych zastawek zjawiskiem fizjologicznym.

pkt 14. Rozpoznanie wymaga potwierdzenia echokardiograficznego. Wypadanie płatka zastawki dwudzielnej (trójdzielnej) bez istotnej hemodynamicznie fali

zwrotnej z prawidłową wielkością jam serca i bez zaburzeń rytmu serca.

pkt 15. Za zespół wypadania płatka zastawki dwudzielnej (trójdzielnej) należy uznawać wypadanie płatka (płatków) z objawami ich zwyrodnienia, istotną hemodynamicznie falą zwrotną i (lub) zaburzeniami rytmu serca.

Do § 39 pkt 2 i 3. Należy kwalifikować w zależności od wartości ciśnienia mierzonego wielokrotnie, zmian narządowych potwierdzonych badaniami: ECHO i dna oka.

pkt 6, 7, 8. Przez określenie "choroby naczyń krwionośnych" należy rozumieć przede wszystkim choroby naczyń obwodowych, jak miażdżyca, następstwa urazów, choroba Raynauda, czerwienica bolesna itp. Należy kwalifikować chorych zarówno z powikłaniami narządowymi miażdżycy tętnic, jak i z powikłaniami i następstwami stanów zapalnych i urazów naczyń krwionośnych.

ROZDZIAŁ XI - UKŁAD TRAWIENNY

1	2	3	4	5
40	1	Choroby przełyku nieupośledzające sprawności ustroju	Z/N	Z
	2	Choroby przełyku nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N/Z	Z
	3	Choroby przełyku upośledzające sprawność ustroju	N	Z/N
	4	Choroby przełyku znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N/Z
41	1	Ciała obce wgojone w narządy jamy brzusznej nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N/Z	Z
	2	Ciała obce wgojone w narządy jamy brzusznej upośledzające sprawność ustroju	N	Z
	3	Ciała obce wgojone w narządy jamy brzusznej znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N
42	1	Zrosty otrzewnej upośledzające sprawność ustroju	N	Z/N
	2	Zrosty otrzewnej znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N
43	1	Przewlekłe zapalenia żołądka, dwunastnicy, jelit bez upośledzenia lub z nieznacznym upośledzeniem sprawności ustroju	N/Z	Z
	2	Przewlekłe zapalenia żołądka, dwunastnicy, jelit z upośledzeniem sprawności ustroju	N	Z
	3	Przewlekłe zapalenia żołądka, dwunastnicy, jelit ze znacznym upośledzeniem sprawności ustroju	N	N
	4	Czynny wrzód żołądka lub dwunastnicy	N	Z/N
	5	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy z nawrotami	N/Z	Z
	6	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy z licznymi nawrotami i powikłaniami	N	N/Z

	7	Przebyta częściowa resekcja żołądka nieupośledzająca sprawności ustroju	N	Z
	8	Przebyta resekcja żołądka z upośledzeniem lub znacznym upośledzeniem sprawności ustroju	N	N/Z
	9	Niedowład lub rozstrzeń żołądka z zaleganiem treści	N	N/Z
	10	Przebyte zabiegi operacyjne na jelitach bez upośledzenia sprawności ustroju	Z	Z
	11	Przebyte zabiegi operacyjne na jelitach z nieznacznym upośledzeniem sprawności ustroju	N	Z
	12	Przebyte zabiegi operacyjne na jelitach z upośledzeniem sprawności ustroju	N	Z
	13	Przebyte zabiegi operacyjne na jelitach ze znacznym upośledzeniem sprawności ustroju	N	N/Z
	14	Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita cienkiego nieupośledzające sprawności ustroju	N/Z	Z
	15	Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita cienkiego upośledzające sprawność ustroju	N	Z
	16	Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita cienkiego znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N/Z
	17	Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita grubego nieupośledzające sprawności ustroju	N/Z	Z
	18	Zmiany organiczne lub zmiany czynnościowe jelita grubego upośledzające sprawność ustroju	N	Z
	19	Zmiany organiczne lub czynnościowe jelita grubego znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N/Z
44	1	Przewlekłe zapalenie dróg żółciowych nieupośledzające sprawności ustroju	N	Z
	2	Przewlekłe zapalenie dróg żółciowych upośledzające lub znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N/Z
	3	Kamica dróg żółciowych	N/Z	Z
	4	Przebyta operacja pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych nieznacznie upośledzająca sprawność ustroju	N/Z	Z
	5	Przebyta operacja pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych upośledzająca lub znacznie upośledzająca sprawność ustroju	N	N/Z
	6	Nieprawidłowe wartości biochemicznych wskaźników wydolności wątroby do diagnostyki	Z/N	Z
	7	Niedawno przebyte wirusowe zapalenie wątroby	N	Z

	8	Przewlekłe zapalenie wątroby	N	N/Z
	9	Marskość wątroby	N	N
	10	Okresowa hiperbilirubinemia bez innych cech nieprawidłowej funkcji wątroby	Z/N	Z
	11	Przewlekła hiperbilirubinemia bez innych cech nieprawidłowej funkcji wątroby	Z/N	Z
	12	Przewlekłe zakażenie HCV	N	Z
	13	Przewlekłe zakażenie HBV	N	Z
	14	Ozdrowieńcy po WZW bez uszkodzenia wątroby	N/Z	Z
	15	Przebyte pourazowe i toksyczne uszkodzenie wątroby bez upośledzenia jej wydolności	N/Z	Z
	16	Przebyte pourazowe i toksyczne uszkodzenie wątroby z upośledzeniem lub znacznym upośledzeniem jej wydolności	N	N/Z
	17	Przebyte operacje wątroby	N	N/Z
45	1	Przewlekłe choroby trzustki	N	N/Z
	2	Przebyte operacje trzustki	N	N/Z
46	1	Przepukliny	N/Z	Z
	2	Przepukliny w bliźnie pooperacyjnej lub nawrotowe	N	Z/N
	3	Przepukliny przeponowe nieupośledzające sprawności ustroju	N/Z	Z
	4	Przepukliny przeponowe upośledzające sprawność ustroju	N	Z
	5	Przepukliny przeponowe znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N
47	1	Przetoki i szczeliny odbytnicy lub okolicy odbytu	N	Z
	2	Przetoki okołoodbytnicze lub odbytnicy pierwotne i nawrotowe	N	N/Z
	3	Żylaki odbytu bez owrzodzeń	N/Z	Z
	4	Żylaki odbytu z owrzodzeniami lub żylaki nawrotowe	N	Z/N
	5	Wynicowanie i wypadanie śluzówki odbytnicy	N	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 43 pkt 6. Osoby z objawami niedoborowymi (niedokrwistość, hipoalbuminemia, niedobór ciężaru ciała) i z udokumentowanymi endoskopowo częstymi nawrotami choroby wrzodowej (co najmniej 3 razy w roku w okresie ostatnich 3 lat), których stopień nasilenia wymaga leczenia przez okres minimum 2 miesięcy, należy kwalifikować jako niezdolne.

Do § 44 pkt 1-17. Ocena orzecznicza wymaga dokumentacji dotychczasowego leczenia szpitalnego lub w poradni specjalistycznej.

pkt 3. Do oceny aktualny wynik badania USG jamy brzusznej, konsultacja chirurgiczna, częstość zaostrzeń nie więcej niż 1 w okresie 24 miesięcy.
pkt 4 Przebyta operacja pęcherzyka żółciowego bez upośledzenia funkcji organizmu i co najmniej 1 rok od zabiegu operacyjnego należy kwalifikować jako zdolny.
pkt 7. Dotyczy WZW przebytego w okresie do 6 miesięcy.
pkt 8. Konieczne potwierdzenie rozpoznania badaniem histopatologicznym.
pkt 14. Stany po wirusowym zapaleniu wątroby, przebytym co najmniej przed 24 miesiącami.

Do § 45. Rozpoznanie powinno być ustalone szpitalnie.

Do § 47 pkt 1. Dotyczy schorzeń nieznacznie upośledzających sprawność ustroju, w innych przypadkach kwalifikować jak w pkt 2.

ROZDZIAŁ XII - UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY

1	2	3	4	5
48	1	Wady rozwojowe nerek lub nerka ruchoma nieupośledzające sprawności ustroju	N/Z	Z
	2	Wady rozwojowe nerek lub nerka ruchoma upośledzające sprawność ustroju	N	Z/N
	3	Wady rozwojowe nerek lub nerka ruchoma znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N/Z
	4	Kamica układu moczowego z okresowym wydalaniem złogów nieupośledzająca sprawności ustroju	Z/N	Z
	5	Kamica układu moczowego z okresowym wydalaniem złogów upośledzająca sprawność ustroju	N	Z/N
	6	Kamica układu moczowego z okresowym wydalaniem złogów znacznie upośledzająca sprawność ustroju	N	N/Z
	7	Przebyte infekcje układu moczowego nieupośledzające sprawności ustroju	Z/N	Z
	8	Przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek /śródmiąższowe bakteryjne i abakteryjne/	N	N/Z
	9	Przewlekłe kłębkowe zapalenie nerek	N	N/Z
	10	Krwiomocz i białkomocz do diagnostyki	N	Z
	11	Roponercze lub wodonercze	N	N/Z
	12	Nieprawidłowe wartości biochemicznych wskaźników wydolności nerek do diagnostyki	N	Z
	13	Niewydolność nerek	N	N
	14	Wrodzony lub pooperacyjny brak jednej nerki	N	N/Z
49	1	Przewlekłe zapalenie pęcherza moczowego lub dróg moczowych	N	Z/N
	2	Nietrzymanie moczu ze zmianami w układzie moczowym	N	Z/N
	3	Przewlekłe organiczne choroby pęcherza	N	N/Z

		moczowego lub dróg moczowych upośledzające lub znacznie upośledzające funkcję narządu		
	4	Przetoki pęcherza moczowego	N	N
50	1	Zwężenie cewki moczowej nieznacznie utrudniające oddawanie moczu	N	Z
	2	Zwężenie cewki moczowej utrudniające lub znacznie utrudniające oddawanie moczu	N	Z/N
	3	Spodziectwo lub wierzchniactwo	N	N
	4	Przetoka prąciowa cewki moczowej	N	N
	5	Przetoka mosznowa lub kroczowa cewki moczowej	N	N
	6	Zniekształcenie prącia znacznego stopnia / np. plastyczne stwardnienie lub inne/	N	Z/N
	7	Brak prącia	N	N
51	1	Żylaki powrózka nasiennego nieznacznego stopnia	Z/N	Z
	2	Żylaki powrózka nasiennego znacznego stopnia	N	Z
	3	Wodniaki jądra, powrózka nasiennego lub torbiele najądrza nieupośledzające czynności narządu	N	Z
	4	Wodniaki jądra, powrózka nasiennego lub torbiele najądrza upośledzające czynność narządu	N	Z
	5	Wodniaki jądra, powrózka nasiennego lub torbiele najądrza znacznie upośledzające czynność narządu	N	N/Z
	6	Przewlekłe nawrotowe nieswoiste zapalenie najądrza lub jądra	N	Z/N
	7	Przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego	N	Z/N
	8	Przerost gruczołu krokowego bez zaburzeń w oddawaniu moczu	N/Z	Z
	9	Przerost gruczołu krokowego z zaburzeniami w oddawaniu moczu	N	N/Z
52	1	Brak lub zanik jednego jądra	N	Z
	2	Brak lub zanik obu jąder	N	Z/N
	3	Wnętrostwo jednostronne z umiejscowieniem jądra w jamie brzusznej	N	N
	4	Wnętrostwo jednostronne z umiejscowieniem jądra w kanale pachwinowym	N	N
	5	Wnętrostwo obustronne	N	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 48 pkt 4. Do oceny aktualny wynik badania USG jamy brzusznej, częstość

zaostrzeń nie więcej niż 1 w okresie 24 miesięcy.

ROZDZIAŁ XIII - GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

1	2	3	4	5
53	1	Wole nieznacznych rozmiarów	N/Z	Z
	2	Wole znacznych rozmiarów	N	Z/N
	3	Wole z objawami matołectwa, obrzęk śluzakowaty	N	N
	4	Zmiany czynności tarczycy z wolem lub bez wola	N	Z/N
	5	Choroba Graves-Basedowa	N	N/Z
54	1	Choroby przysadki mózgowej	N	N/Z
	2	Choroby nadnerczy	N	N/Z
	3	Choroby gruczołów przytarczycznych	N	N/Z
	4	Cukrzyca	N	N/Z
	5	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe nieznacznie upośledzające przemiany hormonalne	N	Z
	6	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe upośledzające lub znacznie upośledzające przemiany hormonalne	N	N/Z

Objaśnienia szczegółowe

Do § 53 pkt 1. Kandydatów z powiększeniem tarczycy nieupośledzającym przepływu powietrza w drogach oddechowych w czasie wysiłku fizycznego i niedającym objawów uciskowych na narządy sąsiednie (przełyk, tchawica), potwierdzonym badaniem USG tarczycy, można uznawać za zdolnych.

pkt 2. Według tego punktu ocenia się powiększenie gruczołu tarczowego stwierdzone palpacyjnie lub wole zamostkowe, upośledzające przepływ powietrza w drogach oddechowych (zaburzenia wentylacji, stridor, zaburzenia ruchomości strun głosowych) w czasie spoczynku lub po wysiłku fizycznym lub (oraz) dające objawy uciskowe na narządy sąsiednie.

pkt 4. Obejmuje wszystkie postacie nadczynności tarczycy w okresie remisji (poza chorobą Graves-Basedowa) oraz niedoczynności wyrównane leczeniem substytucyjnym.

pkt 5. Rozpoznanie powinno być oparte na dokumentacji leczenia szpitalnego lub w poradni specjalistycznej, niezależnie od aktualnego stanu czynności tarczycy.

Do § 54 pkt 4. Funkcjonariuszy, u których stwierdza się cukrzyce insulinoniezależne, dające się łatwo wyrównywać leczeniem dietetycznym lub w połączeniu z doustnymi lekami hipoglikemizującymi, można uznawać za zdolnych.

Funkcjonariuszy z przypadkami cukrzycy insulinozależnej, trudnej do wyrównania, chwiejnej lub powikłanej, należy kwalifikować jako niezdolnych.

ROZDZIAŁ XIV - INNE CHOROBY WEWNĘTRZNE

1	2	3	4	5
55	1	Niedokrwistości hemolityczne i niedoborowe niewielkiego stopnia niepoddające się leczeniu	N	N/Z
	2	Niedokrwistości hemolityczne i niedoborowe znacznego stopnia niepoddające się leczeniu	N	N
	3	Niedokrwistości aplastyczne, trwałe granulocytopenie, małopłytkowości niepoddające się leczeniu oraz choroby rozrostowe szpiku i układu chłonnego	N	N
	4	Niedokrwistości wtórne niewielkiego stopnia towarzyszące innym chorobom, ale rokujące ustąpienie	N	Z
	5	Zakażenie wirusem HIV	N	N/Z
	6	Zespół nabytego upośledzenia odporności /AIDS/ i inne defekty immunologiczne / nabyte i wrodzone/	N	N
	7	Inne przewlekłe zakażenia mogące upośledzać sprawność ustroju	N	Z/N
56	1	Powiększenie śledziony bez zmian w wątrobie i krwi w okresie obserwacji	N	Z
	2	Pooperacyjny brak śledziony	N/Z	Z/N
57	-	Choroby lub uszkodzenia narządów wywołane promieniowaniem jonizującym lub niejonizującym	N	N/Z
58	-	Układowe choroby tkanki łącznej	N	N/Z
59	1	Skaza moczanowa / dna / nieznacznie upośledzająca sprawność ustroju	N/Z	Z
	2	Skaza moczanowa / dna / upośledzająca lub znacznie upośledzająca sprawność ustroju	N	N/Z
60	1	Inne choroby przemiany materii nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z/N	Z
	2	Inne choroby przemiany materii upośledzające sprawność ustroju	N	N/Z
	3	Inne choroby przemiany materii znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N
61	-	Gruźlica poza układem oddechowym	N	N/Z

Objaśnienia szczegółowe

Do § 55. Rozpoznanie powinno być potwierdzone dokumentacją leczenia szpitalnego lub w poradni specjalistycznej.
pkt 1. Według tych punktów można kwalifikować funkcjonariuszy jako zdolnych w przypadkach uzyskania pełnej remisji.
pkt 5. Według tego paragrafu należy kwalifikować funkcjonariuszy w zależności od poziomu limfocytów CD4 oraz stosunku limfocytów CD4 do limfocytów CD8.

Do § 56. pkt 2. Kwalifikować jako zdolny przy prawidłowym obrazie krwi obwodowej oraz negatywnym

wywiadzie w kierunku chorób rozrostowych.

Do § 57. Ustalenie rozpoznania i ocena orzecznicza - po przeprowadzonej obserwacji lub leczeniu w odpowiednim ośrodku specjalistycznym.

Do § 58. Ocena orzecznicza zależna jest od stopnia zaawansowania zmian i wyników dotychczasowego leczenia.

Do § 59 pkt 2. Dotyczy badanych z powikłaniami narządowymi (artropatia dnawa, zmiany w układzie moczowym - kamica, stany zapalne, guzki dnawe), niezależnie od aktualnej wartości kwasu moczowego w surowicy krwi.

Do § 60. Rozpoznanie powinno być potwierdzone obserwacją lub leczeniem szpitalnym oraz dokumentacją z leczenia w poradni endokrynologicznej lub innej poradni specjalistycznej.

Do § 61. Ocena orzecznicza - w zależności od wyników po zakończonym leczeniu.

ROZDZIAŁ XV - UKŁAD NERWOWY

1	2	3	4	5
62	1	Przewlekłe zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle pojedynczych lub licznych nerwów z okresowymi zaostrzeniami	Z/N	Z
	2	Przewlekłe zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle i zapalenie pojedynczych lub licznych nerwów z częstymi zaostrzeniami i objawami przedmiotowymi	N	Z/N
	3	Przewlekłe zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle i zapalenie pojedynczych lub licznych nerwów z częstymi zaostrzeniami i utrwalonymi objawami ubytkowymi znacznie upośledzającymi sprawność ustroju	N	N
	4	Przewlekłe choroby i trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych z zaburzeniami ruchowymi, czuciowymi lub troficznymi nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	Z
	5	Przewlekłe choroby i trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych z zaburzeniami ruchowymi / znaczne niedowłady lub porażenia/, czuciowymi lub troficznymi upośledzające lub znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N/Z
63	1	Objawy szczątkowe po przebytych chorobach organicznych lub po urazach ośrodkowego układu nerwowego z nieznacznymi zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi, które ze względu na umiejscowienie bądź mechanizmy wyrównawcze nieupośledzają sprawności ustroju	N	Z
	2	Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi upośledzające sprawność ustroju	N	Z/N
	3	Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego z zaburzeniami	N	N

		mózgowo-rdzeniowymi znacznie upośledzające sprawność ustroju		
	4	Organiczne postępujące choroby ośrodkowego układu nerwowego nierokujące poprawy	N	N
64	1	Zanik mięśni po przebytych chorobach lub urazach nieupośledzający sprawności ustroju	N/Z	Z
	2	Choroby układu mięśniowego i zanik mięśni po przebytych chorobach lub urazach mięśni upośledzające sprawność ustroju	N	Z/N
	3	Choroby układu mięśniowego i zanik mięśni po przebytych chorobach lub urazach znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N
65	1	Napadowe zaburzenia świadomości o nieustalonej etiologii bez zmian organicznych w układzie nerwowym	N	Z
	2	Padaczka z rzadko występującymi napadami	N	N/Z
	3	Padaczka z częstymi napadami	N	N

Objaśnienie szczegółowe

Do § 62 pkt 1. Wymaga oceny ortopedy, neurologa, występowanie zaostrzeń 1 raz na 24 miesiące, brak leczenia operacyjnego kręgosłupa i pobytów szpitalnych należy kwalifikować jako zdolny.
pkt 3. Kwalifikować osoby z niedowładami lub porażeniami i/lub zaburzeniami funkcji zwieraczy.

ROZDZIAŁ XVI - STAN PSYCHICZNY

1	2	3	4	5
66	1	Zaburzenia nerwicowe nieznacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	Z
	2	Zaburzenia nerwicowe upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę	N	N/Z
	3	Zaburzenia nerwicowe znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne utrwalone	N	N
67	1	Reakcja adaptacyjna krótkotrwała	N	Z
	2	Reakcja adaptacyjna przedłużona	N	N
	3	Zaburzenie stresowe pourazowe	N	Z/N
68	1	Zaburzenia osobowości nieznacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	Z
	2	Zaburzenia osobowości upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne poddające się korekcji	N	N/Z

	3	Zaburzenia osobowości znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne utrwalone	N	N
69	1	Moczenie nocne okresowe	N	N
	2	Moczenie nocne utrwalone	N	N
70	1	Zaburzenia psychotyczne reaktywne	N	Z/N
	2	Zaburzenia psychotyczne egzogenne przebyte bez defektu	N	Z/N
	3	Zaburzenia psychotyczne egzogenne przebyte z defektem	N	N
	4	Zaburzenia psychotyczne alkoholowe	N	N
	5	Zaburzenia psychotyczne schizofreniczne i afektywne	N	N
71	1	Sprawność umysłowa poniżej przeciętnej (niska norma)	N	N
	2	Upośledzenie umysłowe	N	N
72	1	Nadużywanie alkoholu bez cech uzależnienia	N	Z
	2	Zespół uzależnienia od alkoholu w stanie abstynencji	N	Z/N
	3	Zespół uzależnienia od alkoholu nierokujący zachowania abstynencji	N	N
	4	Używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol bez cech uzależnienia	N	Z/N
	5	Zespół uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	N	N
73	1	Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego nieznacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	Z
	2	Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę	N	N/Z
	3	Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne nierokujące poprawy	N	N
74	1	Inne zaburzenia psychiczne upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę	N	N/Z
	2	Inne zaburzenia psychiczne znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne nierokujące poprawy	N	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 66. Zaburzenia nerwicowe (nerwice) należy rozpoznawać w przypadkach:

- czynnościowych zaburzeń emocjonalnych, takich jak np. zaburzenia lękowe, dysfunkcje somatyczne (tzw. nerwice narządowe), zaburzenia dysocjacyjne,

konwersyjne, neurastenia,
- o długotrwałym (wieloletnim) przebiegu (w odróżnieniu od nerwicowych reakcji adaptacyjnych; por. § 67),
- po wykluczeniu zaburzeń organicznych (zespoły nerwicowe uwarunkowane organicznie; por. § 73),
- po wykluczeniu zaburzeń psychotycznych (por. § 70).

pkt 1. Dotyczy przypadków z przewagą objawów subiektywnych, bez przedmiotowych cech upośledzenia sprawności ustroju.

pkt 2. Dotyczy badanych z wyraźnymi psychicznymi i somatycznymi objawami nerwicowymi i z względnie niezaburzonym ogólnym przystosowaniem społecznym.

pkt 3. Dotyczy stanów opornych na leczenie, znacznie upośledzających sprawność ustroju i funkcjonowanie społeczne. U badanych rozpoznanie ustalać z uwzględnieniem dokumentacji z leczenia w oddziale psychiatrycznym i w PZP.

Do § 67. Reakcje adaptacyjne (reakcje dezadaptacyjne, reakcje kryzysowe, ostre reakcje na stres, zaburzenia stresowe) to:
- przemijające, niepsychotyczne zaburzenia psychiczne w postaci zaburzeń emocjonalnych (lęk, depresja, napięcie, gniew), zaburzeń zachowania (agresja, autoagresja, ucieczka, izolacja) i postaci mieszanych,
- powstające pod wpływem stresujących wydarzeń lub sytuacji,
- u osób w zasadzie zdrowych psychicznie.

pkt 1. Dotyczy reakcji przebytych lub rokujących ustąpienie w ciągu 9 miesięcy.

pkt 2. Dotyczy przypadków, które mimo leczenia i innych oddziaływań readaptacyjnych, trwających 9 miesięcy, nie rokują istotnej poprawy. Rozpoznanie ustalać z uwzględnieniem dokumentacji z leczenia w oddziale psychiatrycznym i w PZP.

pkt 3. O rozpoznaniu decydują:
- początek zaburzeń w okresie do 6 miesięcy po wyjątkowo stresującym wydarzeniu lub sytuacji (stres bojowy, atak terrorystyczny, katastrofa),
- obecność związanych z tym zdarzeniem uporczywych, natrętnych wspomnień, przykrych snów,
- nadwrażliwości na bodźce i sytuacje przypominające stresor oraz tendencja do ich unikania,
- zaburzenia emocjonalne (np. problemy ze snem, drażliwość, trudności w koncentracji uwagi, nadmierna czujność) dezorganizujące zachowanie i funkcjonowanie społeczne.

Rozpoznanie ustalać po obserwacji i leczeniu w wojskowym oddziale psychiatrycznym oraz PZP. Do kat. "N" zaliczać przypadki, które mimo leczenia i innych oddziaływań readaptacyjnych, trwających 9 miesięcy, nie rokują odzyskania zdolności do służby.

Do § 68. Przez zaburzenia osobowości (osobowość nieprawidłowa, psychopatia, charakteropatia) należy rozumieć niedorozwój lub defekt sfery dążeniowo-uczuciowej osobowości bez względu na etiologię.

Rozpoznanie ustala się na podstawie:
- obecności cech zaburzonej osobowości i świadczących o niedostatecznej adaptacji w zwykłych sytuacjach życiowych,
- początku zaburzeń w okresie późnego dzieciństwa lub w okresie młodzieńczym (defekty osobowości spowodowane uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego w wieku dojrzałym; por. § 73),
- po wykluczeniu upośledzenia umysłowego,
- zaburzeń psychotycznych,
- reakcji adaptacyjnych (por. § 67).

§ 68. Obejmuje także tzw. infantylizm psychiczny (osobowość niedojrzała).

pkt 1. Dotyczy badanych z cechami zaburzonej osobowości bez objawów trwałego

nieprzystosowania.

pkt 2. Stosować u badanych, u których na tle długotrwałej dezadaptacji stwierdza się okresy zadowalającego funkcjonowania.

pkt 3. Dotyczy osób z ciężkimi zaburzeniami struktury osobowości i zachowania, wyczerpującymi kryteria rozpoznania: osobowości dyssocjalnej, osobowości chwiejnej emocjonalnie (impulsywnej), osobowości paranoicznej, osobowości lękowej, osobowości schizoidalnej, osobowości anankastycznej.

Do § 69. Dotyczy mimowolnego moczenia nocnego bez zmian organicznych w układzie moczowym. Moczenie nocne występujące w przebiegu innych schorzeń narządowych kwalifikować według odpowiednich paragrafów.

Do § 70. Rozpoznanie ustalać na podstawie odpisu historii choroby z zakładu psychiatrycznego oraz oceny aktualnego stanu psychicznego.

Do § 71 pkt 1. Iloraz inteligencji mierzony Skalą Inteligencji Wechslera dla Dorosłych poniżej 90.

pkt 2. Iloraz inteligencji mierzony Skalą Inteligencji Wechslera dla Dorosłych poniżej 70 i stwierdzone zaburzenia adaptacyjne.

Do § 72. Przez zespół uzależnienia od alkoholu (oraz od innych substancji psychoaktywnych) należy rozumieć stan charakteryzujący się:

- nieodpartym wewnętrznym przymusem ciągłego lub okresowego spożywania alkoholu (lub innych środków psychoaktywnych),
- występowaniem objawów zespołu odstawienia po przerwaniu picia (przyjmowania środka),
- zmienionym sposobem reagowania na alkohol (utratą kontroli nad piciem, ciągami, zmianami tolerancji, lukami pamięciowymi i innymi), stałym zwiększaniem dawki środka psychoaktywnego,
- postępującym przebiegiem, prowadzącym do tak zwanej psychodegradacji.

W przypadku funkcjonariuszy rozpoznanie i kwalifikacje orzecznicze ustalać m.in. na podstawie dokumentacji lekarskiej (z poradni przeciwalkoholowej, PZP, oddziału odwykowego lub psychiatrycznego) oraz opinii służbowo-lekarskiej.

pkt 1. Stosować w przypadkach sporadycznego nadużywania alkoholu bez cech uzależnienia.

pkt 2. Do kat. "Z" zaliczać warunkowo osoby uzależnione od alkoholu w trakcie leczenia w specjalistycznym zakładzie odwykowym.

Kat. "N" orzekać u osób uzależnionych od alkoholu, które po warunkowym orzeczeniu przez WKL kat. "Z" przerwały abstynencję lub przerwały leczenie odwykowe przed upływem 9 miesięcy od daty jego rozpoczęcia.

Weryfikacji abstynencji oraz ciągłości leczenia dokonywać m.in. na podstawie opinii służbowo-lekarskiej oraz świadectwa zakładu odwykowego.

pkt 3. O rozpoznaniu decyduje współwystępowanie objawów psychodegradacji i zmian somatycznych typowych dla przewlekłej intoksykacji alkoholowej.

pkt 4. Dotyczy przypadków odurzania się innymi niż alkohol środkami psychoaktywnymi (narkotykami), np. opiatami, substancjami stymulującymi, kanabinolami, halucynogenami, środkami psychotropowymi, gdy brak jest cech uzależnienia od tych środków.

Do kat. "Z" zaliczać osoby po pierwszym ujawnionym incydencie odurzenia się wymienionymi środkami psychoaktywnymi. Kat. "N" orzekać w przypadku powtórnej intoksykacji.

pkt 5. Dotyczy przypadków uzależnienia od środka psychoaktywnego innego niż alkohol.

Do § 73. Dotyczy wielopostaciowych zaburzeń psychicznych powodowanych organicznym uszkodzeniem mózgu potwierdzonych:

- wywiadem (urazy, infekcje i intoksykacje OUN),
- oceną stanu psychicznego (tzw. cechy zespołu psychoorganicznego),

- badaniem neurologicznym (objawy ubytkowe),
- badaniem psychologicznym (tzw. testy organiczne),
- wynikami badań dodatkowych (EEG, rtg czaszki, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny),
- innymi wskazującymi na organiczne uszkodzenie OUN.

§ 73 nie obejmuje następstw uszkodzeń OUN, które miały miejsce we wczesnym okresie rozwojowym; por. § 68 i 71.

pkt 1. Dotyczy stanów podobnych do zaburzeń nerwicowych (zespół pourazowy, cerebrastenia, zespoły rzekomonerwicowe) z przewagą objawów subiektywnych, bez somatycznych cech upośledzenia sprawności ustroju.

pkt 2. Dotyczy organicznych zaburzeń osobowości (encefalopatii, łagodnych zaburzeń procesów poznawczych itp. w okresie leczenia i obserwacji).

pkt 3. Dotyczy utrwalonych, znacznie nasilonych zaburzeń psychicznych pochodzenia organicznego - niepsychotycznych i psychotycznych.

Wymagana dokumentacja z dotychczasowego leczenia szpitalnego i w PZP.

Do § 74. Dotyczy przypadków z rozpoznaniami nieujętymi w § 66-73.

ROZDZIAŁ XVII - KOŃCZYNY

1	2	3	4	5
75	1	Przebyte złamania kości kończyn bez trwałych następstw	Z/N	Z
	2	Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn / wrodzone, po złamaniach, martwicach aseptycznych i po stanach zapalnych / bez upośledzenia lub nieznacznie upośledzające sprawność ruchową	N/Z	Z
	3	Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn /wrodzone, po złamaniach, martwicach aseptycznych i po stanach zapalnych / upośledzające sprawność ruchową	N	Z
	4	Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn / wrodzone, po złamaniach, martwicach aseptycznych i po stanach zapalnych / znacznie upośledzające sprawność ruchową	N	N
	5	Przewlekłe stany zapalne kości	N	N/Z
	6	Brak kończyny	N	N
76	1	Skrócenie kończyny dolnej od 1 cm do 2 cm	Z/N	Z
	2	Skrócenie kończyny dolnej powyżej 2 cm do 4 cm z nieznacznym upośledzeniem sprawności ruchowej	N	Z
	3	Skrócenie kończyny dolnej powyżej 4 cm do 6 cm z upośledzeniem sprawności ruchowej	N	Z/N
	4	Skrócenie kończyny dolnej ze znacznym upośledzeniem sprawności ruchowej	N	N
77	1	Zwichnięcia nawykowe dużego stawu	N	Z/N
	2	Zniekształcenia w obrębie dużych stawów bez upośledzenia lub nieznacznie upośledzające sprawność ruchową	N/Z	Z

	3	Zniekształcenia w obrębie dużych stawów upośledzające sprawność ruchową	N	Z
	4	Zniekształcenia w obrębie dużych stawów kończyn znacznie upośledzające sprawność ruchową	N	N
	5	Następstwa przebytych urazów stawów bez zniekształceń nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ruchową	N/Z	Z
	6	Następstwa przebytych urazów stawów bez zniekształceń oraz przewlekłe zapalenie tkanki łącznej rozlane i okołostawowe upośledzające lub znacznie upośledzające sprawność ruchową	N	N/Z
	7	Przewlekłe choroby stawów upośledzające sprawność ruchową	N	Z/N
	8	Przewlekłe choroby stawów znacznie upośledzające sprawność ruchową	N	N
	9	Zmiany zwyrodnieniowe stawów nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ruchową	N/Z	Z
	10	Zmiany zwyrodnieniowe stawów upośledzające sprawność ruchową	N	Z
	11	Zmiany zwyrodnieniowe stawów znacznie upośledzające sprawność ruchową	N	N
78	1	Stopa płaska lub wydrążona bez upośledzenia sprawności ruchowej	N/Z	Z
	2	Stopa płaska, koślawa lub wydrążona nieznacznie upośledzająca sprawność ruchową	N/Z	Z
	3	Stopa płaska, koślawa, szpotawa upośledzająca sprawność ruchową	N	Z/N
	4	Stopa płaska, koślawa, szpotawa, końska, piętowa i inne znacznie upośledzające sprawność ruchową	N	N
79	1	Żylaki kończyn lub przebyta operacja żylaków kończyn	Z/N	Z
	2	Rozległe żylaki kończyn bez zmian troficznych skóry i owrzodzeń	N	Z
	3	Rozległe żylaki kończyn ze zmianami troficznymi lub owrzodzeniami	N	N
80	1	Brak jednego palucha lub innych palców stóp z zachowaniem główek kości śródstopia nieznacznie upośledzający chodzenie	N	Z
	2	Brak obu paluchów lub jednego palucha i innych palców stóp z zachowaniem główek kości śródstopia upośledzający lub znacznie upośledzający chodzenie	N	N/Z
	3	Brak palców stóp z uszkodzeniem kości śródstopia	N	N
	4	Zniekształcenie palców stóp nieutrudniające lub nieznacznie utrudniające noszenie obuwia i chodzenie	N/Z	Z

	5	Zniekształcenie palców stóp utrudniające noszenie obuwia i chodzenie	N	Z
	6	Zniekształcenie palców stóp znacznie utrudniające noszenie obuwia i chodzenie	N	N
81	1	Brak czwartego lub piątego palca ręki prawej lub brak jednego dowolnego palca ręki lewej z wyjątkiem kciuka	N/Z	Z
	2	Braki palców rąk nieznacznie upośledzające chwyt	N	Z
	3	Braki palców rąk upośledzające chwyt	N	Z/N
	4	Braki palców rąk znacznie upośledzające chwyt	N	N
	5	Częściowe braki palców, ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz z wyjątkiem kciuków, bez upośledzenia lub nieznacznie upośledzające chwyt	N/Z	Z
	6	Częściowe braki palców rąk, ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz upośledzające chwyt	N	Z/N
	7	Częściowe braki palców rąk, ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz znacznie upośledzające chwyt	N	N
	8	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe bez upośledzenia chwytu	N	N
	9	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe upośledzające chwyt	N	N
	10	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe znacznie upośledzające chwyt	N	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 76 pkt 1 Skrócenie kończyny dolnej od 1 do 2 cm, bez skoliozy IIº (wymagane badanie RTG kręgosłupa Th, LS – AP + bok w pozycji stojącej), bez upośledzenia funkcji biodra, należy kwalifikować jako zdolny.

Do § 77 pkt 5 i 6. Kwalifikować następstwa przebytych uszkodzeń wewnątrzstawowych (więzadeł, łąkotek) powodujące niestabilność, ograniczenie ruchów i upośledzenie sprawności dynamicznej oraz chondromalację - potwierdzone w badaniach USG, MRI, CT lub RTG.

pkt 7 i 8. Według tych punktów należy kwalifikować między innymi: reumatoidalne zapalenie stawów, zespół Reitera, łuszczycowe zapalenie stawów i zapalenia stawów w chorobach jelit.

Do § 78 Ocena orzecznicza wymaga konsultacji chirurga ortopedy.

Do § 79 pkt 1 Bez obrzęków kończyny, bez zmian troficznych, bez zakrzepicy oraz 1 rok od operacji żylaków należy kwalifikować jako zdolny (wymagana konsultacja chirurgiczna, USG naczyń żylnych kończyn).

Do § 80 pkt 4-6 Według tych punktów należy kwalifikować palce młotkowate, przykrywające, nadliczbowe i koślawe. Paluch koślawy powyżej 50º i palec młotkowaty II lub inny palec młotkowaty tej samej stopy należy kwalifikować jako niezdolny.

Do § 81 Ocena orzecznicza wymaga konsultacji chirurga ortopedy. Za brak palca uważa

się: dla kciuka - przynajmniej brak paliczka paznokciowego, dla pozostałych palców -przynajmniej dwóch paliczków. U osób leworęcznych przy ocenie lewej ręki można stosować kwalifikacje, jakie u praworęcznych obowiązują do prawej ręki.
pkt 1 Bez upośledzenia chwytu należy kwalifikować jako zdolny.
pkt 5 Za częściowy brak palca ręki uważa się brak części paliczka lub brak jednego paliczka dla palca II, III, IV, V ręki.

ROZDZIAŁ XVIII - NOWOTWORY

1	2	3	4	5
82	1	Nowotwory niezłośliwe	Z/N	Z
	2	Nowotwory niezłośliwe szpecące lub powodujące zaburzenia czynności narządów	N	Z/N
	3	Nowotwory niezłośliwe szpecące lub powodujące znaczne zaburzenia czynności ustroju	N	N
83	1	Nowotwory złośliwe wszystkich rodzajów i stopni w zależności od wyników leczenia	N	N/Z
	2	Nowotwory przedinwazyjne kobiecego narządu rodnego	N	Z/N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 82. Kwalifikacja orzecznicza wymaga oceny odpowiedniego lekarza specjalisty lub dokumentacji z poradni specjalistycznej.
Do § 83 pkt 1. Kwalifikować w zależności od wyników po zakończonym leczeniu.

ROZDZIAŁ XIX - NARZĄD RODNY

1	2	3	4	5
84	1	Wady rozwojowe narządu rodnego nieupośledzające ogólnej sprawności ustroju	Z	Z
	2	Wady rozwojowe narządu rodnego upośledzające sprawność ustroju	N	Z/N
	3	Zaburzenia cyklu miesiączkowego ze zmianami przerostowymi w narządzie rodnym	N	Z/N
85	1	Zastarzałe pęknięcie lub blizny krocza nieupośledzające sprawności ustroju	N/Z	Z
	2	Obniżenie ścian pochwy z wytworzeniem zachyłka pęcherzowo-pochwowego lub odbytniczo-pochwowego	N	Z
	3	Obniżenie ścian pochwy z wytworzeniem zachyłka pęcherzowo-pochwowego z towarzyszącym wysiłkowym nietrzymaniem moczu	N	Z/N

	4	Obniżenie ścian pochwy z wytworzeniem zachyłka pęcherzowo-pochwowego, odbytniczo-pochwowego z całkowitym nietrzymaniem moczu lub zaburzeniami czynności zwieracza odbytu	N	N
	5	Całkowite wypadanie narządu rodnego	N	N
	6	Guzy przydatków, mięśniaki macicy	N	N/Z
86	1	Nieprawidłowe położenie macicy nieupośledzające sprawności ustroju	N/Z	Z
	2	Nieprawidłowe położenie macicy z upośledzeniem sprawności ustroju	N	Z/N
	3	Nieprawidłowe położenie macicy znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	N/Z
	4	Przetoki: pęcherzowo-maciczna, pęcherzowo-pochwowa, cewkowo-pochwowa, odbytniczo-pochwowa, odbytniczo-kroczowa, kroczowo-pochwowa	N	N
87	1	Przewlekłe stany zapalne narządu rodnego wewnętrznego bez zmian anatomicznych	N	Z
	2	Przewlekłe stany zapalne narządu rodnego wewnętrznego ze zmianami anatomicznymi w zakresie przydatków, przymacicza	N	Z/N
	3	Przebyte odcięcie nadpochwowe lub wycięcie całkowite macicy nieupośledzające sprawności ustroju	N	Z
	4	Przebyte odcięcie nadpochwowe lub wycięcie całkowite macicy upośledzające sprawność ustroju	N	N
88	-	Ciąża	N	Z

Objaśnienia szczegółowe

Do § 84 pkt 1. Dotyczą: przegrody i przewężenia pochwy, macicy jednodrożnej, dwudrożnej, dwuszyjkowej, podwójnej, wad rozwojowych jajowodów.
pkt 2. Zmiana skojarzona jest zazwyczaj z niedomogą hormonalną układu rozrodczego (trwałe bóle, zaburzenia cyklu miesiączkowego, obfite krwawienia).
Znaczny niedorozwój lub brak macicy, które rzutują na ogólną sprawność ustroju.
pkt 3. Obfite miesiączki przy współistnieniu mięśniaków, bolesne miesiączki przy zmianach o charakterze endometriozy, mimo dotychczasowego leczenia zachowawczego, a niekiedy operacyjnego, potwierdzone aktualnym wynikiem badania ginekologicznego.

Do § 85 pkt 2 i 3. Częściowe i niepowikłane obniżenie narządu rodnego nie stanowi podstawy do uznania funkcjonariusza-kobiety za niezdolną.
W powikłanym obniżeniu narządu rodnego należy rozważyć możliwości uzyskania poprawy przez leczenie zachowawcze lub operacyjne.
Kwalifikacja orzecznicza - po zakończonym leczeniu.
pkt 5 i 6. Ocena orzecznicza żołnierzy zawodowych jak w pkt 2 i 3.

Do § 86 pkt 1. Np. tyłozgięcie macicy wolne.
pkt 2. Np. tyłozgięcie macicy umocowane.

pkt 3. Kwalifikacja orzecznicza funkcjonariuszy-kobiet wymaga dokumentacji dotychczasowego leczenia szpitalnego i w poradni specjalistycznej.

Do § 87 Ustalenie rozpoznania objętego tym paragrafem wymaga dokumentacji leczenia szpitalnego lub w odpowiedniej poradni specjalistycznej.

pkt 1. Kandydatki do służby w SKW lub SWW należy oceniać po zakończonym leczeniu.

pkt 2. Obejmuje przewlekły stan zapalny narządu rodnego powodujący poważne zmiany anatomiczne i czynnościowe. Zmiany te dotyczą nie tylko czynności narządu rodnego, ale i całego ustroju.

Ocena orzecznicza wymaga dokumentacji dotychczasowego leczenia.

pkt 3 i 4. W stanach po usunięciu narządu rodnego należy w każdym przypadku uwzględnić szeroką skalę zmian anatomicznych i czynnościowych, które bywają następstwem usunięcia części lub całego narządu rodnego.

Rozpoznanie i ocena orzecznicza odbywa się na podstawie dokumentacji dotychczasowego leczenia.

Do § 88 Ciąży nie traktuje się jako choroby lub ułomności.

Skrót PZP oznacza Poradnię Zdrowia Psychicznego.
Skrót SKW oznacza Służbę Kontrwywiadu Wojskowego.
Skrót SWW oznacza Służbę Wywiadu Wojskowego.

Załącznik nr 3

WZÓR

ORZECZENIE Nr .....
w sprawie zdolności do służby w SKW lub SWW

.....
(nazwa wojskowej komisji lekarskiej)

Dnia ..... 20..... r. komisja w składzie:
przewodniczący: .....
członkowie: 1) .....
2) .....
działając na podstawie .....
na zarządzenie .....
przeprowadziła badanie lekarskie i wydała niniejsze orzeczenie:

1. Nazwisko i imię, imiona rodziców
.....

2. PESEL .....

3. Data i miejsce urodzenia
.....

4. Stopień służbowy ..... 5. Przydział służbowy .....

6. Data powołania do służby w SKW lub SWW
.....

7. Miejsce zamieszkania i adres
.....

8. Rozpoznanie
.....
……

9. Kategoria zdolności do służby w SKW lub SWW
……..
……

10. Związek poszczególnych chorób lub ułomności ze służbą w SKW lub SWW
…….
……

11. Określenie inwalidztwa
.....

a) zalicza się badanego do ..... grupy inwalidztwa z ogólnego stanu zdrowia,
b) zalicza się badanego do ..... grupy inwalidztwa w związku ze służbą w SKW lub SWW,
c) zalicza się badanego do ..... grupy inwalidztwa w związku ze służbą w SKW lub SWW, powstałego wskutek wypadku/chorób, z tytułu których przysługują świadczenia odszkodowawcze,
d) inwalidztwo istnieje u badanego od .....
e) zdolność do pracy: .....
f) niezdolność do samodzielnej egzystencji: .....
g) niezdolność do samodzielnej egzystencji istnieje od .....
h) termin badania kontrolnego .....

12. Uzasadnienie .....
……

13. Uwagi WKL
.....
……

Od niniejszego orzeczenia przysługuje odwołanie do
..... za pośrednictwem
..... w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.

Członkowie mp. Przewodniczący
1. ..... …..
2. .....

Uwaga:
Orzeczenie sporządza się w 5 egzemplarzach. 1 egzemplarz doręcza się orzekanemu, 2 egzemplarze przesyła się do organu kierującego, 1 egzemplarz przesyła się do wojskowej komisji lekarskiej, która zatwierdziła projekt orzeczenia, 1 egzemplarz pozostaje w aktach komisji, która wydała orzeczenie. Egzemplarze przesyłane do organu kierującego w części dotyczącej rozpoznania wypełnia się, stosując wyłącznie numerację paragrafów (bez podawania nazw chorób i ułomności schorzeń).

Załącznik nr 4

WZÓR

ORZECZENIE Nr .....
w sprawie ustalenia związku śmierci ze służbą w SKW lub SWW

.....
(nazwa wojskowej komisji lekarskiej)

Dnia ..... 20..... r. komisja w składzie:
przewodniczący: .....
członkowie: 1) .....
2) .....
działając na podstawie
..... na skierowanie
..... wydała niniejsze orzeczenie:

1. Nazwisko i imię, imiona rodziców
.....

2. PESEL .....

3. Data i miejsce urodzenia ..... data śmierci
.....

4. Stopień służbowy .....

5. Przydział służbowy .....

6. Data powołania do służby w SKW lub SWW
.....

7. Miejsce zamieszkania i adres
.....

8. Przyczyna zgonu .....

9. Związek śmierci ze służbą w SKW lub SWW
……

10. Uzasadnienie .....

Od niniejszego orzeczenia przysługuje odwołanie do
.....
za pośrednictwem ..... w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.

Członkowie	mp.	Przewodniczący
1.		…….....
2.		

Uwaga:
Orzeczenie sporządza się w 4 egzemplarzach. 1 egzemplarz doręcza się małżonkowi lub innemu członkowi rodziny zmarłego, 1 egzemplarz przesyła się do organu kierującego, 1 egzemplarz przesyła się do wojskowej komisji lekarskiej, która zatwierdziła projekt orzeczenia, 1 egzemplarz pozostaje w aktach komisji, która wydała orzeczenie.

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego z art. 4 ust. 5 ustawy z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (Dz. U. Nr 104, poz. 710, z późn. zm.) w brzmieniu ustalonym przez art. 57 pkt 1 lit. d ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …).

Powołana ustawa z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych rozszerzyła właściwość rzeczową wojskowych komisji lekarskich – właściwych wcześniej w sprawach ustalania zdolności fizycznej i psychicznej kandydatów oraz funkcjonariuszy do służby w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego (dalej „SKW") i Służbie Wywiadu Wojskowego (dalej „SWW") – o sprawy:

1) uznawania funkcjonariuszy SKW i SWW, funkcjonariuszy zwolnionych ze służby w SKW i SWW oraz emerytów i rencistów policyjnych (byłych funkcjonariuszy SKW i SWW pobierających świadczenia emerytalne albo rentowe) za inwalidów oraz uznawania ich za niezdolnych do samodzielnej egzystencji,
2) uznawania związku śmierci funkcjonariuszy SKW i SWW, funkcjonariuszy zwolnionych ze służby w SKW i SWW oraz emerytów i rencistów policyjnych ze służbą w SKW lub SWW,
3) kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego (nowy ust. 2a ustawy z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego).

W związku z tym w przedmiotowej ustawie dokonano również zmiany upoważnienia ustawowego do wydania właściwego rozporządzenia.

W chwili obecnej rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 26 września 2006 r. w sprawie orzekania o zdolności do służby w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego i Służbie Wywiadu Wojskowego oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach (Dz. U. Nr 176, poz. 1304, z późn. zm.) zawiera wyłącznie przepisy regulujące działalność wojskowych komisji lekarskich względem funkcjonariuszy SKW i SWW oraz kandydatów do służby w SKW i SWW w sprawach orzekania o zdolności do służby w SKW i SWW oraz o związku albo braku związku chorób i ułomności oraz śmierci z tą służbą.

Rozszerzenie w ustawie z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych właściwości rzeczowej wojskowych komisji lekarskich względem funkcjonariuszy SKW i SWW oraz kandydatów do służby w SKW i SWW oraz właściwości podmiotowej tych komisji o funkcjonariuszy zwolnionych ze służby w SKW i SWW oraz byłych funkcjonariuszy SKW i SWW pobierających świadczenia emerytalne albo rentowe w zakresie rozszerzonej właściwości rzeczowej spowodowało konieczność włączenia do zakresu regulacji przedmiotowego rozporządzenia przepisów odnoszących się do nowej właściwości wojskowych komisji lekarskich. Jednocześnie z uwagi na zmianę brzmienia upoważnienia ustawowego do wydania tego rozporządzenia konieczne jest wydanie nowego rozporządzenia.

W odniesieniu do projektu rozporządzenia zostały spełnione wymagania wynikające z przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.), zaś projekt rozporządzenia – stosownie do uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979) – będzie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej RCL, w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny. Projekt rozporządzenia jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie podlega notyfikacji.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej w sprawie orzekania o zdolności do służby w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego i Służbie Wywiadu Wojskowego, uznawania funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, emeryta i rencisty policyjnego za inwalidę albo niezdolnego do samodzielnej egzystencji, orzekania o związku śmierci ze służbą oraz kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby, a także właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Obrony Narodowej Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Ministerstwo Zdrowia **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Paulina Złamaniec, Departament Prawny MON, tel.: 687-14-20	**Data sporządzenia** 5 marca 2014 r. **Źródło:** Ustawa z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (Dz. U. Nr 104, poz. 710, z późn. zm.) **Nr w wykazie prac …….**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Uregulowanie w przepisach rozporządzenia właściwości i trybu oraz szczegółowych warunków orzekania przez wojskowe komisje lekarskie w sprawach uznania funkcjonariusza Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego, funkcjonariusza zwolnionego ze służby w SKW i SWW oraz emeryta i rencisty policyjnego za inwalidę oraz o uznaniu go za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, o związku śmierci funkcjonariusza SKW i SWW, funkcjonariusza zwolnionego ze służby w SKW i SWW oraz emeryta rencisty policyjnego ze służbą w SKW lub SWW oraz w sprawach kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego dodanych do właściwości rzeczowej wojskowych komisji lekarskich, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 9 czerwca 2006 r. o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (Dz. U. Nr 104, poz. 710, z późn. zm.) – zmiana wynikająca z art. ... pkt 1 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. …).

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wydanie nowego rozporządzenia.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak informacji na ten temat.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
funkcjonariusze SKW i SWW			
Funkcjonariusze zwolnieni ze służby w SKW i SWW			
Emeryci i renciści policyjni (funkcjonariusze zwolnieni ze służby w SKW i SWW pobierający świadczenia emerytalne i rentowe)			
Członkowie wojskowych komisji lekarskich			

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

W odniesieniu do projektu rozporządzenia zostały spełnione wymagania wynikające z przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.), zaś sam projekt rozporządzenia – stosownie do uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979) – został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny. Nikt nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z … r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Źródła finansowania	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z … r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							

	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	
Niemierzalne		

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

x nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie x nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Komentarz:

9. Wpływ na rynek pracy

Brak wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie

Omówienie wpływu	

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Projekt

ROZPORZĄDZENIE
PREZESA RADY MINISTRÓW
z dnia

w sprawie wykazu chorób i ułomności na którego podstawie wydaje się orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym albo funkcjonariusza tej służby

Na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wykaz chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do służby, na którego podstawie wydaje się orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności:

1) kandydata do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym;
2) funkcjonariusza tej służby.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

PREZES RADY MINISTRÓW

Załącznik
do rozporządzenia
Prezesa Rady Ministrów
z dnia ... (poz. ...)

Wykaz chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym

Paragraf	Punkt	Choroba i ułomność	Grupa I*	Grupa II*
1	2	3	4	5

Objaśnienia szczegółowe

***Osoby badane przez komisje lekarskie dzieli się na 2 grupy:**
grupa I obejmuje kandydatów do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym

grupa II obejmuje funkcjonariuszy pełniących służbę Centralnym Biurze Antykorupcyjnym

DZIAŁ I - Budowa ciała

1	2	3	4	5
1	1	Asteniczna budowa ciała nie upośledzająca sprawności ustroju	Z	A
	2	Asteniczna budowa ciała upośledzająca sprawność ustroju	N	B
	3	Nadwaga nie upośledzająca sprawności ustroju	Z	A
	4	Otyłość upośledzająca sprawność ustroju	N	A/B/C
	5	Feminizm, infantylizm, eunuchoidyzm, obojnactwo	N	C
	6	Odwrotne położenie trzewi, bez zaburzeń sprawności ustroju	Z	A
	7	Odwrotne położenie trzewi z zaburzeniami sprawności ustroju	N	C

Objaśnienia szczegółowe

Do § 1 pkt 1 i 2

Asteniczną budowę ciała należy oceniać nie tylko na podstawie dysproporcji między wzrostem a ciężarem ciała, lecz biorąc pod uwagę stan umięśnienia oraz stan układu krążenia i oddechowego w oparciu o próby czynnościowe (próba bezdechu, spirometria, próba wysiłkowa: mierzenie tętna i ciśnienia krwi w spoczynku i po 20 przysiadach oraz ustalenie czasu powrotu do wartości wyjściowych). Ocenę stopnia zdolności do służby przy słabej budowie ciała należy opierać raczej na

stwierdzeniu zaburzeń ogólnej sprawności ustroju niż odchyleniach od wskaźników antropometrycznych.

Do § 1 pkt 4

Kwalifikacji dokonuje się na podstawie wskaźnika masy ciała (BMI) lub obwodu pasa, należy ocenić ogólną sprawność fizyczną, typ budowy. Podstawa oceny: - test Harwarda, test sprawności fizycznej.

Pkt. 6-7

W razie stwierdzenia całkowitego, odwrotnego położenia trzewi należy zwrócić uwagę na układ oddechowy i moczowy ze względu na często występujące w tych wypadkach rozstrzenia oskrzeli, zapalenie zatok przynosowych i wady rozwojowe nerek.

DZIAŁ II - Skóra, tkanka podskórna i węzły chłonne

1	2	3	4	5
2	1	Przewlekłe choroby skóry nieznacznie szpecące i nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A
	2	Przewlekłe choroby skóry miernie szpecące lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A
	3	Przewlekłe choroby skóry wybitnie szpecące lub upośledzające sprawność ustroju	N	B
3	1	Blizny nieznacznie szpecące nie upośledzające lub miernie upośledzające sprawność ustroju	Z/N	A
	2	Blizny znacznie szpecące lub upośledzające sprawność ustroju	N	B/C
	3	Blizny po samouszkodzeniach	N	A/B/C
4	1	Obrzęk limfatyczny nie upośledzający lub nieznacznie upośledzający sprawność ustroju	N	A/B/C
	2	Obrzęk limfatyczny znacznie upośledzający sprawność ustroju	N	C

Objaśnienia szczegółowe

Do § 2

Nowotwory skóry kwalifikuje się wg działu XVIII - Nowotwory.

pkt 1 - 3

Według tych punktów kwalifikuje się różnorodne przewlekłe uogólnione choroby skóry jak: świerzbiączka uogólniona (wyprysk endogenny), wrodzone zaburzenia rogowacenia skóry znacznego stopnia (rogowiec dziedziczny, rybia łuska), wrodzone dziedziczne oddzielanie się naskórka, pęcherzyca, skóra pergaminowata barwnikowa, uogólnione i nawracające lub oporne na leczenie postacie łuszczycy, gruźlica skóry oporna na leczenie. Ograniczenia będą wynikały z lokalizacji i stopnia nasilenia zmian.

Do § 3 pkt 1 i 2

Według tych punktów kwalifikuje się między innymi wyleczoną gruźlicę skóry.

pkt 2

Przez "blizny upośledzające sprawność ustroju" rozumie się blizny utrudniające ruchomość stawów i/lub noszenie odzieży i oporządzenia, blizny połączone z ubytkami tkanek miękkich (po zranieniach, oparzeniach itp.) oraz blizny w miejscach narażonych na tarcie w czasie ruchów i chodzenia.

Wymaga opinii psychiatry

DZIAŁ III – Czaszka

1	2	3	4	5
5	1	Zniekształcenia czaszki nie upośledzające czynności układu nerwowego	Z	A
	2	Zniekształcenia czaszki (guzy, wgniecenia), choroby i ubytki kości czaszki nieznacznie upośledzające czynności układu nerwowego	N	C/B
	3	Ubytki kości czaszki, zniekształcenia (guzy, wgniecenia) oraz choroby kości czaszki upośledzające czynność układu nerwowego	N	C
	4	Przepukliny mózgu	N	C
	5	Ciała obce w mózgu	N	C

DZIAŁ IV - Narząd wzroku

1	2	3	4	5
6	1	Zniekształcenia powiek nieupośledzające ich sprawności	A	A
	2	Zniekształcenia powiek upośledzające ich sprawność	A/B	A/B
	3	Przewlekłe choroby brzegów powiek lub spojówek nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność oka	A	A
	4	Przewlekłe choroby brzegów powiek lub spojówek trudno poddające się leczeniu i upośledzające sprawność oka	A/B	A/B
	5	Obwodowe zrosty spojówki gałkowej i powiekowej nieupośledzające ruchów gałki ocznej lub powiek	A/B	A/B
	6	Zrosty spojówki gałkowej i powiekowej nieznacznie upośledzające ruchomość gałki ocznej	A/B	A/B
	7	Zrosty spojówki gałkowej upośledzające ruchomość gałki ocznej	C	C
7	1	Nieznaczne upośledzenie wydzielania lub odpływu łez	A/B	A/B
	2	Znaczne upośledzenie wydzielania lub odpływu łez	B/C	B/C

8	1	Ślepota jednego oka lub brak jednej gałki ocznej przy ostrości wzroku oka drugiego 0,8 lub większej po zastosowaniu szkieł sferycznych do 3,0 D lub cylindrycznych do 2,0 D	A/B	B/C
	2	Ślepota jednego oka lub brak jednej gałki ocznej przy ostrości wzroku oka drugiego poniżej 0,8 l po zastosowaniu szkieł sferycznych do 3,0 D lub cylindrycznych do 2,0 D	B/C	B/C
	3	Całkowita ślepota lub brak obu gałek ocznych	C	C
9	1	Nieznaczny oczopląs przy skierowaniu gale ocznych w bok	A/B	A/B
	2	Nieznaczny oczopląs przy patrzeniu wprost wzmagający się przy patrzeniu w bok	A/B	A/B
	3	Wyraźny oczopląs przy patrzeniu wprost	C	C
10	1	Brak jednoczesnego widzenia obuocznego z ostrością wzroku każdego oka 0,5 lub większą bez lub z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi do 1,0 D lub wypukłymi do 3,0 lub cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi do 1,0 D	A	A
	2	Brak jednoczesnego widzenia obuocznego z ostrością wzroku każdego oka nie mniejszą niż 0,5 z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi do 3,0 D lub wypukłymi do 6,0 lub cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi do 2,0 D	A/B	A/B
	3	Brak jednoczesnego widzenia obuocznego z ostrością wzroku jednego oka od 0,1 do 0,4 mimo korekcji szkłami sferycznymi wklęsłymi do 3,0 D lub wypukłymi do 2,0 D	B/C	C
11	1	Ostrość wzroku jednego oka lub obu oczu poniżej 0,8 bez korekcji szkłami	A	A
	2	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi do 1,0 D lub wypukłymi do 3,0 D lub cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi do 1,0 D	A	A
	3	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi powyżej 1,0 D do 4,5 D lub wypukłymi powyżej 3,0 D do 6,0 D lub cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi powyżej 1,0 D do 3,0 D	A/B	A/B
	4	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi powyżej 4,5 D lub wypukłymi powyżej 6,0 D lub cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi powyżej 3,0 D	B/C	B/C
	5	Ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0,5, drugiego w granicach od 0,1 do 0,4 z korekcją szkłami sferycznymi do 6,0 D lub cylindrycznymi do 3,0 D	B/C	C
12	1	Przebyte choroby rogówki, twardówki, tęczówki, ciałka rzęskowatego i ciała szklistego z ich utrwalonymi zmianami nieznacznie upośledzające czynność oka	A/B	A/B
	2	Przebyte choroby rogówki, twardówki, tęczówki, ciałka rzęskowatego i ciała szklistego z ich utrwalonymi zmianami upośledzające czynność oka	B/C	B/C

	3	Przebyte choroby siatkówki, naczyniówki i nerwu wzrokowego nieznacznie upośledzające czynność oka	A/B	A/B
	4	Przebyte choroby siatkówki, naczyniówki i nerwu wzrokowego upośledzające czynność oka	B/C	C
	5	Nieznaczne upośledzenie rozróżniania barw	A	A
	6	Znaczne upośledzenie rozróżniania barw	B/C	B/C
	7	Jaskra	B/C	B/C

Objaśnienia szczegółowe

Do § 6

pkt 3 i 4 w razie stwierdzenia przewlekłego zapalenia brzegów powiek i spojówek bierze się pod uwagę wady wzroku przy nieużywaniu szkieł korekcyjnych oraz czynniki szkodliwe, działające z zewnątrz, jak pył, gazy itp. Podstawą do uznania badanego za trwale niezdolnego do służby jest opinia lekarza okulisty po ewentualnym leczeniu szpitalnym.

pkt 5–7 przy kwalifikowaniu zrostów spojówki gałkowej i powiekowej bierze się pod uwagę ograniczenie ruchomości oka i upośledzenie widzenia obuocznego.

Do § 8

Przez „ślepotę oka” rozumie się także ostrość wzroku poniżej 0,1 niedającą się poprawić szkłami (bez względu na ich siłę korygującą) albo przypadki, w których pole widzenia nie przekracza 10%.

Do § 9

Każdy przypadek oczopląsu podlega konsultacji neurologicznej i laryngologicznej.

Do § 11

Jeżeli ostrość wzroku któregokolwiek oka wynosi poniżej 0,5, badanego kieruje się na badanie okulistyczne w celu stwierdzenia ostrości wzroku i określenia wady refrakcji. Przy znacznej różnowzroczności uwzględnia się szkła, jakie badany nosi przy patrzeniu obuocznym. Przy ocenie ostrości wzroku nie uwzględnia się szkieł złożonych. W przypadku zmętnienia lub zniekształcenia środowisk załamujących za podstawę kwalifikacji przyjmuje się ostrość wzroku.

Do § 12

pkt 1–4 przy kwalifikacji według tych punktów uwzględnia się równocześnie ostrość wzroku i pole widzenia.

pkt 3 i 4 w przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego konieczna jest konsultacja neurologiczna; według tych punktów kwalifikuje się również ograniczenia pola widzenia.

pkt 5 i 6 przez „prawidłowe rozróżnianie barw” rozumie się umiejętność rozróżniania czterech barw podstawowych, tj. czerwonej, żółtej, zielonej i niebieskiej. Przez „nieznaczne upośledzenie barw” rozumie się utrudnienie rozróżniania czterech barw podstawowych, tj. pomyłki przy odczytywaniu

pojedynczych tablic z zestawu Ishihary lub Stillinga bądź przedłużony czas odczytu (ponad 3 sek.). Nieumiejętność rozróżniania czterech barw podstawowych traktuje się jako znaczne upośledzenie rozróżniania barw kwalifikujące badanych do kategorii C lub D. Ocena należy do okulisty na podstawie poszerzonego badania okulistycznego.

DZIAŁ V - Narząd słuchu

1	2	3	4	5
13	1	Wady wrodzone, choroby ucha zewnętrznego bez niedosłuchu	Z	A
	2	Wady wrodzone, choroby ucha zewnętrznego z niedosłuchem	N	A/B/C
14	1	Choroby ucha środkowego bez niedosłuchu	Z/N	A/B/C
	2	Choroby ucha środkowego z niedosłuchem	N	B/C
15	1	Tympanoskleroza, otoskleroza z niedosłuchem	N	B/C
16	1	Jednostronny niedosłuch dla tonów wysokich	Z/N	A/B
	2	Obustronny niedosłuch dla tonów wysokich	N	B/C
	3	Jednostronny niedosłuch w paśmie częstotliwości niskich i średnich	N	B/C
	4	Obustronny niedosłuch w paśmie częstotliwości niskich i średnich	N	B/C
17	1	Zaburzenia równowagi pochodzące z obwodowego narządu równowagi	N	C

Objaśnienia szczegółowe

Do § 14 i 15

Choroby ucha środkowego. Ocena przydatności do służby zależy od stopnia niedosłuchu.

Do § 16 pkt 1 i 2

Kandydat do służby - niedosłuch dla częstotliwości wysokich w paśmie (od 3000Hz do 6000Hz) przy częstotliwości 4000Hz dopuszczalny ubytek słuchu do 25 dB - zdolny.

Do § 16 pkt 3 - 4

Klasyfikacja uszkodzenia słuchu w paśmie częstotliwości 500Hz, 1000Hz, 2000Hz i 3000Hz pasmo mowy):

do 25 dB – norma
25 dB - 40 dB - lekkie uszkodzenie słuchu
40 dB - 70 dB - umiarkowane uszkodzenie słuchu
70 dB - 90 dB - znaczne uszkodzenie słuchu
90 dB - 120 dB - głębokie uszkodzenie słuchu
powyżej 120 dB - całkowita głuchota

Uwaga - wartość ubytku słuchu należy wyliczać jako średnią arytmetyczną z trzech progów częstotliwości.
Dyskwalifikacja nie może być oparta na jedynym dostępnym badaniu - należy powtórzyć.
Przy ocenie narządu słuchu obowiązuje pełne badanie laryngologiczne + audiogram.

DZIAŁ VI - Jama ustna

1	2	3	4	5
18	1	Choroby warg i jamy ustnej nieupośledzające mowy i przyjmowania pokarmów lub nieznacznie upośledzające mowę	Z	A
	2	Choroby warg i jamy ustnej upośledzające mowę i przyjmowanie pokarmów	N	C
19	1	Zapalenie dziąseł i choroby przyzębia upośledzające mowę i przyjmowanie pokarmów	N	C
20	1	Torbiele okolicy jamy ustnej nieupośledzające mowy i połykania	Z/N	A
	2	Torbiele okolicy jamy ustnej upośledzające mowę i połykanie	N	B/C
21	1	Braki i wady uzębienia z utratą zdolności żucia powyżej 50% upośledzające mowę i stan odżywienia	N	B/C

Objaśnienia szczegółowe

Do § 18

Klasyfikacja A/C w zależności od stopnia zaawansowania zmian.

Do § 20

Z/N w zależności od stopnia zaawansowania zmian.

DZIAŁ VII - Nos, gardło i krtań

1	2	3	4	5
22	1	Wady wrodzone i nabyte nosa, zatok przynosowych nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A
	2	Przewlekłe choroby, wady wrodzone i nabyte nosa, zatok przynosowych upośledzające sprawność ustroju	N	B/C
23	1	Skrzywienie przegrody nosa nieupośledzające drożności nosa lub nieznacznie upośledzające	Z	A
	2	Skrzywienie przegrody nosa upośledzające drożność nosa	N	B/C
24	1	Alergiczne nieżyty górnych dróg oddechowych nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A
	2	Alergiczne nieżyty górnych dróg oddechowych upośledzające sprawność ustroju	N	B/C
25	1	Wady wymowy nieupośledzające zdolności porozumiewania się	Z	A

	2	Wady wymowy upośledzające zdolność porozumiewania się	N	B/C
26	1	Wady wrodzone i nabyte gardła, krtani, tchawicy nieupośledzające sprawności organizmu	Z	A
	2	Przewlekłe choroby, wady wrodzone i nabyte gardła, krtani, tchawicy upośledzające sprawność organizmu	N	B/C

Objaśnienia szczegółowe

Do § 22

Polipy nosa, przerosty małżowin nosowych, zwężenia, zawinięcia nozdrzy tylnych, przednich, przewlekłe zapalenie zatok przynosowych, torbiele zatok, nieżyty błony śluzowej zatok.

Do § 22, 23

Choroby upośledzające sprawność ustroju: stałe, znacznego stopnia upośledzenie oddychania przez nos prowadzące do przewlekłych schorzeń uszu, gardła, zatok, nosa i krtani, bezdechu nocnego. Ograniczenia zależą od rodzaju służby. Należy je umieścić w sentencji orzeczenia w przypadku funkcjonariusza do dalszej służby.

Do § 26

Blizny gardła, krtani, tchawicy, nieżyty błony śluzowej gardła, krtani, przerost migdałków podniebiennych.

Do § 24 i 26 pkt 2

Funkcjonariusza kwalifikować jako niezdolnego jeżeli występuje znacznego stopnia upośledzenie sprawności ustroju.

DZIAŁ VIII - Układ oddechowy

1	2	3	4	5
27	1	Przewlekła obturacyjna choroba płuc (przewlekłe zapalenie oskrzeli lub rozedma płuc) - POCHP postać łagodna	N	A/B
	2	Przewlekła obturacyjna choroba płuc (przewlekłe zapalenie oskrzeli lub rozedma płuc) - POCHP postać umiarkowana	N	B/C
	3	POCHP postać ciężka i bardzo ciężka	N	C
	4	Astma oskrzelowa sporadyczna	N	A
	5	Astma oskrzelowa przewlekła, łagodna	N	B/C
	6	Astma oskrzelowa przewlekła umiarkowana	N	B/C
	7	Astma oskrzelowa przewlekła ciężka	N	C
	8	Rostrzenie oskrzeli - dotyczące mniej niż jednego płata płuca	N	B/C

	9	Rostrzenie oskrzeli - dotyczące więcej niż jednego płata płuca	N	C
28	1	Śródmiąższowe choroby płuc bez upośledzenia sprawności czynnościowej ustroju	N	A
	2	Śródmiąższowe choroby płuc upośledzające sprawność czynnościową ustroju	N	B/C
	3	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych nie upośledzające wydolności oddechowo - krążeniowej	N	A
	4	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych nieznacznie upośledzające wydolność oddechowo - krążeniową	N	B/C
	5	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych znacznie upośledzające wydolność oddechowo - krążeniową	N	C
	6	Przebyta odma samoistna pierwotna	N	B/C
	7.	Przebyta odma samoistnie nawrotowa	N	C

Objaśnienia szczegółowe

POCHP badanie spirometryczne potwierdzi obecność obturacji oskrzeli. Wartości spirometryczne poparte próbarozkurczową. Wskaźnik FEV1 % VC mniejszy niż 70% oznacza obturacyjną chorobę dróg oddechowych.

W zależności od wartości FEV1 i FVC rozpoznajemy:
postać lekką POCHP gdy FEV□/FVC < 70%; FEV□ ≥ 80%; objawy obecne lub nie
postać umiarkowaną POCHP gdy FEV□/FVC < 70%; 60% ≤ FEV□ < 80%; objawy obecne lub nie
postać ciężką gdy POCHP FEV□/FVC < 70%; 40% ≤ FEV□ < 60%; objawy obecne lub nie
postać bardzo ciężką POCHP gdy FEV□/FVC < 70%; FEV□<40% lub przewlekła niewydolność oddechowa, prawokomorowa niewydolność serca (zespół płucno-sercowy)

Do § 27 pkt 4

Astma oskrzelowa sporadyczna :
Objawy dzienne- mniej niż raz w tygodni.
Objawy nocne - ≤ 2 razy w miesiącu.
PEF lub FEV ≤ 80%.
Zmiana PEF < 20%

Do § 27 pkt 5

Astma oskrzelowa przewlekła, łagodna :
Objawy dzienne- Więcej niż raz w tygodniu ale mniej niż raz dziennie, mogą zaburzać sen i utrudniać dzienną aktywność.
Objawy nocne- Więcej niż dwa razy w miesiącu.
PEF lub FEV ≤ 80%. Zmiana PEF 20-30%

Do § 27 pkt 6

Astma oskrzelowa przewlekła umiarkowana:
Objawy dzienne- Prawie codziennie, konieczność inchalowania krótko działającego B2 minetyku, codzienne zaostrzenia mogą zaburzać sen i utrudniać codzienną aktywność.
Objawy nocne- Więcej niż raz w tygodniu.
PEF lub FEV 60-80%
Zmiana PEF > 30%

Do § 27 pkt 7

Astma oskrzelowa przewlekła ciężka :
Objawy dzienne- codziennie częste zaostrzenia ograniczające aktywność fizyczną
Objawy nocne- częste
PEF lub FEV $\leq$ 60%.
Zmiana PEF > 30%

pkt 8 – 9

Podstawą rozpoznania i kwalifikacji zmian jest opinia pulmonologiczna

Do § 28

Śródmiąższowe choroby płuc stanowią homogenną grupę ponad 100 chorób, których istotą zmian jest ostre i przewlekłe zapalenie obwodowych struktur układu oddechowego (pęcherzyków i oskrzelików) z postępującym zwykle nieodwracalnym włóknieniem w obrębie śródmiąższu i przestrzeni śródpęcherzykowych.

Objawiają się postępującą dusznością wysiłkową, obustronnymi zmianami rozsianymi w obrazie radiologicznym płuc i zaburzeniami restrykcyjnymi w wentylacji.

Schorzenia te obejmują zmiany płucne w chorobach tkanki łącznej pneumopatie, reakcje polekowe, choroby zawodowe- pylice (krzemice, azbestowe, beryloza), AZPP (alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych), samoistne włóknienie płuc, sarkoidozę i inne rzadkie choroby płuc.

Do § 28 pkt 1

Konieczna konsultacja pulmonologiczna.

pkt 2 Konieczna konsultacja pulmonologiczna.

pkt 3 - 5 Za ubytek tkanki płucnej nie upośledzający sprawności ustroju uważa się brak jednego segmentu.

W przypadku stwierdzenia przez komisję ograniczeń należy podać jakie i nanieść je w sentencji orzeczenia.

DZIAŁ IX - Inne choroby wewnętrzne

1	2	3	4	5
29	1	Niedokrwistości niedoborowe	Z/N	A/B/C

	2	Niedokrwistości hemolityczne	N	B/C
	3	Niedokrwistości aplastyczne	N	C
	4	Nadkrwistość	N	B/C
	5	Zaburzenia krzepnięcia	N	B/C
30	1	Choroby układu białokrwinkowego	N	A/B/C
	2	Zaburzenia czynności krwinek białych	N	A/B/C
	3	Choroby dotyczące układu siateczkowo- śródbłonkowego i chłonnego	N	B/C
	4	Upośledzenie odporności i defekty immunologiczne	N	C
	5	Choroby śledziony	N	B/C
	6	Pooperacyjny brak śledziony bez zmian we krwi	N	B/C
	1	Niedobory osoczowych czynników krzepnięcia wrodzone i nabyte	N	C
	2	Immunokoagulopatie	N	B/C
	3	Skazy krwotoczne naczyniowe	N	B/C
	4	Skazy krwotoczne w przebiegu chorób tkanki łącznej	N	A/B/C
	5	Skazy krwotoczne płytkowe : Trombocytopenie , Trombocytemie	N	A/B/C
	6	Skazy krwotoczne płytkowe : Trombastenie, Trombopatie	N	B/C
32	1	Skaza moczanowa (dna)	N	B/C
	2	Chondrokalcynoza - nieznacznie lub znacznie upośledzająca sprawność ustroju	N	B/C
33	1	Układowe choroby tkanki łącznej- kolagenozy nieznacznie upośledzające stan zdrowia	N	B
	2	Układowe choroby tkanki łącznej- kolagenozy znacznie upośledzające stan zdrowia	N	C
34	1	Martwicze zapalenie naczyń i inne waskulopatie	N	B/C
35	1	Zapalenie stawów kręgosłupa i inne seronegatywne zapalenia stawów	N	B/C
36	1	Reaktywne zapalenie stawów	N	B/C
37	1	Fibromialgia	N	B
38	1	Zespół metaboliczny nieznacznie upośledzający stan zdrowia	N	A/B
	2	Zespół metaboliczny znacznie upośledzający stan zdrowia	N	B/C
39	1	Inne choroby przemiany materii nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	A/B

	2	Inne choroby przemiany materii znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	A/B/C
40	1	Inne nieprawidłowe badania biochemiczne wymagające obserwacji lub/i diagnostyki	N	
	2	Odchylenia w badaniu przedmiotowym od stanu prawidłowego wymagające dalszej obserwacji lub/i diagnostyki	N	

Objaśnienia szczegółowe

Do § 29 pkt 1

Rozpoznanie to występuje z niedoboru żelaza, Vitaminy B12 i kwasu foliowego w organizmie. Kwalifikacja w zależności od stopnia zaawansowania schorzenia. Kobiety Hbg > 11mg%, mężczyźni > 12,5mg% - Z.

pkt 4 Erytremia. Konieczna konsultacja hematologiczna

pkt 5 Małopłytkowość. Dziedziczne niedobory czynników krzepnięcia.

Rozpoznane schorzenia powinny być potwierdzone dokumentacją medyczną z Poradni Hematologicznej.

Do § 30 pkt 1

Nieprawidłowa leukocytoza, neutropenia, hiperleukocytozy, eozynofilia, leukopenia, limfocytoza.

pkt 2 Nieprawidłowy rozmaz. Nieprawidłowa budowa krwinek. Zaburzenia czynności granulocytów.

pkt 5 Hypersplenizm w przebiegu innych chorób.

Do § 31 pkt 1

Niedobór czynników od I,II,III,IV,V,VI,VII,VIII,IX,X,XI,XII,XII. Choroba Willebranda.

pkt 3 Choroba Rendu - Oslera.

pkt 4 Zespół Marfana i inne.

pkt 5 Samoistna, polekowa plamica płytkowa, obniżony poziom płytek. Podwyższony poziom płytek powyżej 450 tys. Nieprawidłowa budowa i czynność płytek przy prawidłowej ich ilości.

Do § 32 pkt 1

Dotyczy osób bez powikłań narządowych.

pkt 2 Dotyczy osób z powikłaniami narządowymi skazy moczanowej (artropatia dnawa, zmiany w układzie moczowym- kamica, stany zapalne, guzki dnawe), niezależnie od aktualnej wartości kwasu moczowego w surowicy krwi.

Do § 33 pkt 1 i 2

Zaliczamy RZS, toczeń rumieniowaty układowy (SLE), zapalenie skórno-mięśniowe i wielomięśniowe, twardzinę układową, zespół Siörgena. Podstawę orzekania stanowi konsultacja reumatologiczna lub obserwacja szpitalna.

Do § 35 pkt 1

Tu zaliczamy łuszczycowe zapalenie stawów, zespół Reitera, zapalenie stawów towarzyszące enteropatiom, zapalenie kostno-stawowe towarzyszące zmianom krostkowym dłoni i stóp oraz zapalenie stawów towarzyszące różnym formom trądzika skóry. Rozpoznanie potwierdzone konsultacją reumatologiczną i w przepadku zajęcia skóry dermatologiczną.

DZIAŁ X - Układ krążenia

1	2	3	4	5
41	1	Choroby mięśnia sercowego w okresie wydolności (NYHA I)	N	A
	2	Choroby mięśnia sercowego w okresie wydolności serca (NYHA II)	N	B
	3	Choroby mięśnia sercowego w okresie wydolności serca (NYHA III i IV)	N	C
	4	Choroba niedokrwienna serca stabilna	N	~~B~~
	5	Choroba niedokrwienna serca niestabilna	N	B/C
	6	Zaburzenia rytmu, przewodzenia i automatyzmu łagodne	N	B
	7	Zaburzenia rytmu, przewodzenia i automatyzmu ciężkie	N	B/C
	8	Wady wrodzone serca i wielkich naczyń nie skorygowane lub niedostatecznie skorygowane	N	B/C
	9	Wady wrodzone serca i wielkich naczyń całkowicie skorygowane	Z/N	A
	10	Wady zastawkowe serca i wielkich naczyń łagodne	N	B
	11	Wady zastawkowe serca i wielkich naczyń zaawansowane	N	C
	12	Zespół wypadania płatka zastawki dwudzielnej	N	A
	13	Choroby wsierdzia	N	B/C
	14	Choroby osierdzia	N	B/C
	15	Omdlenia i utraty świadomości	N	B/C
	16	Inne choroby serca i objawy chorób serca	N	B/C
42	1	Nadciśnienie tętnicze łagodne i umiarkowane	N	A/B

	2	Nadciśnienie tętnicze ciężkie i bardzo ciężkie	N	C
	3	Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych nie upośledzające sprawności ustroju	Z	A/B
	4	Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych nieznacznie i znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C
	5	Choroby naczyń żylnych znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C
	6	Inne choroby naczyń upośledzające sprawność ustroju	N	B/C
	7	Przewlekłe leczenie przeciwzakrzepowe	N	B/C

Objaśnienia szczegółowe

Do § 41 pkt 1 – 3

Obejmuje kardiomiopatię a także badanych po niedawno przebytym ostrym zapaleniu mięśnia sercowego (12 m-cy).

pkt 3

Ocenia się na podstawie obecności obiektywnych cech dysfunkcji serca w powiązaniu z klasą niewidolności serca - II, III lub IV - wg NYHA/ New York Heart Association/.Potwierdzenie badaniami dodatkowymi (Echo serca)

pkt 4

Rozpoznanie ustala się w oparciu o ocenę objawów choroby oraz pogłębionej diagnostyce.

pkt 5

Do grupy podwyższonego ryzyka zalicza się pacjentów , u których : (1)- dławica znacznie ogranicza lub uniemożliwia zwykłą aktywność fizyczną- III lub IV klasa wg CCS (Canadiun Cardiovascular Society), a ponadto stwierdza się istotne zmiany w badaniach dodatkowych : (2)- dodatni test wysiłkowy EKG z ograniczeniem tolerancji wysiłku i/lub (3)- w badaniu echokardiograficznym - cechy upośledzenia funkcji lewej komory z frakcją wyrzutową poniżej 40%, (4)- w badaniach obciążeniowych /próba echokardiograficzna lub scyntygraficzna/- zaburzenia kurczliwości lub ubytki perfuzji mięśnia sercowego oraz rozstrzeń lewej komory, (5)- w badaniu rtg klatki piersiowej - powiększenie sylwetki serca i cechy zastoju płucnego, (6)- w koronorografii obecność choroby wielonaczyniowej.
Pacjentów po przebyciu ostrego zespołu wieńcowego /zawał serca, niestabilna dławica piersiowa/ ocenia się wg aktualnego stanu choroby wieńcowej oraz ewentualnego stosowania leków przeciwzakrzepowych. Pacjentów po zabiegach rewaskularyzacyjnych /PCI, CABG/ ocenia się wg aktualnego stanu choroby wieńcowej oraz ewentualnej konieczności przewlekłego stosowania leków pozakrzepowych.

pkt 6

Zaburzenia bezobjawowe, nie powodujące zaburzeń hemodynamicznych, nie upośledzające wydolności fizycznej, nie stanowiące potencjalnego zagrożenia, nie wymagające leczenia - po

wykluczeniu choroby serca przy pomocy badań pomocniczych /badanie echokardiograficzne i test wysiłkowy EKG/. Tu kwalifikuje się też stwierdzane w przeszłości arytmie.

Nieliczne pobudzenia przedwczesne nadkomorowe, nieliczne pobudzenia przedwczesne komorowe, bloki przedsionkowo-komorowe I stopnia z wąskimi zespołami komorowymi, izolowane bloki jednowiązkowe, izolowany niepełny blok prawej odnogi pęczka Hisa, niewielka bradykardia lub tachykardia u ludzi młodych mogą być traktowane jako wariant normy.

Do § 41 pkt 7

Pacjentów po elektroterapii /kardiowersja, defibrylacja, ablacja ogniska arytmii, wszczepienie stymulatora lub kardiowertera- stymulatora/ ocenia się zależnie od aktualnego stanu choroby- decyduje stopień korekcji zaburzeń. U pacjentów z implantynowanymi układami stymulującymi uwzględnia się ewentualne ryzyko ich uszkodzenia- związane ze specyfiką służby. Zaburzenia nawracające, objawowe, powodujące istotne objawy hemodynamiczne, wymagające leczenia, potencjalnie niebezpieczne, upośledzające wydolność fizyczną.

pkt 8 i 9

Decyduje aktualny stan wydolności krążenia.

pkt 10

Bezobjawowe, nie powodujące istotnych zaburzeń hemodynamicznych, nie upośledzające wydolności fizycznej.

pkt 11

Objawowe, powodujące istotne zmiany hemodynamiczne, z powikłaniami, upośledzające wydolność fizyczną.
Pacjentów po leczeniu operacyjnym /wymiana zastawki- zastawek/ i innych zabiegach naprawczych należy kwalifikować zależnie od aktualnego stanu hemodynamicznego i stosowanego leczenia przeciwzakrzepowego

pkt 12

Wypadanie płatka/ płatków zastawki mitralnej bezobjawowe, bez zaburzeń rytmu, bez powikłań i bez niedomykalności mitralnej lub ze śladową jedynie jej niedomykalnością - nie kwalifikuje się jako dysfunkcji zastawki. Dysfunkcja zastawki z wypadaniem płatka kwalifikujemy z pkt.10

pkt 13

Dotyczy także (1) stanów po świeżo przebytym infekcyjnym zapaleniu wsierdzia u pacjentów z dużym ryzykiem nawrotu choroby oraz (2) okresu profilaktyki wtórnej gorączki reumatycznej.

pkt 14

Dotyczy także pacjentów po niedawno* przebytym ostrym zapaleniu, szczególnie pacjentów z dużym ryzykiem nawrotu.

pkt 15

Dotyczy zaburzeń pochodzenia sercowo- naczyniowego.

pkt 16

"Serca sportowca" nie kwalifikuje się jako stanu chorobowego, rozpoznaje się po wykluczeniu chorób serca przez kardiologa.

Do § 42 pkt 1

Przy rozpoznawaniu nadciśnienia tętniczego u kandydatów do służby należy uwzględnić pomiary ambulatoryjne dokonywane przez pracowników służby zdrowia i inne badania np. pomiary całodobowe ciśnienia metodą Holtera, wynik badania Echo.

pkt 2

Dotyczy pacjentów z ciężkim, opornym nadciśnieniem tętniczym, utrzymującym się mimo intensywnego, kompleksowego leczenia, z towarzyszącą (1) chorobą sercowo - naczyniową /choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, udar niedokrwienny mózgu, krwotok mózgowy, napady przemijającego niedokrwienia mózgu/, (2) uszkodzenia nerek /niewydolność, białkomocz, nefropatia cukrzycowa/, (3) choroba tętnic obwodowych, (4) zaawansowaną retinopatią /okres III i IV wg K-W/. Długotrwałą cukrzycę traktuje się jako dodatkowo czynnik obciążający + należy wykonać badanie Echo serca.

Do § 42 pkt 3 pkt 5

Dotyczy zakrzepowego zapalenia żył, zespołów pozakrzepowych i innych chorób układu żylnego.

DZIAŁ XI - Układ trawienny

1	2	3	4	5
43	1	Choroby organiczne i czynnościowe przełyku nie upośledzające sprawności ustroju (zwężenia, uchyłki itp.)	Z	A
	2	Choroby organiczne przełyku upośledzające sprawność ustroju (zwężenia, uchyłki, owrzodzenia, choroba refluksowa przełyku)	N	B/C
44	1	Przewlekły nieżyt żołądka, dwunastnicy lub jelit, z upośledzeniem sprawności ustroju	N	B
	2	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy bez upośledzenia sprawności	N/Z	A
	3	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy z licznymi nawrotami z upośledzeniem wagi ciała lub z wrzodem powikłanym krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego	N	B/C
	4	Stan po częściowej resekcji żołądka z powodu wrzodu lub innych przyczyn, bez upośledzenia sprawności ustroju	Z/N	A
	5	Stan po częściowej resekcji żołądka z powodu wrzodu lub innych przyczyn, z upośledzeniem sprawności ustroju, lub całkowity pooperacyjny brak żołądka	N	C
	6	Stan po zabiegach operacyjnych na jelitach (resekcje itp.), bez zaburzeń sprawności ustroju. Ileum terminale	Z/N	A
	7	Stan po zabiegach operacyjnych na jelitach (resekcje itp.), z zaburzeniami sprawności ustroju	N	B/C
	8	Choroby czynnościowe przewodu pokarmowego	N	A/B

	9	Zmiany organiczne jelit nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B
	10	Zmiany organiczne jelit znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C
	11	Przetoki jelitowe zewnętrzne upośledzające sprawność ustroju	N	C
	12	Zaburzone wchłanianie jelitowe	N	A/B/C
45	1	Przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych, upośledzające sprawność ustroju	N	B/C
	2	Kamica żółciowa lub inne choroby dróg żółciowych	N	A/B
	3	Stan po usunięciu pęcherzyka żółciowego	N/Z	A/B/C
	4	Przewlekłe zapalenie wątroby typu B, C i innych nie upośledzające sprawności ustroju	N	B
	5	Przewlekłe zapalenie wątroby upośledzające sprawność ustroju (niedokrwistość, żółtaczka)	N	C
	6	Przewlekłe choroby wątroby powstałe w przebiegu innych chorób upośledzające sprawność ustroju (bąblowiec wątroby, sarkoidoza, choroby spichrzeniowe, gruźlica wątroby)	N	C
	7	Marskość wątroby	N	B/C
	8	Nieaktywny nosiciel HBs Ag+, HCV, HIV	N	B/C
	9	Ozdrowieńcy po wirusowym zapaleniu wątroby bez uszkodzenia wątroby	Z	B
	10	Przebyte pourazowe uszkodzenie wątroby w okresie wydolności	Z/N	A/B
46	1	Przewlekłe choroby trzustki	N	B/C
47	1	Przepukliny w obrębie j. brzusznej	N	A/B
	2	Przepukliny w bliźnie pooperacyjnej lub nawrotowe	N	B/C
48	1	Szczeliny i przetoki odbytnicy lub okolicy odbytu i inne choroby odbytu	N	A/B/C
	2	Guzy krwawnicze odbytu z owrzodzeniami	N	A/B/C

Objaśnienia szczegółowe

Do § 44 pkt 2 – 3

Rozpoznanie choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy powinno być oparte na badaniu endoskopowym oraz teście H. Pylori z ostatnich 6 miesięcy.

pkt 7

Chorzy z nawracającymi biegunkami, trudno poddającymi się leczeniu farmakologicznemu lub objawami zespołu upośledzonego wchłaniania.

pkt. 8

Tu kwalifikować:

I. Choroby czynnościowe żołądka i dwunastnicy:
a) dyspepsja czynnościowa
b) zaburzenia odbijania
c) nudności i wymioty
d) zespół przeżuwania u dorosłych

II. Choroby czynnościowe jelit:
a) zespół jelita wrażliwego (IBS)
b) wzdęcia czynnościowe
c) zaparcia czynnościowe
d) nieokreślone zaburzenia czynnościowe

III. Zespół czynnościowego bólu brzucha (FAPS)
IV. Choroby czynnościowe pęcherzyka żółciowego i zwieracza Oddiego
V. Choroby czynnościowe odbytu i odbytnicy

pkt. 9

Tu kwalifikować:
Choroba Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i inne choroby zapalne jelit

Do § 44 pkt. 12

Upośledzone wchłanianie węglowodanów, tłuszczów, aminokwasów, vitamin i jonów np. celiakia, choroba Diusinga, choroba Whipple'a.

Do § 45 pkt 2

Potwierdzone cholecystografią lub cholangiografią lub USG.

pkt 3

Według tych punktów należy kwalifikować stany po operacjach pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych, zależnie od stopnia utrzymujących się dolegliwości ograniczających sprawność ustroju.

pkt. 4-6

Rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby potwierdzone konsultacją specjalistyczną.

Do § 45 pkt 10

Dotyczy nieaktywnych nosicieli HBs dodatni HBV DNA ujemny, ALT - N. W przypadku stwierdzenia ograniczeń lub przeciwwskazań komisja nanosi je w sentencji orzeczenia.

DZIAŁ XII - Choroby układu kostno - stawowego

1	2	3	4	5
49	1	Skrzywienie i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte nieupośledzające sprawności organizmu	Z/N	A

	2	Skrzywienie i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte upośledzające sprawność organizmu	N	B/D
50	1	Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa	N	B/C
	2	Inne choroby kręgosłupa upośledzające sprawność ustroju	N	B/C
51	1	Choroby zwyrodnieniowe stawów nieznacznie upośledzające sprawność organizmu	N	A/B
	2	Choroby zwyrodnieniowe stawów znacznie upośledzające sprawność organizmu	N	B/C
52	1	Choroby zapalne stawów obwodowych nieznacznie upośledzające sprawność organizmu	N	A/B
	2	Choroby zapalne stawów obwodowych znacznie upośledzające sprawność organizmu	N	B/C
53	1	Pourazowe uszkodzenia stawów obowodowych i kręgosłupa upośledzające sprawność organizmu	N	B/C
54	1	Choroby tkanek miękkich upośledzające sprawność ustroju	N	B/C
55	1	Osteoporoza bez patologicznego złamania	N	A/B
	2	Osteoporoza ze złamaniem patologicznym	N	C/D
56	1	Inne choroby kości i chrząstki	N	A/B/C
57	1	Zniekształcenie kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach i po stanach zapalnych), bez upośledzenia sprawności	Z/N	A
	2	Zniekształcenie kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach i po stanach zapalnych), upośledzające sprawność	N	B/C
58	1	Brak kończyny górnej	N	C
	2	Brak kończyny dolnej	N	C
	3	Skrócenie kończyny dolnej powyżej 2 cm z upośledzeniem sprawności ruchowej	N	B/C
59	1	Zwichnięcie nawykowe	N	B/C
	2	Stan po operacji zwichnięć nawykowych	N	A/B/C
60	1	Stopa płaska lub wydrążona bez upośledzenia sprawności	Z	A
	2	Stopa płaska, koślawa lub wydrążona miernie upośledzająca sprawność	Z/N	A/B
	3	Stopa szpotawa, końska, piętowa i inna, znacznie lub wybitnie upośledzająca sprawność	N	C
61	1	Poszerzenia żylne bez upośledzenia sprawności organizmu	Z	A
	2	Żylaki kończyn bez upośledzenia sprawności organizmu	Z/N	A
	3	Żylaki ze zmianami troficznymi i / lub owrzodzeniami	N	B/C
62	1	Braki palców stóp	N	B/C

63	1	Braki palców rąk nieznacznie upośledzające chwyt	N	B/C
	2	Braki palców rąk upośledzające chwyt	N	C
	3	Częściowe braki palców rąk bez upośledzenia chwytu	Z/N	B/C
	4	Częściowe braki palców rąk z upośledzeniem chwytu	N	B/C
	5	Ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz bez upośledzenia chwytu	Z/N	B/C
	6	Ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz z upośledzeniem chwytu	N	B/C
	7	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe bez upośledzenia chwytu	Z/N	A/B/C
	8	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe z upośledzeniem chwytu	N	B/C
64	1	Kręcz szyi	N	B/C
	2	Zniekształcenia lub ubytki klatki piersiowej upośledzające sprawność	N	B/C

Objaśnienia szczegółowe

Do § 50 pkt. 1 gr. 5

Decydują objawy kliniczne a u kandydatów dodatkowo objawy radiologiczne.

Do § 50

Tu kwalifikować pourazową spondylozę, zespół wąskiego kanału kręgowego i chorobę Forestiera.

Kwalifikacja na N w zależności od oceny ortopedy.

Do § 54

Entezopatie. Choroby kaletek maziowych. Stany po urazach układu mięśniowo - więzadłowego.

Do § 56

Między innymi zapalenie kości i szpiku. Martwica kości (np. choroba Perthesa). Choroba Pageta. Osteochondroza stawu barkowego i miednicy. Osteochondrozy młodzieńcze, osteomalacja i inne zaburzenia mineralizacji kości.

Do § 61 pkt. 2

Wymagana opinia chirurga.

DZIAŁ XIII - Choroby układu wydzielania wewnętrznego

1	2	3	4	5
65	1	Choroby tarczycy bez zmian czynności gruczołu z wolem lub bez nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A

	2	Choroby tarczycy ze zmianą czynności gruczołu z wolem lub bez upośledzające sprawność ustroju	N	A/B/C
	3	Eutyroza wymagająca stałej substytucji	N	A
	4	Choroba Graves- Basedowa	N	B/C
66	1	Choroby przysadki mózgowej	N	B/C
	2	Choroby nadnerczy	N	B/C
	3	Choroby gruczołów przytarczycznych	N	B/C
	4	Cukrzyca typ I (insulinozależna)	N	B/C
	4a	Cukrzyca typ II i inne postacie cukrzycy	N	B/C
	5	Zaburzenia przemiany weglowodanowej nie wymagające stosowania leków przeciwcukrzycowych	N	A/B
	6	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B
	7	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe upośledzające sprawność ustroju	N	C
	8	Choroby grasicy	N	C
	9	Zaburzenia czynności jajnika	Z/N	A
	10	Zaburzenia czynności jąder	Z/N	A
67	1	Choroby metaboliczne, porfirie, fenyloketonurie, choroby spichrzeniowe	N	C

Objaśnienia szczegółowe

Do § 65 pkt 1

Powiększenie gruczołu tarczowego nie upośledzające przepływu powietrza w drogach oddechowych w czasie wysiłku fizycznego i nie dające objawów uciskowych na narządy sąsiednie (przełyk, tchawica).

Do § 65 pkt 2

Powiększenie gruczołu tarczowego stwierdzone palpacyjnie lub wole zamostkowe upośledzające przepływ powietrza w drogach oddechowych (zaburzenia wentylacji, stridor, zaburzenia ruchomości strun głosowych) w czasie spoczynku lub po wysiłku fizycznym albo dające objawy uciskowe na narządy sąsiednie w badaniu rentgenowskim klatki piersiowej.

pkt 2 i 3

Obejmuje wszystkie postacie nadczynności tarczycy poza chorobą Graves- Basedowa w okresie remisji oraz niedoczynności tarczycy wyrównane leczeniem substycyjnym, wrodzony zespół niedoboru jodu, subkliniczna niedoczynność tarczycy z powodu niedoboru jodu, wole nietoksyczne, zapalenie tarczycy.

pkt 4

Udokumentowane leczeniem szpitalnym lub specjalistycznym, niezależnie od aktualnego stanu czynności tarczycy.

Do § 66

Zaburzenia hormonalne u kobiet dotyczące gruczołów płciowych należy kwalifikować zgodnie z oceną endokrynologa bądź ginekologa.

DZIAŁ XIV - Układ nerwowy

1	2	3	4	5
68	1	Zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle pojedynczych lub licznych nerwów z okresowymi niezbyt częstymi zaostrzeniami	N	A/B
	2	Zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle pojedynczych lub licznych nerwów z częstymi zaostrzeniami i objawami przedmiotowymi	N	B/C
	3	Trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych z zaburzeniami ruchowymi, czuciowymi i troficznymi, upośledzające sprawność ustroju	N	B/C
69	1	Następstwa chorób organicznych lub przebytych urazów ośrodkowego układu nerwowego bez wyraźnych zaburzeń mózgowo-rdzeniowych lub z nieznacznymi zmianami, które ze względu na umiejscowienie bądź mechanizmy wyrównawcze nie upośledzają sprawności ustroju	N	A/B
	2	Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi, upośledzające sprawność ustroju	N	C
	3	Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego	N	C
	4	Przebyte krwawienie podpajęczynówkowe samoistne (bez stwierdzonego urazu, tętniaka lub nadciśnienia)	N	B/C
70	1	Choroby układu mięśniowego nie upośledzające sprawności ustroju	Z/N	A
	2	Choroby układu mięśniowego nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B
	3	Choroby układu mięśniowego upośledzające sprawność ustroju	N	C
71	1	Naopadowe zaburzenia świadomości o nieustalonej etiologii, migrena oraz inne zespoły bólu głowy bez zmian organicznych w układzie nerwowym	N	B/C
	2	Padaczka	N	C
72	1	Odchylenia w badaniu neurologicznym wymagające dalszej obserwacji i diagnostyki /oczopląs/	N	B/C

Objaśnienia szczegółowe

Do § 68

Rozpoznanie nerwobólów i zapaleń nerwów wymaga odpowiedniej dokumentacji specjalistycznej. Zakwalifikowanie według właściwego punktu zależy od tego, w jakim stopniu porażenia (niedowłady), zaburzenia czucia i zaburzenia troficzne - ze względu na umiejscowienie, rozległość i mechanizmy wyrównawcze - upośledzają sprawność ustroju. Obraz kliniczny oraz stopień upośledzenia organizmu i jego funkcjonowanie jest podstawą orzekania. Diagnostyka obrazowa pełni jedynie funkcję pomocniczą, a nie stanowi podstawy w orzekaniu (dotyczy szczególnie MRI).

pkt 1 - 5

Rozpoznania powinny być potwierdzone dokumentacją po leczeniu szpitalnym lub z poradni neurologicznej.

Do § 69

Rozpoznanie powinno być potwierdzone dokumentacją po leczeniu szpitalnym lub z poradni specjalistycznej neurologicznej lub z leczenia w poradni zdrowia psychicznego (PZP). W przypadku braku patologii w badaniach obrazowych i bez następstw klinicznych w badaniu neurologicznym i opinii psychologicznej nie wyklucza dalszej służby z ograniczeniem. Przypadki zaklipsowania tętniaka - jeśli w ocenie neurologa i psychiatry stan neurologiczny nie odbiega od normy należy kwalifikować na A.

pkt 1 - 3

Kandydatów po przebytym gruźliczym zapaleniu opon należy oceniać po upływie minimum 5 lat od zakończenia leczenia. Encefalopatię należy kwalifikować według pkt 2 lub 3 w zależności od nasilenia zespołu neurologicznego.

pkt 4

Według tego punktu należy kwalifikować stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex)

Do § 70

Według tego paragrafu należy kwalifikować choroby układu mięśniowego, jak zaniki mięśni postepujące, chorobę Thomsena itp.

Do § 71

Potwierdzone obserwacją szpitalną lub dokumentacją specjalistyczną.

DZIAŁ XV - Stan psychiczny

1	2	3	4	5
73	1	Zaburzenia nerwicowe nieznacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	A
	2	Zaburzenia nerwicowe upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę	N	B

	3	Zaburzenia nerwicowe znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne utrwalone	N	C
74	1	Reakcja adaptacyjna krótkotrwała	N	A/B
	2	Reakcja adaptacyjna przedłużona	N	C
	3	Zaburzenia stresowe pourazowe przebyte lub rokujące poprawę	N	A/B
	4	Zaburzenia stresowe pourazowe utrwalone (łącznie z trwałymi zmianami osobowości)	N	C
75	1	Zaburzenia osobowości upośledzające zdolności adaptacyjne	N	C
76	1	Psychozy reaktywne przebyte	N	C
	2	Zaburzenia psychotyczne endogenne	N	C
77	1	Sprawność umysłowa poniżej przeciętnej	N	C
78	1	Używanie szkodliwe alkoholu lub ZZA w okresie kontrolowanej abstynencji	N	B/C
	2	ZZA nie rokujące zachowania abstynencji	N	C
	3	Używanie szkodliwe lub uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych	N	C
79	1	Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego nieznacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	B
	2	Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego upośledzające zdolności adaptacyjne	N	C
80	1	Inne zaburzenia psychiczne upośledzające zdolności adaptacyjne	N	B/C
	2	Inne zaburzenia psychiczne znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	C

Objaśnienia szczegółowe

Do § 73

Przez zaburzenia nerwicowe należy rozumieć psychogenne zespoły zaburzeń psychicznych, w których stwierdzamy następujące cechy:

1) urazy psychiczne jako czynnik wywołujący
2) brak objawów organicznego uszkodzenia tkanek, a w szczególności ośrodkowego układu nerwowego
3) zaburzenia psychiczne mieszczące się w zasadzie w ramach zmian ilościowych, a nie jakościowych, przy nie zmienionej osobowości
4) zaburzenia dotyczące w większości życia emocjonalnego; zaburzenia te (lęk, depresja, dysforia) wydaje się być objawami pierwotnymi
5) zachowane, a nawet wyolbrzymione poczucie choroby
6) zmiany psychiczne, a także fizyczne w zasadzie odwracalne, zejście bez defektu
7) przebieg przewlekły, tendencje do nawrotów

8) obraz kliniczny przeważnie odpowiada jednemu ze znanych zespołów nerwicowych: neurastenii, histerii, nerwicy lękowej, nerwicy z natręctwami, nerwicy z przewagą skarg hipochondrycznych, depresji nerwicowej lub innym

O rozpoznaniu nerwicy decyduje stwierdzenie wszystkich wymienionych wyżej cech. Według aktualnej terminologii polskiej określenie "nerwice" i "psychonerwice" traktuje się jako synonimy. Nerwice nieznacznie lub miernie upośledzające sprawność ustroju należy poddawać leczeniu. O przewlekłej nerwicy upośledzającej sprawność ustroju mówi się wtedy, kiedy jej objawy uniemożliwiają wykonywanie obowiązków służbowych.

Do § 73 pkt 5 i 6

Przewlekłe psychogenne zaburzenia somatyczne, nazywane "nerwicami narządowymi", należą w zasadzie do zakresu odpowiednich specjalności lekarskich - chorób wewnętrznych, laryngologii, okulistyki itp., a zatem rozpoznanie ich jest sprawą odpowiednich specjalistów ze współudziałem neurologa i psychiatry. Badanych z przewlekłymi nerwicami narządowymi, zwłaszcza z objawami ze strony układu krążenia lub układu trawienia, dającymi tylko nieznaczne dolegliwości, bez upośledzenia stanu ogólnego, należy kwalifikować jako zdolnych. W razie stwierdzenia średniego nasilenia dolegliwości lub powtarzających się takich objawów, jak częstoskurcz napadowy, zapaść napadowa, omdlenia, bóle typu dusznicowego, kurcz wpustu, uporczywe wymioty, przewlekła dyskineza dróg żółciowych itp., należy ich w zasadzie kwalifikować jako zdolnych z ograniczeniem. Badanych należy kwalifikować indywidualnie, zależnie od stopnia upośledzenia sprawności ustroju, biorąc pod uwagę opinię służbową oraz lekarską z miejsca pełnienia służby.

Do § 74

Reakcja sytuacyjna

a) ostre niepsychotyczne zaburzenia, przebiegające najczęściej pod postacią napadów histerycznych, ucieczek, samouszkodzeń, zaburzeń wegetatywnych itp.,
b) występujące pod wpływem trudnych sytuacji
c) występujące u osób zdrowych psychicznie lub z anomaliami charakterologicznymi

pkt 1 Dotyczy osób, u których reakcje dezadaptacyjne trwają do 30 dni.

pkt 2 Odnosi się do przypadków, w których leczenie i wszelkie oddziaływanie readaptacyjne trwają powyżej 30 dni.

Do § 76

Rozpoznanie ustala się na podstawie odpisu historii choroby z zakładu psychiatrycznego lub PZP.

Do § 77

Upośledzenie umysłowe (niedorozwój umysłowy, oligofrenia) - to stan charakteryzujący się:

a) wyraźnie niższą od przeciętnej sprawności intelektualnej (I.I) według skali Wechslera poniżej 70

b) zaburzenia dojrzewania, zdolności uczenia się i umiejętności przystosowania społecznego

Oceny sprawności intelektualnej należy dokonywać z udziałem psychologa i lekarza psychiatry.

Do § 78

Przez zespół zależności alkoholowej (oraz innych środków odurzających) należy rozumieć stan charakteryzujący się :

a) nieodpartym wewnętrznym przymusem ciągłego lub okresowego spożywania alkoholu (przyjmowania środków odurzających)
b) występowaniem objawów zespołu odstawienia po przerwaniu picia (przyjmowania środka)
c) zmienionym sposobem reagowania na alkohol (utratą kontroli nad piciem, zmianami w jego tolerancji, lukami pamięciowymi i innymi), stałym zwiększeniem dawki środka odurzającego
d) postępującym przebiegiem, prowadzącym do nieodwracalnych następstw psychicznych i fizycznych

Rozpoznanie należy ustalać na podstawie dokumentacji z poradni przeciwalkoholowej lub poradni zdrowia psychicznego. W wypadkach wątpliwych należy kierować na badania specjalistyczne.

pkt 1 Orzeczenie funkcjonariuszowi wydaje się na okres 1 roku. Utrzymywane uczestnictwo w programach odwykowych potwierdzone dokumentacją

pkt 4 Według tego punktu należy kwalifikować osoby, u których stwierdza się objawy psychodegradacji oraz zmiany somatyczne typowe dla przewlekłych intoksykacji.

Do § 79

Dotyczy :

a) zaburzeń podobnych do nerwic (cerebrastenia, zespoły rzekomonerwicowe) lub nieprawidłowych osobowości (charakteropatia, encefalopatia z zaburzeniami charakteru)

b) zaburzeń spowodowanych chorobami, urazami lub infekcjami centralnego układu nerwowego (CUN)

c) gdy badanie neurologiczne, EEG, testy psychologiczne, rtg czaszki, tomografia komputerowa i inne wskazują na organiczne uszkodzenie CUN lub gdy istnieje poważne podejrzenie takiego uszkodzenia, uzasadnione przebiegiem choroby, urazu lub infekcji

Do § 79

Nie obejmuje następstw uszkodzeń CUN, które miały miejsce we wczesnym okresie rozwojowym. Kwalifikacji orzeczniczych należy dokonywać nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od ustąpienia objawów ostrej fazy choroby lub urazu.

pkt 1 Dotyczy zespołów pourazowych i innych z przewagą objawów subiektywnych, bez somatycznych cech upośledzenia sprawności ustroju i stanów w których nastąpiła częściowa kompensacja skutków uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Do § 80

Dotyczy przypadków z rozpoznaniami nie uwzględnionymi w § 75 - 83. Kwalifikacji do pkt 1 należy dokonywać na podstawie dokumentacji z dotychczasowego leczenia w poradniach zdrowia

psychicznego lub szpitalach specjalistycznych oraz oceny przez komisję stanu psychicznego badanego.

DZIAŁ XVI - Choroby układu moczowo- płciowego

1	2	3	4	5
81	1	Wady rozwojowe nerek lub nerka ruchoma nie upośledzające sprawności ustroju	Z	A
	2	Wady rozwojowe nerek lub nerka ruchoma upośledzające sprawność ustroju	N	A/B/C
	3	Kamica układu moczowego z okresowym wydalaniem złogów	Z/N	A/B/C
	5	Kłębkowe zapalenie nerek	N	B/C
	6	Krwiomocz i białkomocz o nieustalonej etiologii	N	A
	7	Wrodzony lub pooperacyjny brak jednej nerki bez upośledzenia wydolności pozostałej nerki	N	A
	8	Wrodzony lub pooperacyjny brak jednej nerki z upośledzeniem wydolności pozostałej nerki	N	B/C
	9	Torbiele nerek	Z/N	A/B/C
82	1	Nietrzymanie moczu	N	C/D
	2	Przewlekłe zapalenie pęcherza moczowego	N	A/B/C
	3	Przewlekłe organiczne choroby pęcherza moczowego upośledzające sprawność ustroju	N	C
	4	Przetoki pęcherza moczowego	N	C
83	1	Wady wrodzone i nabyte cewki moczowej, prącia, jąder	Z/N	A
84	1	Choroby narządów płciowych męskich upośledzające sprawność organizmu	N	C
85	1	Zmiany anatomiczne wrodzone narządu rodnego i nabyte (w tym stany pooperacyjne) nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z/N	A/B/C
	2	Zmiany anatomiczne wrodzone narządu rodnego i nabyte (w tym stany pooperacyjne - endometrium) znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C
86	1	Przewlekłe stany zapalne, zakażenia i niezakażenia narządu rodnego upośledzające sprawność ustroju	N	B/C
87	1	Stan po odcięciu nadpochwowym i wycięciu całkowitym macicy z powodów innych niż nowotwory złośliwe	Z/N	A/B/C
88	1	Ciąża	komisja odstępuje od orzekania	

Objaśnienia szczegółowe

Do § 81 pkt 9

Niezdolny w zależności od wielkości torbieli, ich ilości i upośledzenia funkcji wydzielniczej nerki.

DZIAŁ XVII - Choroby zakaźne i pasożytnicze

1	2	3	4	5
89	1	Choroby zakaźne przewodu pokarmowego	N	A/B
90	1	Gruźlice płuc	N	B/C
	2	Stan po przebytej grużlicy płuc	N	A/B/C
	3	Serowate zapalenie płuc	N	C
	4	Gruźlica rozsiana (prosówka)	N	C
	5	Pozapłucne postacie gruźlicy (gruźlica opłucnej, węzłowa i inne)	N	C
91	1	Mykobakteriozy (zakażenie prątkami niegruźliczymi)	N	C
92	1	Choroby odzwierzęce	N	A/B/C
93	1	Zakażenia przenoszone drogą płciową	N	C
94	1	Inne choroby wywołane przez krętki	N	A/B/C
95	1	Choroby wywołane przez Chlamydie	N	A/B/C
96	1	Choroby wirusowe : zakażenie ośrodkowego układu nerwowego	N	C
	2	Inne wirusowe zakażenia	N	A/B/C
97	1	Zakażenie wirusem HIV	N	B/C
98	1	Grzybice skóry	Z/N	A/B
	2	Inne grzybice	Z/N	A/B
99	1	Robaczyce	N	A/B
100	1	Choroby wywołane przez pierwotniaki	N	A/B/C
101	1	Choroby tropikalne	N	A/B/C
102	1	Inne krwiopochodne zakażenia	N	B/C
103	1	Borelioza	N	B/C

Objaśnienia szczegółowe

Do § 90

Orzekać stan zdrowia funkcjonariusza nie wcześniej niż po 12 miesiącach leczenia (konsultacja pulmonologiczna).

Do § 92
Brucelloza, Leptospiroza.

Do § 93
Kiła wczesna, wrodzona, późna.

Do § 96 pkt 1
Przenoszone przez kleszcze, komary.

Do § 97 pkt. 5
Według tego paragrafu należy kwalifikować w zależności od poziomu limfocytów CD4 oraz stosunku limfocytów CD4 do limfocytów CD8

Do § 99
Tasiemczyca, bąblowica, włośnica.

Do § 102
Choroba ptasia, wąglik, gorączka Q.

Do § 103
Kwalifikacja zależnie od stopnia zaawansowania schorzenia w oparciu o opinię specjalisty chorób zakaźnych.

DZIAŁ XVIII - Nowotwory

1	2	3	4	5
104	1	Nowotwory niezłośliwe nieupośledzające sprawność ustroju	Z	A
	2	Nowotwory niezłośliwe szpecące lub powodujące zaburzenia czynności narządu i/lub upośledzające ogólną sprawność ustroju	N	A/B/C
105	1	Nowotwory złośliwe	N	C
	2	Stan po usunięciu nowotworów złośliwych i/lub po leczeniu chemioterapią lub radioterapią	N	B/C

Objaśnienia szczegółowe

Do § 104 i 105

W rozpoznaniu nowotworów bierze się pod uwagę obraz kliniczny, wyniki badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych oraz badania histopatologicznego gdy jest ono niezbędne i możliwe do wykonania.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia w sprawie wykazu chorób i ułomności na którego podstawie wydaje się orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym albo funkcjonariusza tej służby stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w przepisie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

Przepis ten upoważnia Prezesa Rady Ministrów do określenia, w drodze rozporządzenia, wykazu chorób i ułomności, wraz z kategoriami zdolności do służby, na którego podstawie jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata do służby albo funkcjonariusza tej służby, nakazując przy tym uwzględnienie potrzeby ustalenia w toku badania przez komisję lekarską przydatności i predyspozycji do służby z uwagi na charakter i warunki tej służby.

W aktualnym stanie zagadnienie to jest uregulowane w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2012 r. w sprawie oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz. U. 2012 r. poz. 668). Ze względu na uchylenie przepisu stanowiącego podstawę do jego wydania, ww. akt prawny straci moc z chwilą wejścia w życie przepisów nowej ustawy.

W odniesieniu do obowiązującego rozporządzenia, w projekcie zmieniono załącznik zawierający wykaz chorób i ułomności, wraz z kategoriami zdolności do służby, na którego podstawie jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia oraz o zdolności lub niezdolności kandydata do służby albo funkcjonariusza.

W trakcie prac nad niniejszym projektem dokonano analizy dotychczasowych uregulowań oraz potrzeby, wynikające ze zmian zaistniałych w toku działalności CBA. Zaproponowane zmiany wynikają ponadto z ustaleń zebranych w trakcie funkcjonowania służby oraz doświadczeń, nabytych przy określaniu zdolności do służby w CBA, a także problemów zgłaszanych przez komisje lekarskie orzekające w toku bieżącej współpracy.

W nowych przepisach dostosowano wykaz chorób i ułomności do rzeczywistych oczekiwań wobec kandydatów do służby w CBA oraz jej funkcjonariuszy. Uczyniono to, mając na uwadze różnorodność realizowanych przez funkcjonariuszy zadań.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów regulujących tryb kierowania do komisji lekarskich. Stanowi to istotną zmianę w stosunku do dotychczasowych przepisów i wynika z faktu przeniesienia tej materii do aktu prawnego rangi ustawowej oraz usunięcia upoważnienia do regulowania tego zagadnienia z delegacji ustawowej.

Projekt rozporządzenia nie podlega notyfikacji zgodnie z trybem przewidzianym w przepisach dotyczących sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych, ponieważ nie zawiera przepisów technicznych.

Projekt rozporządzenia nie był przedstawiany instytucjom i organom Unii Europejskiej oraz Europejskiemu Bankowi Centralnemu, celem uzyskania opinii, dokonania konsultacji lub uzgodnienia, zaś przepisy projektowanego rozporządzenia pozostają w zgodzie z prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie wykazu chorób i ułomności na którego podstawie wydaje się orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym albo funkcjonariusza tej służby **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Zastępca Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego – Pan Maciej Klepacz **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** 224371512	**Data sporządzenia** 3 marca 2014 r. **Źródło:** **Nr w wykazie prac** …….

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Brak wykazu chorób i ułomności, na którego podstawie wydaje się orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym albo funkcjonariusza tej służby, z powodu wejścia w życie nowych przepisów.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Ustalenie wykazu, stanowiącego podstawę do orzekania przez komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Z uwagi na specyfikę regulowanej materii porównanie rozwiązania problemu w innych krajach jest niecelowe.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Funkcjonariusze CBA	Maks. ok. 800 osób	Dane własne	Projekt zawiera wykaz chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności funkcjonariusza do

			służby w CBA.
Kandydaci do służby w CBA	Brak danych – ilość zmienna i trudna do oszacowania	Nie dotyczy	Projekt zawiera wykaz chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności kandydata do służby w CBA.
Komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych	Oszacowanie liczby komisji będzie możliwe po określeniu siedzib i obszarów właściwości terytorialnej rejonowych komisji lekarskich.		Projekt zawiera wykaz chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do służby, na podstawie których komisje wydają orzeczenie.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Z uwagi na bardzo wąski zakres oddziaływania, projekt rozporządzenia poddano wstępnej konsultacji z lekarzem orzecznikiem Centralnej Komisji Lekarskiej MSW.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z … r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**660 000 zł**
budżet państwa	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	660 000 zł
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**60 000**	**660 000 zł**
budżet państwa	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	660 000 zł
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Źródła finansowania	Budżet CBA											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Do przyjętych obliczeń przyjęto szacunkowy koszt wydania orzeczenia w wysokości 600 zł. Założenie to wynika z wysokości widełek w jakich kształtują się stawki za wydanie orzeczenia. Obecnie stawki te są ustalane indywidualnie i trudno przewidzieć jaki będzie koszt wydania orzeczenia po wejściu w życie projektowanych zmian.											

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z … r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Brak						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Brak						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Brak						
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)	Nie stwierdzono						
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

X nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak X nie ☐ nie dotyczy
Komentarz:	

9. Wpływ na rynek pracy

Nie stwierdzono wpływu na ww. obszar.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie

Omówienie wpływu	Nie stwierdzono wpływu na ww. obszary

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego
Rozwiązanie problemu zidentyfikowanego w punkcie 1 nastąpi z chwilą wejścia w życie projektu.
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?
Dokonanie przeglądu korzyści może zostać dokonane po upływie roku od wejścia w życie projektowanych rozwiązań. Miernikiem pozwalającym ustalić osiągnięty rezultat będzie liczba funkcjonariuszy, których niezdolność do służby powstaje w trakcie jej pełnienia, a także liczba zgłaszanych przez komisje lekarskie problemów pojawiających się w toku procesu orzeczniczego.
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Projekt

ROZPORZĄDZENIE

MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH[1)]

z dnia

w sprawie wykazu chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Biurze Ochrony Rządu.

Na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

1) wykaz chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata do służby albo funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej oraz Biura Ochrony Rządu, stanowiący załącznik nr 1;
2) wykaz chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata do służby albo funkcjonariusza Państwowej Straży Pożarnej, stanowiący załącznik nr 2.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER SPRAW WEWNĘTRZNYCH

[1)] Minister Spraw Wewnętrznych kieruje działem administracji rządowej – sprawy wewnętrzne, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych (Dz. U. Nr 248, poz. 1491).

Załączniki
do rozporządzenia
Ministra Spraw Wewnętrznych
z dnia ... (poz. …)

Załącznik nr 1

Wykaz chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności do służby kandydata albo funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej oraz Biura Ochrony Rządu

Paragraf	Punkt	Choroba i ułomność	Kategorie zdolności do służby w Policji, Straży Granicznej oraz Biurze Ochrony Rządu		
			Grupa I*	Grupa II*	Grupa III*
1	2	3	4	5	6
DZIAŁ I – BUDOWA CIAŁA					
1	1	Asteniczna budowa ciała nieupośledzająca sprawności ustroju	Z	A	Z
	2	Asteniczna budowa ciała upośledzająca sprawność ustroju	N	B	N
	3	Nadwaga nieupośledzająca sprawności ustroju	Z	A	Z
	4	Otyłość upośledzająca sprawność ustroju	N	A/B/C	N
	5	Feminizm, infantylizm, eunuchoidyzm, obojnactwo	N	C	N
	6	Odwrotne położenie trzewi, bez zaburzeń sprawności ustroju	Z	A	Z
	7	Odwrotne położenie trzewi z zaburzeniami sprawności ustroju	N	C	N

Objaśnienia szczegółowe

* Osoby badane przez komisje lekarskie dzieli się na 3 grupy:

grupa I (kolumna czwarta wykazu) obejmuje kandydatów do służby w Policji, Straży Granicznej oraz Biurze Ochrony Rządu,

grupa II (kolumna piąta wykazu) obejmuje funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej oraz Biura Ochrony Rządu,

grupa III (kolumna szósta wykazu) obejmuje funkcjonariuszy Policji ubiegających się o podjęcie służby oraz pełniących służbę bezpośrednio przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu,

funkcjonariuszy Straży Granicznej ubiegających się o podjęcie służby oraz pełniących służbę w Wydziale Zabezpieczenia Działań.

Do § 1 **pkt 1 i 2.** Asteniczną budowę ciała należy oceniać nie tylko na podstawie dysproporcji między wzrostem a ciężarem ciała, lecz biorąc pod uwagę stan umięśnienia oraz stan układu krążenia i układu oddechowego w oparciu o próby czynnościowe.

pkt 4. Kwalifikacji orzeczniczej dokonuje się na podstawie wskaźnika masy ciała (BMI) lub obwodu pasa. Ocenie podlega ogólna sprawność fizyczna, typ budowy ciała. Podstawa oceny: test Harwarda, test sprawności fizycznej.

pkt 6–7. W przypadku stwierdzenia całkowitego, odwrotnego położenia trzewi należy zwrócić uwagę na układ oddechowy i moczowy ze względu na często występujące w tych wypadkach rozstrzenia oskrzeli, zapalenie zatok przynosowych i wady rozwojowe nerek.

DZIAŁ II – SKÓRA, TKANKA PODSKÓRNA I WĘZŁY CHŁONNE					
1	2	3	4	5	6
2	1	Przewlekłe choroby skóry nieznacznie szpecące i nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	Z
	2	Przewlekłe choroby skóry miernie szpecące lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A	N
	3	Przewlekłe choroby skóry wybitnie szpecące lub upośledzające sprawność ustroju	N	B	N
3	1	Blizny nieznacznie szpecące nieupośledzające lub miernie upośledzające sprawność ustroju	Z/N	A	Z/N
	2	Blizny znacznie szpecące lub upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
	3	Blizny po samouszkodzeniach	N	A/B/C	N
4	1	Obrzęk limfatyczny nieupośledzający lub nieznacznie upośledzający sprawność ustroju	N	A/B	N
	2	Obrzęk limfatyczny znacznie upośledzający sprawność ustroju	N	C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 2. Nowotwory skóry należy kwalifikować według paragrafów Działu XVIII – Nowotwory.

pkt 1–3. Według tych punktów należy kwalifikować różnorodne przewlekłe uogólnione choroby skóry, jak: świerzbiączka uogólniona (wyprysk endogenny), wrodzone zaburzenia rogowacenia skóry znacznego stopnia (rogowiec dziedziczny, rybia łuska), wrodzone dziedziczne oddzielanie się naskórka, pęcherzyca, skóra pergaminowata barwnikowa, uogólnione i nawracające lub oporne na leczenie postacie łuszczycy.

Do § 3 **pkt 1.** W kwalifikacji orzeczniczej należy brać pod uwagę wielkość, lokalizację i szpecący charakter.

pkt 1 kolumna 6. Funkcjonariuszy Policji ubiegających się o podjęcie służby pełnionej bezpośrednio przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej ubiegających się o podjęcie służby w Wydziale Zabezpieczenia Działań należy kwalifikować jako niezdolnych, funkcjonariuszy Policji oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej pełniących tę służbę – jako niezdolnych albo zdolnych.

pkt 1–3. Według tych punktów należy kwalifikować m.in. tatuaże. Osoby z tatuażami należy kierować do poradni zdrowia psychicznego.

pkt 2. Przez „blizny upośledzające sprawność ustroju" należy rozumieć blizny utrudniające ruchomość stawów lub noszenie odzieży i oporządzenia, blizny połączone z ubytkami tkanek miękkich (po zranieniach, oparzeniach itp.) oraz blizny w miejscach narażonych na tarcie w czasie ruchów i chodzenia.

pkt 3. Osoby z bliznami po samouszkodzeniach należy kierować do poradni zdrowia psychicznego.

DZIAŁ III – CZASZKA					
1	2	3	4	5	6
5	1	Zniekształcenia czaszki nieupośledzające czynności układu nerwowego	Z	A	Z/N
	2	Zniekształcenia czaszki (guzy, wgniecenia), choroby i ubytki kości czaszki nieznacznie upośledzające czynności układu nerwowego	N	B/C	N
	3	Ubytki kości czaszki, zniekształcenia (guzy, wgniecenia) oraz choroby kości czaszki upośledzające czynność układu nerwowego	N	C	N
	4	Przepukliny mózgu	N	C	N
	5	Ciała obce w mózgu	N	C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 5 **pkt 1 kolumna 6.** Funkcjonariuszy Policji ubiegających się o podjęcie służby pełnionej bezpośrednio przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej ubiegających się o podjęcie służby w Wydziale Zabezpieczenia Działań należy kwalifikować jako niezdolnych.

DZIAŁ IV – NARZĄD WZROKU					
1	2	3	4	5	6
6	1	Przy ostrości wzroku oka lepiej widzącego nie mniej niż 0.8; oka gorzej widzącego nie mniej niż 0.5 bez korekcji (z korekcją 0,9- 1,0)	Z	A	N
	2	Przy ostrości wzroku każdego oka nie mniej niż 0.5 bez korekcji szkłami, dopuszczalna korekcja ± 2 Dsph i ± 1.0 Dcyl.	Z	A	N

	3	Przy ostrości wzroku każdego oka poniżej 0.5 dopuszczalna korekcja wyrównująca 0.9-1,0 ± 3 Dsph i ± 2.0 Dcyl. Dopuszczalna anizometria do 3D.	Z/N	A/B	N
	4	Przy ostrości wzroku każdego oka poniżej 0.5 z korekcją wyrównująca powyżej > ± 3 Dsph i > 2.0 Dcyl	N	B/C	N
7	1	Widzenie obuoczne nieprawidłowe.	N	B/C	N
8	1	Nieznaczne upośledzenie rozróżniania barw	Z	A	N
	2	Znaczne upośledzenie rozróżniania barw	N	C	N
9	1	Orientacyjne pole widzenia nieprawidłowe.	N	B/C	N
10	1	Nieprawidłowe widzenie zmierzchowe			N
11	1	Choroby oczodołów, powiek, spojówki, twardówki narządu łzowego upośledzające czynność oka.	N	B/C	N
12	1	Choroby rogówki, tęczówki, ciała rzęskowego, soczewki ciała szklistego upośledzające czynność oka.	N	B/C	N
13	1	Choroby naczyniówki, siatkówki i nerwu wzrokowego upośledzające czynność oka lub ograniczające możliwość wykonywania wysiłków fizycznych.	N	B/C	N
14	1	Jaskra.	N	B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 6 **pkt 1 kolumna 6.** Wymagana pełna ostrość wzroku bez korekcji.

pkt 2 kolumna 6. W przypadku stwierdzenia złej tolerancji korekcji lub braku adaptacji do niej, np. nigdy nie nosił szkieł okularowych lub soczewek kontaktowych, należy kwalifikować jako niezdolny.

pkt 3. W przypadku złej tolerancji korekcji lub braku adaptacji do niej, np. nigdy nie nosił szkieł okularowych lub soczewek kontaktowych, należy powtórzyć badanie.

Do § 7. Niezdolny do posługiwania się bronią palną.

Do § 8 **pkt 1.** Rozpoznaje podstawowe barwy (czerwoną, żółtą i zieloną) w lampie Wilczka.

Do § 9 **pkt 1.** Pole widzenia każdego oka nie mniej niż 90° od skroni 30° od nosa. Ubytki pola widzenia stwierdzone badaniem orientacyjnym należy potwierdzić perymetrycznie.

Do § 10. Na badanie widzenia zmierzchowego należy kierować funkcjonariuszy Policji ubiegających się o podjęcie służby lub pełniących służbę bezpośrednio przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej ubiegających się o podjęcie służby oraz pełniących służbę w Wydziale Zabezpieczenia Działań, w przypadku stwierdzenia w badaniu okulistycznym zmian na dnie oka sugerujących np. zwyrodnienie barwnikowe siatkówki etc.

Do § 14. Kwalifikacja orzecznicza wymaga konsultacji okulistycznej.

DZIAŁ V – NARZĄD SŁUCHU					
1	2	3	4	5	6
15	1	Wady wrodzone, choroby ucha zewnętrznego bez niedosłuchu	Z	A	Z
	2	Wady wrodzone, choroby ucha zewnętrznego z niedosłuchem	N	A/B/C	N
16	1	Choroby ucha środkowego bez niedosłuchu	Z/N	A/B	N
	2	Choroby ucha środkowego z niedosłuchem	N	B/C	N
17	1	Tympanoskleroza, otoskleroza z niedosłuchem	N	B/C	N
18	1	Jednostronny niedosłuch dla tonów wysokich	Z/N	A/B	Z/N
	2	Obustronny niedosłuch dla tonów wysokich	N	B/C	N
	3	Jednostronny niedosłuch w paśmie częstotliwości niskich i średnich	N	B/C	N
	4	Obustronny niedosłuch w paśmie częstotliwości niskich i średnich	N	B/C	N
19	1	Zaburzenia równowagi pochodzące z obwodowego narządu równowagi	N	C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 16 i 17. Kwalifikacja orzecznicza uzależniona jest od stwierdzonego stopnia niedosłuchu.

Do § 18 pkt 1. Kandydata z niedosłuchem dla częstotliwości wysokich w paśmie (od 3000Hz do 6000Hz) przy częstotliwości 4000Hz z ubytkiem słuchu do 25 dB kwalifikować jako zdolny.

pkt 1 kolumna 6. Funkcjonariuszy Policji ubiegających się o podjęcie służby pełnionej bezpośrednio przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej ubiegających się o podjęcie służby w Wydziale Zabezpieczenia Działań należy kwalifikować jako niezdolnych, funkcjonariuszy Policji oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej pełniących tę służbę – jako zdolnych.

pkt 3–4. Kwalifikacja orzecznicza powinna opierać się na klasyfikacji uszkodzenia słuchu w paśmie częstotliwości 500Hz, 1000Hz, 2000Hz i 3000Hz pasmo mowy):

1) do 25 dB – norma,
2) 25 dB – 40 dB – lekkie uszkodzenie słuchu,
3) 40 dB – 70 dB – umiarkowane uszkodzenie słuchu,
4) 70 dB – 90 dB – znaczne uszkodzenie słuchu,
5) 90 dB – 120 dB – głębokie uszkodzenie słuchu,
6) powyżej 120 dB – całkowita głuchota.

Wartość ubytku słuchu należy wyliczać jako średnią arytmetyczną z trzech progów częstotliwości. Konieczne jest wykonanie badania audiometrycznego oraz konsultacja laryngologiczna.

DZIAŁ VI – JAMA USTNA					
1	2	3	4	5	6
20	1	Choroby warg i jamy ustnej nieupośledzające mowy i przyjmowania pokarmów lub nieznacznie upośledzające mowę	Z	A	Z
	2	Choroby warg i jamy ustnej upośledzające mowę i przyjmowanie pokarmów	N	C	N
21	1	Zapalenie dziąseł i choroby przyzębia upośledzające mowę i przyjmowanie pokarmów	N	C	N
22	1	Torbiele okolicy jamy ustnej nieupośledzające mowy i połykania	Z/N	A	N
	2	Torbiele okolicy jamy ustnej upośledzające mowę i połykanie	N	B/C	N
23	1	Braki i wady uzębienia z utratą zdolności żucia powyżej 50% upośledzające mowę i stan odżywienia	N	B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 20. Kwalifikacja orzecznicza uzależniona jest od stopnia zaawansowania zmian.

Do § 22. Kwalifikacja orzecznicza uzależniona jest od stopnia zaawansowania zmian.

DZIAŁ VII – NOS, GARDŁO I KRTAŃ					
1	2	3	4	5	6
24	1	Wady wrodzone i nabyte nosa, zatok przynosowych nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	N
	2	Przewlekłe choroby, wady wrodzone i nabyte nosa, zatok przynosowych upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
25	1	Skrzywienie przegrody nosa nieupośledzające drożności nosa lub nieznacznie upośledzające	Z	A	Z/N
	2	Skrzywienie przegrody nosa upośledzające drożność nosa	N	B/C	N
26	1	Alergiczne nieżyty górnych dróg oddechowych nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	N
	2	Alergiczne nieżyty górnych dróg oddechowych upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N

27	1	Wady wymowy nieupośledzające zdolności porozumiewania się	Z	A	Z
	2	Wady wymowy upośledzające zdolność porozumiewania się	N	B/C	N
28	1	Wady wrodzone i nabyte gardła, krtani, tchawicy nieupośledzające sprawności organizmu	Z	A	N
	2	Przewlekłe choroby, wady wrodzone i nabyte gardła, krtani, tchawicy upośledzające sprawność organizmu	N	B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 24. Według tego paragrafu należy kwalifikować takie choroby, jak: polipy nosa, przerosty małżowin nosowych, zwężenia, zawinięcia nozdrzy tylnych, przednich, przewlekłe zapalenie zatok przynosowych, torbiele zatok, nieżyty błony śluzowej zatok.

Do § 24 i 25. Według tych paragrafów należy kwalifikować choroby upośledzające sprawność ustroju takie, jak: stałe, znacznego stopnia upośledzenie oddychania przez nos prowadzące do przewlekłych schorzeń uszu, gardła, zatok, nosa i krtani, bezdechu nocnego.

Do § 25 pkt 1 kolumna 6. Funkcjonariuszy Policji ubiegających się o podjęcie służby pełnionej bezpośrednio przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej ubiegających się o podjęcie służby w Wydziale Zabezpieczenia Działań należy kwalifikować jako niezdolnych, funkcjonariuszy policji oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej pełniących tę służbę – jako niezdolnych albo zdolnych.

Do § 26 pkt 2. Funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej lub Biura Ochrony Rządu, u którego stwierdzono występowanie znacznego stopnia upośledzenie sprawności ustroju należy kwalifikować jako niezdolnego.

Do § 28. Według tego paragrafu należy kwalifikować blizny gardła, krtani, tchawicy, nieżyty błony śluzowej gardła, krtani, przerost migdałków podniebiennych.

pkt 2. Funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej lub Biura Ochrony Rządu, u którego stwierdzono występowanie znacznego stopnia upośledzenie sprawności ustroju należy kwalifikować jako niezdolnego.

DZIAŁ VIII – UKŁAD ODDECHOWY					
1	2	3	4	5	6
29	1	Przewlekła obturacyjna choroba płuc (przewlekłe zapalenie oskrzeli lub rozedma płuc) – POCHP postać łagodna	N	A/B	N
	2	przewlekła obturacyjna choroba płuc (przewlekłe zapalenie oskrzeli lub rozedma płuc) – POCHP postać umiarkowana	N	B/C	N
	3	POCHP postać ciężka i bardzo ciężka	N	C	N

	4	Astma oskrzelowa sporadyczna	N	A	N
	5	Astma oskrzelowa przewlekła, łagodna	N	B	N
	6	Astma oskrzelowa przewlekła umiarkowana	N	B/C	N
	7	Astma oskrzelowa przewlekła ciężka	N	C	N
	8	Rozstrzenie oskrzeli – dotyczące mniej niż jednego płata płuca	N	B/C	N
	9	Rozstrzenie oskrzeli – dotyczące więcej niż jednego płata płuca	N	C	N
30	1	Śródmiąższowe choroby płuc bez upośledzenia sprawności czynnościowej ustroju	N	A	N
	2	Śródmiąższowe choroby płuc upośledzające sprawność czynnościową ustroju	N	B/C	N
	3	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych nie upośledzające wydolności oddechowo-krążeniowej	N	A	N
	4	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych nieznacznie upośledzające wydolność oddechowo-krążeniową	N	B/C	N
	5	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych znacznie upośledzające wydolność oddechowo-krążeniową	N	C	N
	6	Przebyta odma samoistna pierwotna	N	B/C	N
	7	Przebyta odma samoistnie nawrotowa	N	C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 29 **pkt 1–3.** POCHP badanie spirometryczne potwierdzi obecność obturacji oskrzeli. Wartości spirometryczne poparte próbą rozkurczową. Wskaźnik FEV1 % VC mniejszy niż 70% oznacza obturacyjną chorobę dróg oddechowych.

Rozpoznanie w zależności od wartości FEV1 i FVC:

1) postać lekka POCHP gdy FEV□/FVC < 70%; FEV□ ≥ 80%, objawy obecne lub nie,

2) postać umiarkowana POCHP gdy FEV□/FVC < 70%; 60% ≤ FEV□ < 80%, objawy obecne lub nie,

3) postać ciężka gdy POCHP FEV□/FVC < 70%; 40% ≤ FEV□ < 60%, objawy obecne lub nie,

4) postać bardzo ciężka POCHP gdy FEV□/FVC < 70%; FEV□<40% lub przewlekła niewydolność oddechowa, prawokomorowa niewydolność serca (zespół płucno-sercowy).

pkt 4. Astma oskrzelowa sporadyczna:

1) objawy dzienne – mniej niż raz w tygodniu,

2) objawy nocne – ≤ 2 razy w miesiącu,

3) PEF lub FEV ≤ 80%,

4) zmiana PEF < 20%.

pkt 5. Astma oskrzelowa przewlekła, łagodna:

1) objawy dzienne więcej niż raz w tygodniu, ale mniej niż raz dziennie, mogą zaburzać sen i utrudniać dzienną aktywność,

2) objawy nocne więcej niż dwa razy w miesiącu,

3) PEF lub FEV ≤ 80%,

4) zmiana PEF 20–30%.

pkt 6. Astma oskrzelowa przewlekła umiarkowana:

1) objawy dzienne – prawie codziennie, konieczność inhalowania krótko działającego B2 minetyku, codzienne zaostrzenia mogą zaburzać sen i utrudniać codzienną aktywność,

2) objawy nocne – więcej niż raz w tygodniu,

3) PEF lub FEV 60–80%,

4) zmiana PEF > 30%.

pkt 7. Astma oskrzelowa przewlekła ciężka:

1) objawy dzienne – codziennie częste zaostrzenia ograniczające aktywność fizyczną,

2) objawy nocne – częste,

3) PEF lub FEV ≤ 60%,

4) zmiana PEF > 30%.

pkt 8–9. Ocena orzecznicza wymaga konsultacji pulmonologicznej.

Do § 30 **pkt 1 i 2.** Według tych punktów należy kwalifikować schorzenia obejmujące zmiany płucne w chorobach tkanki łącznej pneumopatie, reakcje polekowe, choroby zawodowe – pylice (krzemice, azbestowe, beryloza), AZPP (alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych), samoistne włóknienie płuc, sarkoidozę i inne rzadkie choroby płuc. Ocena orzecznicza wymaga konsultacji pulmonologicznej.

pkt 3–5. Za ubytek tkanki płucnej nie upośledzający sprawności ustroju uważa się brak jednego segmentu.

DZIAŁ IX – INNE CHOROBY WEWNĘTRZNE					
1	2	3	4	5	6
31	1	Niedokrwistości niedoborowe	Z/N	A/B/C	N
	2	Niedokrwistości hemolityczne	N	B/C	N
	3	Niedokrwistości aplastyczne	N	C	N
	4	Nadkrwistość	N	B/C	N
	5	Zaburzenia krzepnięcia	N	A/B/C	N

32	1	Choroby układu białokrwinkowego	N	A/B/C	N
	2	Zaburzenia czynności krwinek białych	N	A/B/C	N
	3	Choroby dotyczące układu siateczkowo--śródbłonkowego i chłonnego	N	B/C	N
	4	Upośledzenie odporności i defekty immunologiczne	N	C	N
	5	Choroby śledziony	N	B/C	N
	6	Pooperacyjny brak śledziony bez zmian we krwi	N	B/C	N
33	1	Niedobory osoczowych czynników krzepnięcia wrodzone i nabyte	N	C	N
	2	Immunokoagulopatie	N	B/C	N
	3	Skazy krwotoczne naczyniowe	N	B/C	N
	4	Skazy krwotoczne w przebiegu chorób tkanki łącznej	N	A/B/C	N
	5	Skazy krwotoczne płytkowe : Trombocytopenie, Trombocytemie	N	A/B/C	N
	6	Inne zaburzenia krzepnięcia	N	B/C	N
34	1	Skaza moczanowa (dna)	N	B/C	N
	2	Chondrokalcynoza – nieznacznie lub znacznie upośledzająca sprawność ustroju	N	B/C	N
35	1	Układowe choroby tkanki łącznej – kolagenozy nieznacznie upośledzające stan zdrowia	N	B	N
	2	Układowe choroby tkanki łącznej – kolagenozy znacznie upośledzające stan zdrowia	N	C	N
36	1	Martwicze zapalenie naczyń i inne waskulopatie	N	B/C	N
37	1	Zapalenie stawów kręgosłupa i inne seronegatywne zapalenia stawów	N	B/C	N
38	1	Reaktywne zapalenie stawów	N	A/B/C	N
39	1	Fibromialgia	N	B	N
40	1	Zespół metaboliczny nieznacznie upośledzający stan zdrowia	N	A/B	N
	2	Zespół metaboliczny znacznie upośledzający stan zdrowia	N	B/C	N
41	1	Inne choroby przemiany materii nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	A/B	N

	2	Inne choroby przemiany materii znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
42	1	Inne nieprawidłowe badania biochemiczne wymagające obserwacji lub/i diagnostyki	N		N
	2	Odchylenia w badaniu przedmiotowym od stanu prawidłowego wymagające dalszej obserwacji lub/i diagnostyki	N		N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 31 **pkt 1.** Kwalifikacja orzecznicza wymaga konsultacji hematologicznej.

pkt 4. Erytremia. Konieczna konsultacja hematologiczna.

pkt 5. Małopłytkowość. Dziedziczne niedobory czynników krzepnięcia. Rozpoznane schorzenia powinny być potwierdzone dokumentacją medyczną z poradni hematologicznej.

Do § 32 **pkt 2.** Nieprawidłowy rozmaz. Nieprawidłowa budowa krwinek. Zaburzenia czynności granulocytów.

pkt 5. Hypersplenizm w przebiegu innych chorób.

Do § 33 **pkt 1.** Niedobór czynników od I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XII. Choroba Willebranda.

pkt 3. Według tego punktu należy kwalifikować chorobę Rendu-Oslera.

pkt 4. Według tego punktu należy kwalifikować zespół Marfana i inne.

pkt 5. Samoistna, polekowa plamica płytkowa, obniżony poziom płytek. Podwyższony poziom płytek powyżej 450 tys. Nieprawidłowa budowa i czynność płytek przy prawidłowej ich ilości.

Do § 34 **pkt 1.** Dotyczy osób bez powikłań narządowych.

pkt 2. Dotyczy osób z powikłaniami narządowymi skazy moczanowej (artropatia dnawa, zmiany w układzie moczowym – kamica, stany zapalne, guzki dnawe), niezależnie od aktualnej wartości kwasu moczowego w surowicy krwi.

Do § 35 **pkt 1 i 2.** Według tych punktów należy kwalifikować takie choroby, jak: RZS, toczeń rumieniowaty układowy (SLE), zapalenie skórno-mięśniowe i wielomięśniowe, twardzina układową, zespół Siörgena. Podstawę orzekania stanowi konsultacja reumatologiczna lub obserwacja szpitalna.

Do § 37 **pkt 1.** Według tego punktu należy kwalifikować takie choroby, jak: łuszczycowe zapalenie stawów, zespół Reitera, zapalenie stawów towarzyszące enteropatiom, zapalenie kostno-stawowe towarzyszące zmianom kostkowym dłoni i stóp oraz zapalenie stawów towarzyszące różnym formom trądziku skóry. Ocena orzecznicza wymaga konsultacji reumatologicznej. W przypadku zajęcia skóry ocena orzecznicza wymaga konsultacji dermatologicznej.

DZIAŁ X – UKŁAD KRĄŻENIA					
1	2	3	4	5	6
43	1	Choroby mięśnia sercowego w okresie wydolności (NYHA I)	N	A	N

	2	Choroby mięśnia sercowego w okresie wydolności serca (NYHA II)	N	B	N
	3	Choroby mięśnia sercowego w okresie wydolności serca (NYHA III i IV)	N	C	N
	4	Choroba niedokrwienna serca stabilna	N	A/B	N
	5	Choroba niedokrwienna serca niestabilna	N	B/C	N
	6	Zaburzenia rytmu, przewodzenia i automatyzmu łagodne	N	A/B	N
	7	Zaburzenia rytmu, przewodzenia i automatyzmu ciężkie	N	B/C	N
	8	Wady wrodzone serca i wielkich naczyń nie skorygowane lub niedostatecznie skorygowane	N	B/C	N
	9	Wady wrodzone serca i wielkich naczyń całkowicie skorygowane	Z/N	A	N
	10	Wady zastawkowe serca i wielkich naczyń łagodne	N	A/B	N
	11	Wady zastawkowe serca i wielkich naczyń zaawansowane	N	C	N
	12	Zespół wypadania płatka zastawki dwudzielnej	N	A	N
	13	Choroby wsierdzia	N	B/C	N
	14	Choroby osierdzia	N	B/C	N
	15	Omdlenia i utraty świadomości	N	B/C	N
	16	Inne choroby serca i objawy chorób serca	N	B/C	N
44	1	Nadciśnienie tętnicze łagodne i umiarkowane	N	A/B	N
	2	Nadciśnienie tętnicze ciężkie i bardzo ciężkie	N	C	N
	3	Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	N
	4	Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych nieznacznie i znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
	5	Choroby naczyń żylnych znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
	6	Inne choroby naczyń upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
	7	Przewlekłe leczenie przeciwzakrzepowe	N	B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 43 **pkt 1–3.** Obejmuje kardiomiopatię, a także osoby po niedawno przebytym ostrym zapaleniu mięśnia sercowego (12 miesięcy).

pkt 3. Oceny orzeczniczej dokonuje się na podstawie obecności obiektywnych cech dysfunkcji serca w powiązaniu z klasą niewydolności serca – II, III lub IV – wg NYHA (New York Heart Association). Potwierdzenie badaniami dodatkowymi (Echo serca)

pkt 4. Rozpoznanie ustala się w oparciu o ocenę objawów choroby oraz pogłębioną diagnostykę.

pkt 5. Do grupy podwyższonego ryzyka zalicza się osoby, u których dławica znacznie ogranicza lub uniemożliwia zwykłą aktywność fizyczną – III lub IV klasa wg CCS (Canadiun Cardiovascular Society), a ponadto stwierdza się istotne zmiany w badaniach dodatkowych: dodatni test wysiłkowy EKG z ograniczeniem tolerancji wysiłku i/lub w badaniu echokardiograficznym – cechy upośledzenia funkcji lewej komory z frakcją wyrzutową poniżej 40%, w badaniach obciążeniowych (próba echokardiograficzna lub scyntygraficzna) – zaburzenia kurczliwości lub ubytki perfuzji mięśnia sercowego oraz rozstrzeń lewej komory, w badaniu rtg klatki piersiowej powiększenie sylwetki serca i cechy zastoju płucnego, w koronarografii obecność choroby wielonaczyniowej.

Osoby po przebyciu ostrego zespołu wieńcowego (zawał serca, niestabilna dławica piersiowa) należy oceniać według aktualnego stanu choroby wieńcowej. Osoby po zabiegach rewaskularyzacyjnych (PCI, CABG) ocenia się wg aktualnego stanu choroby wieńcowej oraz ewentualnej konieczności przewlekłego stosowania leków pozakrzepowych.

pkt 6. Według tego punktu należy kwalifikować zaburzenia bezobjawowe, nie powodujące zaburzeń hemodynamicznych, nie upośledzające wydolności fizycznej, nie stanowiące potencjalnego zagrożenia, nie wymagające leczenia – po wykluczeniu choroby serca przy pomocy badań pomocniczych (badanie echokardiograficzne i test wysiłkowy EKG). Według tego punktu kwalifikuje się stwierdzane w przeszłości arytmie.

Nieliczne pobudzenia przedwczesne nadkomorowe, nieliczne pobudzenia przedwczesne komorowe, bloki przedsionkowo-komorowe I stopnia z wąskimi zespołami komorowymi, izolowane bloki jednowiązkowe, izolowany niepełny blok prawej odnogi pęczka Hisa, niewielka bradykardia lub tachykardia u ludzi młodych mogą być traktowane jako wariant normy.

pkt 7. Osoby po elektroterapii (kardiowersja, defibrylacja, ablacja ogniska arytmii, wszczepienie stymulatora lub kardiowertera - stymulatora) ocenia się zależnie od aktualnego stanu choroby, decyduje stopień korekcji zaburzeń. U osób z implantowanymi układami stymulującymi uwzględnia się ewentualne ryzyko ich uszkodzenia.

Zaburzenia nawracające, objawowe, powodujące istotne objawy hemodynamiczne, wymagające leczenia, potencjalnie niebezpieczne, upośledzające wydolność fizyczną.

pkt 8 i 9. Oceny orzeczniczej należy dokonywać z uwzględnieniem aktualnego stanu wydolności krążenia.

pkt 10. Bezobjawowe, nie powodujące istotnych zaburzeń hemodynamicznych, nie upośledzające wydolności fizycznej.

pkt 11. Objawowe, powodujące istotne zmiany hemodynamiczne, z powikłaniami, upośledzające wydolność fizyczną. Osoby po leczeniu operacyjnym (wymiana zastawki, zastawek) i innych zabiegach naprawczych należy kwalifikować zależnie od aktualnego stanu hemodynamicznego i stosowanego leczenia przeciwzakrzepowego.

pkt 12. Wypadanie płatka płatków zastawki mitralnej bezobjawowe, bez zaburzeń rytmu, bez powikłań i bez niedomykalności mitralnej lub ze śladową jedynie jej niedomykalnością – nie kwalifikuje się jako dysfunkcji zastawki. Dysfunkcja zastawki z wypadaniem płatka kwalifikować należy z punktu 10.

pkt 13. Dotyczy także stanów po świeżo przebytym infekcyjnym zapaleniu wsierdzia u pacjentów z dużym ryzykiem nawrotu choroby oraz okresu profilaktyki wtórnej gorączki reumatycznej.

pkt 14. Dotyczy także osób po niedawno przebytym ostrym zapaleniu, szczególnie osób z dużym ryzykiem nawrotu.

pkt 15. Według tego punktu należy kwalifikować zaburzenia pochodzenia sercowo--naczyniowego.

pkt 16. „Serca sportowca" nie kwalifikuje się jako stanu chorobowego, rozpoznaje się po wykluczeniu chorób serca przez lekarza kardiologa.

Do § 44 pkt 1. Przy rozpoznawaniu nadciśnienia tętniczego u kandydatów do służby należy uwzględnić pomiary ambulatoryjne dokonywane przez pracowników służby zdrowia i inne badania np. pomiary całodobowe ciśnienia metodą Holtera, wynik badania Echo.

Do § 44 pkt 2. Dotyczy osób z ciężkim, opornym nadciśnieniem tętniczym, utrzymującym się mimo intensywnego, kompleksowego leczenia, z towarzyszącą chorobą sercowo – naczyniową (chorobą niedokrwienna serca, niewydolnością serca, udarem niedokrwiennym mózgu, krwotokiem mózgowy, napadami przemijającego niedokrwienia mózgu), uszkodzeniem nerek (niewydolnością, białkomoczem, nefropatią cukrzycową), chorobą tętnic obwodowych, zaawansowaną retinopatią (okres III i IV wg K-W). Długotrwałą cukrzycę należy traktować jako dodatkowo czynnik obciążający, należy wykonać badanie Echo serca.

Do § 44 pkt 5. Według tego punktu należy kwalifikować choroby układu żylnego, w tym m.in. zakrzepowe zapalenia żył oraz zespoły pozakrzepowe.

DZIAŁ XI – UKŁAD TRAWIENNY					
1	2	3	4	5	6
45	1	Choroby organiczne i czynnościowe przełyku nie upośledzające sprawności ustroju (zwężenia, uchyłki itp.)	Z	A	Z/N
	2	Choroby organiczne przełyku upośledzające sprawność ustroju (zwężenia, uchyłki, owrzodzenia, choroba refluksowa przełyku)	N	B/C	N
46	1	Przewlekły nieżyt żołądka, dwunastnicy lub jelit, z upośledzeniem sprawności ustroju	N	B	N
	2	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy bez upośledzenia sprawności	Z/N	A	Z/N
	3	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy z licznymi nawrotami z upośledzeniem wagi ciała lub z wrzodem powikłanym krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego	N	B/C	N

	4	Stan po częściowej resekcji żołądka z powodu wrzodu lub innych przyczyn, bez upośledzenia sprawności ustroju	Z/N	A	Z/N
	5	Stan po częściowej resekcji żołądka z powodu wrzodu lub innych przyczyn, z upośledzeniem sprawności ustroju, lub całkowity pooperacyjny brak żołądka	N	C	N
	6	Stan po zabiegach operacyjnych na jelitach (resekcje itp.), bez zaburzeń sprawności ustroju. Ileum terminale	Z/N	A	N
	7	Stan po zabiegach operacyjnych na jelitach (resekcje itp.), z zaburzeniami sprawności ustroju	N	B/C	N
	8	Choroby czynnościowe przewodu pokarmowego	N	A/B	N
	9	Zmiany organiczne jelit nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B	N
	10	Zmiany organiczne jelit znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
	11	Przetoki jelitowe zewnętrzne upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
	12	Zaburzenie wchłanianie jelitowe	N	A/B/C	N
47	1	Przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych, upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
	2	Kamica żółciowa lub inne choroby dróg żółciowych	N	A/B	N
	3	Stan po usunięciu pęcherzyka żółciowego	Z/N	A/B/C	Z/N
	4	Przewlekłe zapalenie wątroby typu B, C i innych nie upośledzające sprawności ustroju	N	B	N
	5	Przewlekłe zapalenie wątroby upośledzające sprawność ustroju (niedokrwistość, żółtaczka)	N	C	N
	6	Przewlekłe choroby wątroby powstałe w przebiegu innych chorób upośledzające sprawność ustroju (bąblowiec wątroby, sarkoidoza, choroby spichrzeniowe, gruźlica wątroby)	N	C	N
	7	Marskość wątroby	N	B/C	N
	8	Nieaktywny nosiciel HBs Ag+, HCV, HIV	N	B/C	N
	9	Ozdrowieńcy po wirusowym zapaleniu wątroby bez uszkodzenia wątroby	Z	A/B	Z

	10	Przebyte pourazowe uszkodzenie wątroby w okresie wydolności	Z/N	A/B	N
48	1	Przewlekłe choroby trzustki	N	B/C	N
49	1	Przepukliny w obrębie j. brzusznej	N	A/B	N
	2	Przepukliny w bliźnie pooperacyjnej lub nawrotowe	N	B/C	N
50	1	Szczeliny i przetoki odbytnicy lub okolicy odbytu i inne choroby odbytu	N	A/B/C	N
	2	Guzy krwawnicze odbytu z owrzodzeniami	N	A/B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 45 **pkt 1 kolumna 6.** Funkcjonariuszy Policji ubiegających się o podjęcie służby pełnionej bezpośrednio przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej ubiegających się o podjęcie służby w Wydziale Zabezpieczenia Działań należy kwalifikować jako niezdolnych, funkcjonariuszy Policji oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej pełniących tę służbę – jako niezdolnych albo zdolnych.

Do § 46 **pkt 2–3.** Rozpoznanie choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy powinno być oparte na badaniu endoskopowym oraz teście H. Pylori z ostatnich 6 miesięcy.

pkt 2 i 4 kolumna 6. Funkcjonariuszy Policji ubiegających się o podjęcie służby pełnionej bezpośrednio przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej ubiegających się o podjęcie służby w Wydziale Zabezpieczenia Działań należy kwalifikować jako niezdolnych, funkcjonariuszy Policji oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej pełniących tę służbę – jako niezdolnych albo zdolnych.

pkt 7. Osoby z nawracającymi biegunkami, trudno poddającymi się leczeniu farmakologicznemu lub objawami zespołu upośledzonego wchłaniania.

pkt 8. Według tego punktu należy kwalifikować:

1) choroby czynnościowe żołądka i dwunastnicy:
   a) dyspepsja czynnościowa,
   b) zaburzenia odbijania,
   c) nudności i wymioty,
   d) zespół przeżuwania u dorosłych;
2) choroby czynnościowe jelit:
   a) zespół jelita wrażliwego (IBS),
   b) wzdęcia czynnościowe,
   c) zaparcia czynnościowe,
   d) nieokreślone zaburzenia czynnościowe;
3) zespół czynnościowego bólu brzucha (FAPS);
4) choroby czynnościowe pęcherzyka żółciowego i zwieracza Oddiego;
5) choroby czynnościowe odbytu i odbytnicy.

pkt 9 i 10. Według tych punktów należy kwalifikować chorobę Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i inne choroby zapalne jelit.

pkt 12. Według tego punktu należy kwalifikować upośledzone wchłanianie węglowodanów, tłuszczów, aminokwasów, witamin i jonów np. celiakia, choroba Diusinga, choroba Whipple'a.

Do § 47 **pkt 2.** Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone cholecystografią lub cholangiografią lub USG.

pkt 3. Według tych punktów należy kwalifikować stany po operacjach pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych, zależnie od stopnia utrzymujących się dolegliwości ograniczających sprawność ustroju.

pkt 3 kolumna 6. Funkcjonariuszy Policji ubiegających się o podjęcie służby pełnionej bezpośrednio przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej ubiegających się o podjęcie służby w Wydziale Zabezpieczenia Działań należy kwalifikować jako niezdolnych, funkcjonariuszy Policji oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej pełniących tę służbę – jako niezdolnych albo zdolnych.

pkt 4–7. Rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby powinno zostać potwierdzone konsultacją specjalistyczną.

pkt 9. Dotyczy nieaktywnych nosicieli HBs dodatni HBV DNA ujemny, ALT - N. HCV RNA ujemny, ALT – N.

Do § 48 **pkt 1.** Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone badaniami: USG jamy brzusznej, enzymy trzustkowe, krzywa cukrowa.

DZIAŁ XII – CHOROBY UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO					
1	2	3	4	5	6
51	1	Skrzywienie i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte nieupośledzające sprawności organizmu	Z/N	A	Z/N
	2	Skrzywienie i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte upośledzające sprawność organizmu	N	A/B/C	N
52	1	Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa	N	B/C	Z/N
	2	Inne choroby kręgosłupa upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	Z/N
53	1	Choroby zwyrodnieniowe stawów nieznacznie upośledzające sprawność organizmu	N	A/B	N
	2	Choroby zwyrodnieniowe stawów znacznie upośledzające sprawność organizmu	N	B/C	N
54	1	Choroby zapalne stawów obwodowych nieznacznie upośledzające sprawność organizmu	N	A/B	N
	2	Choroby zapalne stawów obwodowych znacznie upośledzające sprawność organizmu	N	B/C	N
55	1	Pourazowe uszkodzenia stawów	N	B/C	N

		obowodowych i kręgosłupa upośledzające sprawność organizmu			
56	1	Choroby tkanek miękkich upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
57	1	Osteoporoza bez patologicznego złamania	N	A/B	N
	2	Osteoporoza ze złamaniem patologicznym	N	C	N
58	1	Inne choroby kości i chrząstki	N	A/B/C	Z/N
59	1	Zniekształcenie kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach i po stanach zapalnych), bez upośledzenia sprawności	Z/N	A	Z/N
	2	Zniekształcenie kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach i po stanach zapalnych), upośledzające sprawność	N	B/C	N
60	1	Brak kończyny górnej	N	C	N
	2	Brak kończyny dolnej	N	C	N
	3	Skrócenie kończyny dolnej powyżej 2 cm z upośledzeniem sprawności ruchowej	N	B/C	N
61	1	Zwichnięcie nawykowe	N	B/C	N
	2	Stan po operacji zwichnięć nawykowych	N	A/B/C	N
62	1	Stopa płaska lub wydrążona bez upośledzenia sprawności	Z	A	Z
	2	Stopa płaska, koślawa lub wydrążona miernie upośledzająca sprawność	Z/N	A/B	N
	3	Stopa szpotawa, końska, piętowa i inna, znacznie lub wybitnie upośledzająca sprawność	N	C	N
63	1	Poszerzenia żylne bez upośledzenia sprawności organizmu	Z	A	Z
	2	Żylaki kończyn bez upośledzenia sprawności organizmu	Z/N	A	N
	3	Żylaki ze zmianami troficznymi i/lub owrzodzeniami	N	B/C	N
64	1	Braki palców stóp	N	B/C	N
65	1	Braki palców rąk nieznacznie upośledzające chwyt	N	B/C	N
	2	Braki palców rąk upośledzające chwyt	N	C	N
	3	Częściowe braki palców rąk bez upośledzenia chwytu	Z/N	A	Z/N

	4	Częściowe braki palców rąk z upośledzeniem chwytu	N	B/C	N
	5	Ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz bez upośledzenia chwytu	Z/N	A	Z/N
	6	Ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz z upośledzeniem chwytu	N	B/C	N
	7	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe bez upośledzenia chwytu	Z/N	A/B/C	N
	8	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe z upośledzeniem chwytu	N	B/C	N
66	1	Kręcz szyi	N	B/C	N
	2	Zniekształcenia lub ubytki klatki piersiowej upośledzające sprawność	N	B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 52. Kwalifikacji orzeczniczej dokonuje się w oparciu o objawy kliniczne, stopień uszkodzenia organizmu i jego funkcjonowania. Rozpoznanie powinno opierać się na dokumentacji z leczenia szpitalnego lub w poradni specjalistycznej. Diagnostyka obrazowa pełni funkcję pomocniczą.

Do § 52 pkt 2. Według tego punktu należy kwalifikować m.in.: pourazową spondylozę, zespół wąskiego kanału kręgowego i chorobę Forestiera.

Do § 52 pkt 1 i 2. kolumna 6. Funkcjonariuszy Policji ubiegających się o podjęcie służby pełnionej bezpośrednio przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej ubiegających się o podjęcie służby w Wydziale Zabezpieczenia Działań należy kwalifikować jako niezdolnych, funkcjonariuszy Policji oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej pełniących tę służbę – jako niezdolnych albo zdolnych. Konieczna konsultacja ortopedyczna.

Do § 56 Według tego paragrafu należy kwalifikować entezopatie, choroby kaletek maziowych, stany po urazach układu mięśniowo – więzadłowego.

Do § 58 Według tego paragrafu należy kwalifikować m.in. zapalenie kości i szpiku, martwicę kości (np. choroba Perthesa), chorobę Pageta, osteochondrozę stawu barkowego i miednicy, osteochondrozy młodzieńcze, osteomalację i inne zaburzenia mineralizacji kości.

Do § 58 pkt 1 i § 59 pkt 1. Funkcjonariuszy Policji ubiegających się o podjęcie służby pełnionej bezpośrednio przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej ubiegających się o podjęcie służby w Wydziale Zabezpieczenia Działań należy kwalifikować jako niezdolnych, funkcjonariuszy Policji oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej pełniących tę służbę – jako niezdolnych albo zdolnych. Konieczna konsultacja ortopedyczna.

Do § 63 pkt 2. Kwalifikacja orzecznicza wymaga konsultacji chirurgicznej.

Do § 65 pkt. 3 i 5. Funkcjonariuszy Policji ubiegających się o podjęcie służby pełnionej bezpośrednio przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej ubiegających się o podjęcie służby w Wydziale Zabezpieczenia Działań należy kwalifikować jako niezdolnych, funkcjonariuszy Policji oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej pełniących tę służbę – jako niezdolnych albo zdolnych. Konieczna konsultacja ortopedyczna.

DZIAŁ XIII – CHOROBY UKŁADU WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO					
1	2	3	4	5	6
67	1	Choroby tarczycy bez zmian czynności gruczołu z wolem lub bez nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	N
	2	Choroby tarczycy ze zmianą czynności gruczołu z wolem lub bez upośledzające sprawność ustroju	N	A/B/C	N
	3	Eutyroza wymagająca stałej substytucji	N	A	N
	4	Choroba Graves-Basedowa	N	B/C	N
68	1	Choroby przysadki mózgowej	N	B/C	N
	2	Choroby nadnerczy	N	B/C	N
	3	Choroby gruczołów przytarczycznych	N	B/C	N
	4	Cukrzyca typ I (insulinozależna)	N	B/C	N
	5	Cukrzyca typ II i inne postacie cukrzycy	N	B/C	N
	6	Zaburzenia przemiany węglowodanowej nie wymagające stosowania leków przeciwcukrzycowych	N	A/B	N
	7	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B	N
	8	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
	9	Choroby grasicy	N	C	N
	10	Zaburzenia czynności jajnika	Z/N	A	N
	11	Zaburzenia czynności jąder	Z/N	A	N
69	1	Choroby metaboliczne, porfirie, fenyloketonurie, choroby spichrzeniowe	N	C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 67 **pkt 1.** Według tego punktu należy kwalifikować powiększenie gruczołu tarczowego nie upośledzające przepływu powietrza w drogach oddechowych w czasie wysiłku fizycznego i nie dające objawów uciskowych na narządy sąsiednie (przełyk, tchawica).

pkt 2. Powiększenie gruczołu tarczowego stwierdzone palpacyjnie lub wole zamostkowe upośledzające przepływ powietrza w drogach oddechowych (zaburzenia wentylacji, stridor, zaburzenia ruchomości strun głosowych) w czasie spoczynku lub po wysiłku fizycznym albo dające objawy uciskowe na narządy sąsiednie w badaniu rentgenowskim klatki piersiowej.

pkt 2 i 3. Według tych punktów należy kwalifikować wszystkie postacie nadczynności tarczycy poza chorobą Graves-Basedowa w okresie remisji oraz niedoczynności tarczycy

wyrównane leczeniem substycyjnym, wrodzony zespół niedoboru jodu, subkliniczną niedoczynność tarczycy z powodu niedoboru jodu, wole nietoksyczne, zapalenie tarczycy.

pkt 4. Kwalifikacja orzecznicza powinna opierać się na dokumentacji leczenia szpitalnego lub w poradni specjalistycznej.

Do § 68. Zaburzenia hormonalne u kobiet dotyczące gruczołów płciowych należy kwalifikować zgodnie z oceną lekarza endokrynologa bądź lekarza ginekologa.

DZIAŁ XIV – UKŁAD NERWOWY					
1	2	3	4	5	6
70	1	Zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo--nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle pojedynczych lub licznych nerwów z okresowymi niezbyt częstymi zaostrzeniami	N	A/B	N
	2	Zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo--nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle pojedynczych lub licznych nerwów z częstymi zaostrzeniami i objawami przedmiotowymi	N	B/C	N
	3	Trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych z zaburzeniami ruchowymi, czuciowymi i troficznymi, upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
71	1	Następstwa chorób organicznych lub przebytych urazów ośrodkowego układu nerwowego bez wyraźnych zaburzeń mózgowo-rdzeniowych lub z nieznacznymi zmianami, które ze względu na umiejscowienie bądź mechanizmy wyrównawcze nie upośledzają sprawności ustroju	N	A/B	N
	2	Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi, upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
	3	Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego	N	C	N
	4	Przebyte krwawienie podpajęczynówkowe samoistne (bez stwierdzonego urazu, tętniaka lub nadciśnienia)	N	B/C	N
72	1	Choroby układu mięśniowego nieupośledzające sprawności ustroju	Z/N	A	N
	2	Choroby układu mięśniowego nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B	N
	3	Choroby układu mięśniowego upośledzające sprawność ustroju	N	C	N

73	1	Napadowe zaburzenia świadomości o nieustalonej etiologii, migrena oraz inne zespoły bólu głowy bez zmian organicznych w układzie nerwowym	N	B/C	N
	2	Padaczka	N	C	N
74	1	Odchylenia w badaniu neurologicznym wymagające dalszej obserwacji i diagnostyki (oczopląs)	N	A/B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 70. Rozpoznanie zespołów bólowych korzeniowych i zapaleń nerwów powinno opierać się na dokumentacji z leczenia w szpitalu lub w poradni specjalistycznej. Kwalifikacja orzecznicza uzależniona od tego w jakim stopniu porażenia (niedowłady), zaburzenia czucia i zaburzenia troficzne – ze względu na umiejscowienie, rozległość i mechanizmy wyrównawcze – upośledzają sprawność ustroju. Kwalifikacji orzeczniczej należy dokonać w oparciu o obraz kliniczny oraz stopień upośledzenia organizmu i jego funkcjonowania. Diagnostyka obrazowa pełni funkcję pomocniczą i nie powinna stanowić podstawy w orzekaniu (dotyczy szczególnie MRI).

Do § 71 **pkt 1 i 4.** Kwalifikacja orzecznicza powinna opierać się na dokumentacji leczenia szpitalnego lub w poradni specjalistycznej (neurologicznej lub poradni zdrowia psychicznego). W przypadku braku patologii w badaniach obrazowych, bez następstw klinicznych w badaniu neurologicznym i opinii psychologicznej nie wyklucza dalszej służby z ograniczeniem. Według tego paragrafu należy kwalifikować przypadki zaklipsowania tętniaka, jeśli w ocenie neurologa i psychiatry stan neurologiczny nie odbiega od normy.

pkt 1–3. Kandydatów po przebytym gruźliczym zapaleniu opon należy oceniać po upływie minimum 5 lat od zakończenia leczenia. Encefalopatię należy kwalifikować według pkt 2 lub 3 w zależności od nasilenia zespołu neurologicznego.

pkt 3. Według tego punktu należy kwalifikować stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex).

Do § 72. Według tego paragrafu należy kwalifikować choroby układu mięśniowego, jak zaniki mięśni postępujące, chorobę Thomsena itp.

Do § 73. Kwalifikacja orzecznicza powinna opierać się na dokumentacji leczenia w szpitalu lub poradni specjalistycznej.

DZIAŁ XV – STAN PSYCHICZNY					
1	2	3	4	5	6
75	1	Zaburzenia nerwicowe nieznacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	A	N
	2	Zaburzenia nerwicowe upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę	N	B	N
	3	Zaburzenia nerwicowe znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne utrwalone	N	C	N

76	1	Reakcja adaptacyjna krótkotrwała	N	A/B	N
	2	Reakcja adaptacyjna przedłużona	N	C	N
	3	Zaburzenia stresowe pourazowe przebyte lub rokujące poprawę	N	A/B	N
	4	Zaburzenia stresowe pourazowe utrwalone (łącznie z trwałymi zmianami osobowości)	N	C	N
77	1	Zaburzenia osobowości upośledzające zdolności adaptacyjne	N	C	N
78	1	Psychozy reaktywne przebyte	N	B/C	N
	2	Zaburzenia psychotyczne endogenne	N	C	N
79	1	Sprawność umysłowa poniżej przeciętnej	N	C	N
80	1	Używanie szkodliwe alkoholu lub ZZA w okresie kontrolowanej abstynencji	N	B/C	N
	2	ZZA nie rokujące zachowania abstynencji	N	C	N
	3	Używanie szkodliwe lub uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych	N	C	N
81	1	Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego nieznacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	B	N
	2	Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego upośledzające zdolności adaptacyjne	N	C	N
82	1	Inne zaburzenia psychiczne upośledzające zdolności adaptacyjne	N	B/C	N
	2	inne zaburzenia psychiczne znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 75. Przewlekłe psychogenne zaburzenia somatyczne, nazywane „nerwicami narządowymi”, należą w zasadzie do zakresu odpowiednich specjalności lekarskich – chorób wewnętrznych, laryngologii, okulistyki itp., a zatem rozpoznanie ich jest sprawą odpowiednich specjalistów ze współudziałem neurologa i psychiatry. Badanych z przewlekłymi nerwicami narządowymi, zwłaszcza z objawami ze strony układu krążenia lub układu trawienia, dającymi tylko nieznaczne dolegliwości, bez upośledzenia stanu ogólnego, należy kwalifikować jako zdolnych. W razie stwierdzenia średniego nasilenia dolegliwości lub powtarzających się takich objawów, jak częstoskurcz napadowy, zapaść napadowa, omdlenia, bóle typu dusznicowego, kurcz wpustu, uporczywe wymioty, przewlekła dyskineza dróg żółciowych itp., należy ich w zasadzie kwalifikować jako zdolnych z ograniczeniem. Badanych należy kwalifikować indywidualnie, zależnie od stopnia upośledzenia sprawności ustroju, biorąc pod uwagę opinię służbową oraz lekarską z miejsca pełnienia służby.

Przez zaburzenia nerwicowe należy rozumieć psychogenne zespoły zaburzeń psychicznych, w których stwierdza się następujące cechy:

1) urazy psychiczne jako czynnik wywołujący,

2) brak objawów organicznego uszkodzenia tkanek, a w szczególności ośrodkowego układu nerwowego,

3) zaburzenia psychiczne mieszczące się w zasadzie w ramach zmian ilościowych, a nie jakościowych, przy nie zmienionej osobowości,

4) zaburzenia dotyczące w większości życia emocjonalnego; zaburzenia te (lęk, depresja, dysforia) wydaje się być objawami pierwotnymi,

5) zachowane, a nawet wyolbrzymione poczucie choroby,

6) zmiany psychiczne, a także fizyczne w zasadzie odwracalne, zejście bez defektu,

7) przebieg przewlekły, tendencje do nawrotów,

8) obraz kliniczny przeważnie odpowiada jednemu ze znanych zespołów nerwicowych: neurastenii, histerii, nerwicy lękowej, nerwicy z natręctwami, nerwicy z przewagą skarg hipochondrycznych, depresji nerwicowej lub innym.

O rozpoznaniu nerwicy decyduje stwierdzenie wszystkich wymienionych wyżej cech. Nerwice nieznacznie lub miernie upośledzające sprawność ustroju należy poddawać leczeniu. O przewlekłej nerwicy upośledzającej sprawność ustroju mówi się wtedy, kiedy jej objawy uniemożliwiają wykonywanie obowiązków służbowych.

pkt 3. Należy orzekać po 12 miesiącach nieskutecznego leczenia.

Do § 76. Reakcja sytuacyjna:

a) ostre niepsychotyczne zaburzenia, przebiegające najczęściej pod postacią napadów histerycznych, ucieczek, samouszkodzeń, zaburzeń wegetatywnych itp.,

b) występujące pod wpływem trudnych sytuacji,

c) występujące u osób zdrowych psychicznie lub z anomaliami charakterologicznymi.

pkt 1. Dotyczy osób, u których reakcje dezadaptacyjne trwają do 30 dni.

pkt 2. Odnosi się do przypadków, w których leczenie i wszelkie oddziaływanie dezadaptacyjne trwają powyżej 30 dni.

Do § 78. Rozpoznanie ustala się na podstawie odpisu historii choroby ze szpitala psychiatrycznego lub poradni zdrowia psychicznego.

Do § 79. Upośledzenie umysłowe (niedorozwój umysłowy, oligofrenia) to stan charakteryzujący się:

1) wyraźnie niższą od przeciętnej sprawności intelektualnej (I.I) według skali Wechslera poniżej 70,

2) zaburzeniami dojrzewania, zdolności uczenia się i umiejętności przystosowania społecznego.

Oceny sprawności intelektualnej należy dokonywać z udziałem psychologa i lekarza psychiatry.

Do § 80. Przez zespół zależności alkoholowej (oraz innych środków odurzających) należy rozumieć stan charakteryzujący się :

1) nieodpartym wewnętrznym przymusem ciągłego lub okresowego spożywania alkoholu (przyjmowania środków odurzających),

2) występowaniem objawów zespołu odstawienia po przerwaniu picia (przyjmowania środka),

3) zmienionym sposobem reagowania na alkohol (utratą kontroli nad piciem, zmianami w jego tolerancji, lukami pamięciowymi i innymi), stałym zwiększeniem dawki środka odurzającego,

4) postępującym przebiegiem, prowadzącym do nieodwracalnych następstw psychicznych i fizycznych.

Rozpoznanie należy ustalać na podstawie dokumentacji z poradni przeciwalkoholowej lub poradni zdrowia psychicznego. W wypadkach wątpliwych należy kierować na badania specjalistyczne.

pkt 1. Orzeczenie wydaje się na okres 1 roku. Wymagane jest utrzymywane uczestnictwo w programach odwykowych potwierdzone dokumentacją medyczną

pkt 3. Według tego punktu należy kwalifikować osoby, u których stwierdza się objawy psychodegradacji oraz zmiany somatyczne typowe dla przewlekłych intoksykacji.

Do § 81. Dotyczy:

1) zaburzeń podobnych do nerwic (cerebrastenia, zespoły rzekomonerwicowe) lub nieprawidłowych osobowości (charakteropatia, encefalopatia z zaburzeniami charakteru),

2) zaburzeń spowodowanych chorobami, urazami lub infekcjami centralnego układu nerwowego (CUN),

3) przypadków, gdy badanie neurologiczne, EEG, testy psychologiczne, rtg czaszki, tomografia komputerowa i inne wskazują na organiczne uszkodzenie CUN lub gdy istnieje poważne podejrzenie takiego uszkodzenia, uzasadnione przebiegiem choroby, urazu lub infekcji.

Do § 81. Nie obejmuje następstw uszkodzeń CUN, które miały miejsce we wczesnym okresie rozwojowym. Kwalifikacji orzeczniczych należy dokonywać nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od ustąpienia objawów ostrej fazy choroby lub urazu

pkt 1. Dotyczy zespołów pourazowych i innych z przewagą objawów subiektywnych, bez somatycznych cech upośledzenia sprawności ustroju i stanów w których nastąpiła częściowa kompensacja skutków uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Do § 81 i 82. Kwalifikacji orzeczniczej w należy dokonywać na podstawie dokumentacji z dotychczasowego leczenia w szpitalach specjalistycznych lub poradniach zdrowia psychicznego.

DZIAŁ XVI – CHOROBY UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO					
1	2	3	4	5	6
83	1	Wady rozwojowe nerek lub nerka ruchoma nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	N
	2	Wady rozwojowe nerek lub nerka ruchoma upośledzające sprawność ustroju	N	A/B/C	N
	3	Kamica układu moczowego z okresowym wydalaniem złogów	Z/N	A/B/C	ZN

	4	Kłębkowe zapalenie nerek	N	B/C	N
	5	Krwiomocz i białkomocz o nieustalonej etiologii	N	A	N
	6	Przewlekła choroba	N	B/C	N
	7	Wrodzony lub pooperacyjny brak jednej nerki bez upośledzenia wydolności pozostałej nerki	N	A	N
	8	Wrodzony lub pooperacyjny brak jednej nerki z upośledzeniem wydolności pozostałej nerki	N	B/C	N
	9	Torbiele nerek	Z/N	A/B/C	Z/N
84	1	Nietrzymanie moczu	N	C	N
	2	Przewlekłe zapalenie pęcherza moczowego	N	A/B/C	N
	3	Przewlekłe organiczne choroby pęcherza moczowego upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
	4	Przetoki pęcherza moczowego	N	C	N
85	1	Wady wrodzone i nabyte cewki moczowej, prącia, jąder	Z/N	A	Z/N
86	1	Choroby narządów płciowych męskich upośledzające sprawność organizmu	N	C	N
87	1	Zmiany anatomiczne wrodzone narządu rodnego i nabyte (w tym stany pooperacyjne) nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z/N	A/B/C	Z/N
	2	Zmiany anatomiczne wrodzone narządu rodnego i nabyte (w tym stany pooperacyjne – endometrium) znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
88	1	Przewlekłe stany zapalne, zakażenia i niezakażenia narządu rodnego upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
89	1	Stan po odcięciu nadpochwowym i wycięciu całkowitym macicy z powodów innych niż nowotwory złośliwe	Z/N	A/B/C	Z/N
90	1	Stan po wycięciu całkowitym macicy z powodu nowotworu złośliwego	N	B/C	N
91	1	Ciąża	Komisja odstępuje od orzekania		

Objaśnienia szczegółowe

Do § 83 pkt 9. Kwalifikacja orzecznicza uzależniona jest od wielkości torbieli, ich ilości i upośledzenia funkcji wydzielniczej nerki.

Do § 90 pkt 1. Kwalifikacja orzecznicza wymaga konsultacji onkologicznej.

DZIAŁ XVII – CHOROBY ZAKAŹNE I PASOŻYTNICZE					
1	2	3	4	5	6
92	1	Choroby zakaźne przewodu pokarmowego	N	A/B	N
93	1	Gruźlice płuc	N	B/C	N
	2	Stan po przebytej gruźlicy płuc	N	A/B/C	N
	3	Serowate zapalenie płuc	N	C	N
	4	Gruźlica rozsiana (prosówka)	N	C	N
	5	Pozapłucne postacie gruźlicy (gruźlica opłucnej, węzłowa i inne)	N	B/C	N
94	1	Mykobakteriozy (zakażenie prątkami niegruźliczymi)	N	B/C	N
95	1	Choroby odzwierzęce	N	A/B/C	N
96	1	Zakażenia przenoszone drogą płciową	N	A/B/C	N
97	1	Inne choroby wywołane przez krętki	N	A/B/C	N
98	1	Choroby wywołane przez Chlamydie	N	A/B/C	N
99	1	Choroby wirusowe: zakażenie ośrodkowego układu nerwowego	N	A/B/C	N
	2	Inne wirusowe zakażenia	N	A/B/C	N
100	1	Zakażenie wirusem HIV	N	B/C	N
101	1	Grzybice skóry	Z/N	A/B	N
	2	Inne grzybice	Z/N	A/B	N
102	1	Robaczyce	N	A/B	N
103	1	Choroby wywołane przez pierwotniaki	N	A/B/C	N
104	1	Choroby tropikalne	N	A/B/C	N
105	1	Inne krwiopochodne zakażenia	N	B/C	N
106	1	Borelioza	N	B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 93 pkt 1–5. Kwalifikacja orzecznicza powinna nastąpić nie wcześniej niż po 12 miesiącach leczenia. Kwalifikacja orzecznicza wymaga konsultacji pulmonologicznej.

Do § 95 pkt 1. Według tego punktu należy kwalifikować brucelozę, leptospirozę.

Do § 96 pkt 1. Według tego punktu należy kwalifikować kiłę wczesną, wrodzoną, późną.

Do § 99 pkt 1. Według tego punktu należy kwalifikować choroby przenoszone przez kleszcze, komary.

Do § 100 pkt 1. Według tego punktu należy kwalifikować w zależności od poziomu limfocytów CD4 oraz stosunku limfocytów CD4 do limfocytów CD8.

Do § 102 pkt 1. Według tego punktu należy kwalifikować tasiemczycę, bąblowicę, włośnicę.

Do § 105 pkt 1. Według tego punktu należy kwalifikować chorobę ptasią, wąglika, gorączkę Q.

Do § 106 pkt 1. Kwalifikacja orzecznicza uzależniona jest od stopnia zaawansowania schorzenia, wymaga opinii specjalisty chorób zakaźnych.

DZIAŁ XVIII – NOWOTWORY					
1	2	3	4	5	6
107	1	Nowotwory niezłośliwe nieupośledzające sprawność ustroju	Z	A	Z/N
	2	Nowotwory niezłośliwe szpecące lub powodujące zaburzenia czynności narządu i/lub upośledzające ogólną sprawność ustroju	N	B/C	N
108	1	Nowotwory złośliwe	N	B/C	N
	2	Stan po usunięciu nowotworów złośliwych i/lub po leczeniu chemioterapią lub radioterapią	N	B/C	N

Do § 107 i 108. W rozpoznaniu nowotworów należy brać pod uwagę obraz kliniczny, wyniki badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych oraz badania histopatologicznego gdy jest ono niezbędne i możliwe do wykonania.

Załącznik nr 2

Wykaz chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności do służby kandydata albo funkcjonariusza Państwowej Straży Pożarnej

Paragraf	Punkt	Choroba i ułomność	Kategorie zdolności do służby w Państwowej Straży Pożarnej		
			Grupa I*	Grupa II*	Grupa III*
1	2	3	4	5	6
DZIAŁ I – BUDOWA CIAŁA					
1	1	Asteniczna budowa ciała nieupośledzająca sprawności ustroju	Z	A	Z
	2	Asteniczna budowa ciała upośledzająca sprawność ustroju	N	B	N
	3	Nadwaga nieupośledzająca sprawności ustroju	Z	A	Z
	4	Otyłość upośledzająca sprawność ustroju	N	B/C	N
	5	Feminizm, infantylizm, eunuchoidyzm, obojnactwo	N	C	N
	6	Odwrotne położenie trzewi, bez zaburzeń sprawności ustroju	Z	A	Z
	7	Odwrotne położenie trzewi z zaburzeniami sprawności ustroju	N	C	N

Objaśnienia szczegółowe

*Osoby badane przez komisje lekarskie dzieli się na 3 grupy:

grupa I (kolumna czwarta wykazu) obejmuje kandydatów do służby w Państwowej Straży Pożarnej;

grupa II (kolumna piąta wykazu) obejmuje funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej,

grupa III (kolumna szósta wykazu) obejmuje kandydatów do szkół i ośrodków szkolenia Państwowej Straży Pożarnej.

Do § 1 **pkt 1 i 2.** Asteniczną budowę ciała należy oceniać nie tylko na podstawie dysproporcji między wzrostem a ciężarem ciała, lecz biorąc pod uwagę stan umięśnienia oraz stan układu krążenia i układu oddechowego w oparciu o próby czynnościowe.

pkt 4. Kwalifikacji orzeczniczej dokonuje się na podstawie wskaźnika masy ciała (BMI) lub obwodu pasa. Ocenie podlega ogólna sprawność fizyczna, typ budowy ciała. Podstawa oceny: test Harwarda, test sprawności fizycznej.

pkt 6–7. W przypadku stwierdzenia całkowitego, odwrotnego położenia trzewi należy zwrócić uwagę na układ oddechowy i moczowy ze względu na często występujące w tych wypadkach rozstrzenia oskrzeli, zapalenie zatok przynosowych i wady rozwojowe nerek.

DZIAŁ II – SKÓRA, TKANKA PODSKÓRNA I WĘZŁY CHŁONNE					
1	2	3	4	5	6
2	1	Przewlekłe choroby skóry nieznacznie szpecące i nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	Z
	2	Przewlekłe choroby skóry miernie szpecące lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A	N
	3	Przewlekłe choroby skóry wybitnie szpecące lub upośledzające sprawność ustroju	N	B	N
3	1	Blizny nieznacznie szpecące nie upośledzające lub miernie upośledzające sprawność ustroju	Z/N	A	Z/N
	2	Blizny znacznie szpecące lub upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
	3	Blizny po samouszkodzeniach	N	A/B/C	N
4	1	Obrzęk limfatyczny nie upośledzający lub nieznacznie upośledzający sprawność ustroju	N	A/B	N
	2	Obrzęk limfatyczny znacznie upośledzający sprawność ustroju	N	C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 2. Nowotwory skóry należy kwalifikować według paragrafów Działu XVIII – Nowotwory.

pkt 1–3. Według tych punktów należy kwalifikować różnorodne przewlekłe uogólnione choroby skóry, jak: świerzbiączka uogólniona (wyprysk endogenny), wrodzone zaburzenia rogowacenia skóry znacznego stopnia (rogowiec dziedziczny, rybia łuska), wrodzone dziedziczne oddzielanie się naskórka, pęcherzyca, skóra pergaminowata barwnikowa, uogólnione i nawracające lub oporne na leczenie postacie łuszczycy. Ograniczenia będą wynikały z lokalizacji i stopnia nasilenia zmian.

Do § 3 **pkt 1 kolumna 4.** W kwalifikacji orzeczniczej należy brać pod uwagę wielkość, lokalizację i szpecący charakter.

pkt 1–3. Według tych punktów należy kwalifikować m.in. tatuaże. Osoby z tatuażami należy kierować do poradni zdrowia psychicznego. Wymagana opinia psychiatryczna.

pkt 2. Przez „blizny upośledzające sprawność ustroju" należy rozumieć blizny utrudniające ruchomość stawów lub noszenie odzieży i oporządzenia, blizny połączone z ubytkami tkanek miękkich (po zranieniach, oparzeniach itp.) oraz blizny w miejscach narażonych na tarcie w czasie ruchów i chodzenia.

pkt 3. Osoby z bliznami po samouszkodzeniach należy kierować do poradni zdrowia psychicznego. Wymagana opinia psychiatryczna.

DZIAŁ III – CZASZKA					
1	2	3	4	5	6
5	1	Zniekształcenia czaszki nie upośledzające czynności układu nerwowego	Z	A	Z
	2	Zniekształcenia czaszki (guzy, wgniecenia), choroby i ubytki kości czaszki nieznacznie upośledzające czynności układu nerwowego	N	B/C	N
	3	Ubytki kości czaszki, zniekształcenia (guzy, wgniecenia) oraz choroby kości czaszki upośledzające czynność układu nerwowego	N	C	N
	4	Przepukliny mózgu	N	C	N
	5	Ciała obce w mózgu	N	C	N

DZIAŁ IV – NARZĄD WZROKU					
1	2	3	4	5	6
6	1	Ostrość wzroku każdego oka poniżej 0,9 bez korekcji szkłami.	N	A/B/C	N
7	1	Widzenie obuoczne nieprawidłowe.	N	B/C	N
8	1	Nieznaczne upośledzenie rozróżniania barw	Z	A/B	N
	2	Znaczne upośledzenie rozróżniania barw	N	C	N
9	1	Orientacyjne pole widzenia nieprawidłowe.	N	B/C	N
10	1	Choroby oczodołów, powiek, spojówki, twardówki narządu łzowego upośledzające czynność oka.	N	B/C	N
11	1	Choroby rogówki, tęczówki, ciała rzęskowego, soczewki ciała szklistego upośledzające czynność oka.	N	B/C	N
12	1	Choroby naczyniówki, siatkówki i nerwu wzrokowego upośledzające czynność oka lub ograniczające możliwość wykonywania wysiłków fizycznych.	N	B/C	N
13	1	Jaskra.	N	B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 8. Rozpoznaje podstawowe barwy (czerwoną, żółtą i zieloną) w lampie Wilczka.

Do § 9 pkt 1. Pole widzenia każdego oka nie mniej niż 90° od skroni 30° od nosa. Ubytki pola widzenia stwierdzone badaniem orientacyjnym należy potwierdzić perymetrycznie.

Do § 13. Kwalifikacja orzecznicza wymaga konsultacji okulistycznej.

DZIAŁ V – NARZĄD SŁUCHU					
1	2	3	4	5	6
14	1	Wady wrodzone, choroby ucha zewnętrznego bez niedosłuchu	Z	A	Z
	2	Wady wrodzone, choroby ucha zewnętrznego z niedosłuchem	N	A/B/C	N
15	1	Choroby ucha środkowego bez niedosłuchu	Z/N	A/B	Z/N
	2	Choroby ucha środkowego z niedosłuchem	N	B/C	N
16	1	Tympanoskleroza, otoskleroza z niedosłuchem	N	B/C	N
17	1	Jednostronny niedosłuch dla tonów wysokich	Z/N	A/B	Z/N
	2	Obustronny niedosłuch dla tonów wysokich	N	B/C	N
	3	Jednostronny niedosłuch w paśmie częstotliwości niskich i średnich	N	B/C	N
	4	Obustronny niedosłuch w paśmie częstotliwości niskich i średnich	N	C	N
18	1	Zaburzenia równowagi pochodzące z obwodowego narządu równowagi	N	C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 15 i 16. Kwalifikacja orzecznicza uzależniona jest od stwierdzonego stopnia niedosłuchu.

Do § 17 pkt 1 i 2. Kandydata z niedosłuchem dla częstotliwości wysokich w paśmie (od 3000Hz do 6000Hz) przy częstotliwości 4000Hz z ubytkiem słuchu do 30 dB kwalifikować jako zdolny.

pkt 3–4. Kwalifikacja orzecznicza powinna opierać się na klasyfikacji uszkodzenia słuchu w paśmie częstotliwości 500Hz, 1000Hz, 2000Hz i 3000Hz pasmo mowy:

1) do 25 dB – norma,
2) 25 dB – 40 dB – lekkie uszkodzenie słuchu,
3) 40 dB – 70 dB – umiarkowane uszkodzenie słuchu,
4) 70 dB – 90 dB – znaczne uszkodzenie słuchu,
5) 90 dB – 120 dB – głębokie uszkodzenie słuchu,
6) powyżej 120 dB – całkowita głuchota.

Wartość ubytku słuchu należy wyliczać jako średnią arytmetyczną z trzech progów częstotliwości. Przy ocenie narządu słuchu konieczne jest wykonanie badania audiometrycznego oraz konsultacja laryngologiczna.

DZIAŁ VI – JAMA USTNA					
1	2	3	4	5	6
19	1	Choroby warg i jamy ustnej nieupośledzające mowy i przyjmowania pokarmów lub nieznacznie upośledzające mowę	Z	A	Z
	2	Choroby warg i jamy ustnej upośledzające mowę i przyjmowanie pokarmów	N	C	N
20	1	Zapalenie dziąseł i choroby przyzębia upośledzające mowę i przyjmowanie pokarmów	N	C	N
21	1	Torbiele okolicy jamy ustnej nieupośledzające mowy i połykania	Z/N	A	Z/N
	2	Torbiele okolicy jamy ustnej upośledzające mowę i połykanie	N	B/C	N
22	1	Braki i wady uzębienia z utratą zdolności żucia powyżej 50% upośledzające mowę i stan odżywienia	N	B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 19. Kwalifikacja orzecznicza uzależniona jest od stopnia zaawansowania zmian.

Do § 21. Kwalifikacja orzecznicza uzależniona jest od stopnia zaawansowania zmian.

DZIAŁ VII – NOS, GARDŁO I KRTAŃ					
1	2	3	4	5	6
23	1	Wady wrodzone i nabyte nosa, zatok przynosowych nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	N
	2	Przewlekłe choroby, wady wrodzone i nabyte nosa, zatok przynosowych upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
24	1	Skrzywienie przegrody nosa nieupośledzające drożności nosa lub nieznacznie upośledzające	N	B	N
	2	Skrzywienie przegrody nosa upośledzające drożność nosa	N	B/C	N
25	1	Alergiczne nieżyty górnych dróg oddechowych nieupośledzające sprawności ustroju	N	A	N
	2	Alergiczne nieżyty górnych dróg oddechowych upośledzające sprawność ustroju	N	C	N

26	1	Wady wymowy nieupośledzające zdolności porozumiewania się	Z	A	Z
	2	Wady wymowy upośledzające zdolność porozumiewania się	N	B/C	N
27	1	Wady wrodzone i nabyte gardła, krtani, tchawicy nieupośledzające sprawności organizmu	N	A	N
	2	Przewlekłe choroby, wady wrodzone i nabyte gardła, krtani, tchawicy upośledzające sprawność organizmu	N	B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 23. Według tego paragrafu należy kwalifikować takie choroby, jak: polipy nosa, przerosty małżowin nosowych, zwężenia, zawinięcia nozdrzy tylnych, przednich, przewlekłe zapalenie zatok przynosowych, torbiele zatok, nieżyty błony śluzowej zatok.

Do § 23 i 24. Według tych paragrafów należy kwalifikować choroby upośledzające sprawność ustroju takie, jak: stałe, znacznego stopnia upośledzenie oddychania przez nos prowadzące do przewlekłych schorzeń uszu, gardła, zatok, nosa i krtani, bezdechu nocnego.

Do § 27. Według tego paragrafu należy kwalifikować blizny gardła, krtani, tchawicy, nieżyty błony śluzowej gardła, krtani, przerost migdałków podniebiennych.

DZIAŁ VIII – UKŁAD ODDECHOWY					
1	2	3	4	5	6
28	1	Przewlekła obturacyjna choroba płuc (przewlekłe zapalenie oskrzeli lub rozedma płuc) – POCHP postać łagodna	N	B	N
	2	przewlekła obturacyjna choroba płuc (przewlekłe zapalenie oskrzeli lub rozedma płuc) – POCHP postać umiarkowana	N	C	N
	3	POCHP postać ciężka i bardzo ciężka	N	C	N
	4	Astma oskrzelowa sporadyczna	N	B	N
	5	Astma oskrzelowa przewlekła	N	C	N
	6	Rozstrzenie oskrzeli – dotyczące mniej niż jednego płata płuca	N	C	N
	7	Rozstrzenie oskrzeli – dotyczące więcej niż jednego płata płuca	N	C	N
29	1	Śródmiąższowe choroby płuc bez upośledzenia sprawności czynnościowej ustroju	N	A/B	N
	2	Śródmiąższowe choroby płuc upośledzające sprawność czynnościową ustroju	N	C	N

	3	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych nie upośledzające wydolności oddechowo-krążeniowej	N	A	N
	4	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych nieznacznie upośledzające wydolność oddechowo-krążeniową	N	B/C	N
	5	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych znacznie upośledzające wydolność oddechowo-krążeniową	N	C	N
	6	Przebyta odma samoistna pierwotna	N	B/C	N
	7	Przebyta astma oskrzelowa	N	C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 28 **pkt 1–3.** POCHP badanie spirometryczne potwierdzi obecność obturacji oskrzeli. Wartości spirometryczne poparte próbą rozkurczową. Wskaźnik FEV1 % VC mniejszy niż 70% oznacza obturacyjną chorobę dróg oddechowych.

Rozpoznanie w zależności od wartości FEV1 i FVC:

1) postać lekka POCHP gdy FEV□/FVC < 70%; FEV□ ≥ 80%; objawy obecne lub nie,

2) postać umiarkowana POCHP gdy FEV□/FVC < 70%; 60% ≤ FEV□ < 80%; objawy obecne lub nie,

3) postać ciężka gdy POCHP FEV□/FVC < 70%; 40% ≤ FEV□ < 60%; objawy obecne lub nie,

4) postać bardzo ciężka POCHP gdy FEV□/FVC < 70%; FEV□<40% lub przewlekła niewydolność oddechowa, prawokomorowa niewydolność serca (zespół płucno-sercowy).

pkt 4. Astma oskrzelowa sporadyczna: objawy dzienne – mniej niż raz w tygodniu, objawy nocne – ≤ 2 razy w miesiącu, PEF lub FEV ≤ 80%, zmiana PEF < 20%.

pkt 5. Astma oskrzelowa przewlekła, łagodna: objawy dzienne więcej niż raz w tygodniu, ale mniej niż raz dziennie, mogą zaburzać sen i utrudniać dzienną aktywność, objawy nocne więcej niż dwa razy w miesiącu, PEF lub FEV ≤ 80%, zmiana PEF 20–30%.

pkt 6. Astma oskrzelowa przewlekła umiarkowana: objawy dzienne – prawie codziennie, konieczność inhalowania krótko działającego B2 minetyku, codzienne zaostrzenia mogą zaburzać sen i utrudniać codzienną aktywność, objawy nocne – więcej niż raz w tygodniu, PEF lub FEV 60–80%, zmiana PEF > 30%.

pkt 7. Astma oskrzelowa przewlekła ciężka: objawy dzienne – codziennie częste zaostrzenia ograniczające aktywność fizyczną, objawy nocne – częste, PEF lub FEV ≤ 60%, zmiana PEF > 30%.

pkt 6–7. Ocena orzecznicza wymaga konsultacji pulmonologicznej.

Do § 29. Według tego paragrafu kwalifikować schorzenia obejmujące zmiany płucne w chorobach tkanki łącznej pneumopatie, reakcje polekowe, choroby zawodowe – pylice (krzemice, azbestowe, beryloza), AZPP (alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych), samoistne włóknienie płuc, sarkoidozę i inne rzadkie choroby płuc oraz gazów krwi tętniczej. Ocena orzecznicza wymaga konsultacji pulmonologicznej.

pkt 1. Dotyczy osób z prawidłowymi wynikami badania spirometrycznego, badań czynnościowych płuc.

pkt 2. Dotyczy osób z nieprawidłowymi wynikami badania gazów krwi.

pkt 3–5. Za ubytek tkanki płucnej nie upośledzający sprawności ustroju uważa się brak jednego segmentu.

DZIAŁ IX – INNE CHOROBY WEWNĘTRZNE					
1	2	3	4	5	6
30	1	Niedokrwistości niedoborowe	Z/N	A/B/C	Z/N
	2	Niedokrwistości hemolityczne	N	B/C	N
	3	Niedokrwistości aplastyczne	N	C	N
	4	Nadkrwistość	N	B/C	N
31	1	Choroby układu białokrwinkowego	N	A/B/C	N
	2	Zaburzenia czynności krwinek białych	N	A/B/C	N
	3	Choroby dotyczące układu siateczkowo--śródbłonkowego i chłonnego	N	B/C	N
	4	Upośledzenie odporności i defekty immunologiczne	N	C	N
	5	Choroby śledziony	N	B/C	N
	6	Pooperacyjny brak śledziony bez zmian we krwi	N	B/C	N
32	1	Skaza moczanowa (dna)	N	B/C	N
	2	Chondrokalcynoza – nieznacznie lub znacznie upośledzająca sprawność ustroju	N	B/C	N
33	1	Układowe choroby tkanki łącznej – kolagenozy nieznacznie upośledzające stan zdrowia	N	B	N
	2	Układowe choroby tkanki łącznej – kolagenozy znacznie upośledzające stan zdrowia	N	C	N
34	1	Martwicze zapalenie naczyń i inne waskulopatie	N	B/C	N
35	1	Zapalenie stawów kręgosłupa i inne seronegatywne zapalenia stawów	N	B/C	N
36	1	Reaktywne zapalenie stawów	N	B/C	N
37	1	Fibromialgia	N	A/B/C	N
38	1	Zespół metaboliczny nieznacznie upośledzający stan zdrowia	N	B	N

	2	Zespół metaboliczny znacznie upośledzający stan zdrowia	N	C	N
39	1	Inne choroby przemiany materii nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	A/B	N
	2	Inne choroby przemiany materii znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
40	1	Inne nieprawidłowe badania biochemiczne wymagające obserwacji lub/i diagnostyki	N		N
	2	Odchylenia w badaniu przedmiotowym od stanu prawidłowego wymagające dalszej obserwacji lub/i diagnostyki	N		N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 30 **pkt 4.** Kwalifikacja orzecznicza wymaga konsultacji hematologicznej.

pkt 5. Małopłytkowość. Dziedziczne niedobory czynników krzepnięcia. Kwalifikacja orzecznicza wymaga konsultacji hematologicznej. Rozpoznane schorzenia powinny być potwierdzone dokumentacją medyczną z Poradni Hematologicznej.

Do § 31 **pkt 1.** Nieprawidłowa leukocytoza, neutropenia, hiperleukocytozy, eozynofilia, leukopenia, limfocytoza.

pkt 2. Nieprawidłowy rozmaz. Nieprawidłowa budowa krwinek. Zaburzenia czynności granulocytów.

pkt 5. Hypersplenizm w przebiegu innych chorób

Do § 32 **pkt 1.** Niedobór czynników od I,II,III,IV,V,VI,VII,VIII,IX,X,XI,XII,XII. Choroba Willebranda**.**

pkt 3. Według tego punktu należy kwalifikować m.in. chorobę Rendu-Oslera**.**

pkt 4. Według tego punktu należy kwalifikować m.in. zespół Marfana.

pkt 5. Samoistna, polekowa małopłytkowość, obniżony poziom płytek. Podwyższony poziom płytek powyżej 450 tys. Nieprawidłowa budowa i czynność płytek przy prawidłowej ich ilości.

Do § 33 **pkt 1.** Dotyczy osób bez powikłań narządowych.

pkt 2. Dotyczy osób z powikłaniami narządowymi skazy moczanowej (artropatia dnawa, zmiany w układzie moczowym – kamica, stany zapalne, guzki dnawe), niezależnie od aktualnej wartości kwasu moczowego w surowicy krwi.

Do § 34 **pkt 1 i 2.** Według tych punktów należy kwalifikować takie choroby, jak: RZS, toczeń rumieniowaty układowy (SLE), zapalenie skórno-mięśniowe i wielomięśniowe, twardzinę układową, zespół Siörgena. Podstawę orzekania stanowi konsultacja reumatologiczna lub obserwacja szpitalna.

Do § 36 **pkt 1.** Według tego punktu należy kwalifikować takie choroby, jak: łuszczycowe zapalenie stawów, zespół Reitera, zapalenie stawów towarzyszące enteropatiom, zapalenie kostno-stawowe towarzyszące zmianom krostkowym dłoni i stóp oraz zapalenie stawów towarzyszące różnym formom trądziku skóry. Ocena orzecznicza wymaga konsultacji reumatologicznej, a w przypadku zajęcia skóry konsultacji dermatologicznej.

DZIAŁ X – UKŁAD KRĄŻENIA					
1	2	3	4	5	6
41	1	Choroby mięśnia sercowego w okresie wydolności (NYHA I)	N	A	N
	2	Choroby mięśnia sercowego w okresie wydolności serca (NYHA II)	N	B/C	N
	3	Choroby mięśnia sercowego w okresie wydolności serca (NYHA III i IV)	N	C	N
	4	Choroba niedokrwienna serca stabilna	N	B	N
	5	Choroba niedokrwienna serca podwyższonego ryzyka	N	C	N
	6	Zaburzenia rytmu, przewodzenia i automatyzmu łagodne	N	B	N
	7	Zaburzenia rytmu, przewodzenia i automatyzmu ciężkie	N	C	N
	8	Wady wrodzone serca i wielkich naczyń nie skorygowane lub niedostatecznie skorygowane	N	B/C	N
	9	Wady wrodzone serca i wielkich naczyń całkowicie skorygowane	Z/N	A	Z/N
	10	Wady zastawkowe serca i wielkich naczyń łagodne	N	B/C	N
	11	Wady zastawkowe serca i wielkich naczyń zaawansowane	N	C	N
	12	Zespół wypadania płatka zastawki dwudzielnej	N	A	N
	13	Choroby wsierdzia	N	B/C	N
	14	Choroby osierdzia	N	B/C	N
	15	Omdlenia i utraty świadomości	N	B/C	N
	16	Inne choroby serca i objawy chorób serca	N	B/C	N
42	1	Nadciśnienie tętnicze łagodne i umiarkowane	N	A/B	N
	2	Nadciśnienie tętnicze ciężkie	N	C	N
	3	Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych nie upośledzające sprawności ustroju	Z	A	Z
	4	Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych nieznacznie i znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
	5	Choroby naczyń żylnych znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C	N

	6	Inne choroby naczyń upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
	7	Przewlekłe leczenie przeciwzakrzepowe	N	B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 41 **pkt 1–3.** Obejmuje kardiomiopatię, a także osoby po niedawno przebytym ostrym zapaleniu mięśnia sercowego (12 m-cy).

pkt 3. Oceny orzeczniczej dokonuje się na podstawie obecności obiektywnych cech dysfunkcji serca w powiązaniu z klasą niewydolności serca – II, III lub IV – wg NYHA (New York Heart Association). Potwierdzenie badaniami dodatkowymi (Echo serca)

pkt 4. Rozpoznanie ustala się w oparciu o ocenę objawów choroby oraz pogłębioną diagnostykę.

pkt 5. Do grupy podwyższonego ryzyka zalicza się osoby, u których: dławica znacznie ogranicza lub uniemożliwia zwykłą aktywność fizyczną – III lub IV klasa wg CCS (Canadiun Cardiovascular Society), a ponadto stwierdza się istotne zmiany w badaniach dodatkowych: dodatni test wysiłkowy EKG z ograniczeniem tolerancji wysiłku i/lub w badaniu echokardiograficznym – cechy upośledzenia funkcji lewej komory z frakcją wyrzutową poniżej 40%, w badaniach obciążeniowych (próba echokardiograficzna lub scyntygraficzna) – zaburzenia kurczliwości lub ubytki perfuzji mięśnia sercowego oraz rozstrzeń lewej komory, w badaniu rtg klatki piersiowej powiększenie sylwetki serca i cechy zastoju płucnego, w koronorografii obecność choroby wielonaczyniowej.

Osoby po przebyciu ostrego zespołu wieńcowego (zawał serca, niestabilna dławica piersiowa) należy oceniać według aktualnego stanu choroby wieńcowej. Osoby po zabiegach rewaskularyzacyjnych (PCI, CABG) ocenia się wg aktualnego stanu choroby wieńcowej oraz ewentualnej konieczności przewlekłego stosowania leków pozakrzepowych.

pkt 6. Według tego punktu należy kwalifikować zaburzenia bezobjawowe, nie powodujące zaburzeń hemodynamicznych, nie upośledzające wydolności fizycznej, nie stanowiące potencjalnego zagrożenia, nie wymagające leczenia – po wykluczeniu choroby serca przy pomocy badań pomocniczych (badanie echokardiograficzne i test wysiłkowy EKG). Według tego punktu kwalifikuje się stwierdzane w przeszłości arytmie.

Nieliczne pobudzenia przedwczesne nadkomorowe, nieliczne pobudzenia przedwczesne komorowe, bloki przedsionkowo-komorowe I stopnia z wąskimi zespołami komorowymi, izolowane bloki jednowiązkowe, izolowany niepełny blok prawej odnogi pęczka Hisa, niewielka bradykardia lub tachykardia u ludzi młodych mogą być traktowane jako wariant normy.

pkt 7. Osoby po elektroterapii (kardiowersja, defibrylacja, ablacja ogniska arytmii, wszczepienie stymulatora lub kardiowertera – stymulatora) ocenia się zależnie od aktualnego stanu choroby, decyduje stopień korekcji zaburzeń. U osób z implantowanymi układami stymulującymi uwzględnia się ewentualne ryzyko ich uszkodzenia związane ze specyfiką służby.

Zaburzenia nawracające, objawowe, powodujące istotne objawy hemodynamiczne, wymagające leczenia, potencjalnie niebezpieczne, upośledzające wydolność fizyczną.

pkt 8 i 9. Oceny orzeczniczej należy dokonywać z uwzględnieniem aktualnego stanu wydolności krążenia.

pkt 10. Bezobjawowe, nie powodujące istotnych zaburzeń hemodynamicznych, nie upośledzające wydolności fizycznej.

pkt 11. Objawowe, powodujące istotne zmiany hemodynamiczne, z powikłaniami, upośledzające wydolność fizyczną. Osoby po leczeniu operacyjnym (wymiana zastawki, zastawek) i innych zabiegach naprawczych należy kwalifikować zależnie od aktualnego stanu hemodynamicznego i stosowanego leczenia przeciwzakrzepowego.

pkt 12. Wypadanie płatka płatków zastawki mitralnej bezobjawowe, bez zaburzeń rytmu, bez powikłań i bez niedomykalności mitralnej lub ze śladową jedynie jej niedomykalnością – nie kwalifikuje się jako dysfunkcji zastawki. Dysfunkcja zastawki z wypadaniem płatka kwalifikować należy z punktu 10.

pkt 13. Dotyczy także stanów po świeżo przebytym infekcyjnym zapaleniu wsierdzia u pacjentów z dużym ryzykiem nawrotu choroby oraz okresu profilaktyki wtórnej gorączki reumatycznej.

pkt 14. Dotyczy także osób po niedawno przebytym ostrym zapaleniu, szczególnie osób z dużym ryzykiem nawrotu.

pkt 15. Według tego punktu należy kwalifikować zaburzenia pochodzenia sercowo--naczyniowego.

pkt 16. „Serca sportowca" nie kwalifikuje się jako stanu chorobowego, rozpoznaje się po wykluczeniu chorób serca przez lekarza kardiologa.

Do § 42 **pkt 1.** Przy rozpoznawaniu nadciśnienia tętniczego u kandydatów do służby należy uwzględnić pomiary ambulatoryjne dokonywane przez pracowników służby zdrowia i inne badania np. pomiary całodobowe ciśnienia metodą Holtera, wynik badania Echo.

pkt 2. Dotyczy osób z ciężkim, opornym nadciśnieniem tętniczym, utrzymującym się mimo intensywnego, kompleksowego leczenia, z towarzyszącą chorobą sercowo-naczyniową (chorobą niedokrwienna serca, niewydolnością serca, udarem niedokrwiennym mózgu, krwotokiem mózgowy, napadami przemijającego niedokrwienia mózgu), uszkodzeniem nerek (niewydolnością, białkomoczem, nefropatią cukrzycową), chorobą tętnic obwodowych, zaawansowaną retinopatią (okres III i IV wg K-W). Długotrwałą cukrzycę należy traktować jako dodatkowo czynnik obciążający, należy wykonać badanie Echo serca.

pkt 5. Według tego punktu należy kwalifikować choroby układu żylnego, w tym m.in. zakrzepowe zapalenia żył oraz zespoły pozakrzepowe.

DZIAŁ XI – UKŁAD TRAWIENNY					
1	2	3	4	5	6
43	1	Choroby organiczne i czynnościowe przełyku nie upośledzające sprawności ustroju (zwężenia, uchyłki itp.)	Z	A	Z
	2	Choroby organiczne przełyku upośledzające sprawność ustroju (zwężenia, uchyłki, owrzodzenia, choroba refluksowa przełyku)	N	B/C	N
44	1	Przewlekły nieżyt żołądka, dwunastnicy lub jelit, z upośledzeniem sprawności ustroju	N	B	N
	2	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy bez upośledzenia sprawności	Z/N	A	Z/N

	3	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy z licznymi nawrotami z upośledzeniem wagi ciała lub z wrzodem powikłanym krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego	N	B/C	N
	4	Stan po częściowej resekcji żołądka z powodu wrzodu lub innych przyczyn, bez upośledzenia sprawności ustroju	Z/N	A	Z/N
	5	Stan po częściowej resekcji żołądka z powodu wrzodu lub innych przyczyn, z upośledzeniem sprawności ustroju, lub całkowity pooperacyjny brak żołądka	N	C	N
	6	Stan po zabiegach operacyjnych na jelitach (resekcje itp.), bez zaburzeń sprawności ustroju. Ileum terminale	Z/N	A	N/Z
	7	Stan po zabiegach operacyjnych na jelitach (resekcje itp.), z zaburzeniami sprawności ustroju	N	B/C	N
	8	Choroby czynnościowe przewodu pokarmowego	N	A/B	N
	9	Zmiany organiczne jelit nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B	N
	10	Zmiany organiczne jelit znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
	11	Przetoki jelitowe zewnętrzne upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
	12	Zaburzenie wchłanianie jelitowe	N	A/B/C	N
45	1	Przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych, upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
	2	Kamica żółciowa lub inne choroby dróg żółciowych	N	A/B	N
	3	Stan po usunięciu pęcherzyka żółciowego	Z/N	A/B/C	Z/N
	4	Przewlekłe zapalenie wątroby typu B, C i innych nie upośledzające sprawności ustroju	N	B	N
	5	Przewlekłe zapalenie wątroby upośledzające sprawność ustroju (niedokrwistość, żółtaczka)	N	C	N
	6	Przewlekłe choroby wątroby powstałe w przebiegu innych chorób upośledzające sprawność ustroju (bąblowiec wątroby, sarkoidoza, choroby spichrzeniowe, gruźlica wątroby)	N	C	N

	7	Marskość wątroby	N	C	N
	8	Nieaktywny nosiciel HBs Ag+, HCV, HIV	N	B/C	N
	9	Ozdrowieńcy po wirusowym zapaleniu wątroby bez uszkodzenia wątroby	Z	B	Z
	10	Przebyte pourazowe uszkodzenie wątroby w okresie wydolności	Z/N	A/B	Z/N
46	1	Przewlekłe choroby trzustki	N	B/C	N
47	1	Przepukliny w obrębie j. brzusznej	N	A/B	N
	2	Przepukliny w bliźnie pooperacyjnej lub nawrotowe	N	B/C	N
48	1	Szczeliny i przetoki odbytnicy lub okolicy odbytu i inne choroby odbytu	N	A/B/C	N
	2	Guzy krwawnicze odbytu z owrzodzeniami	N	A/B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 44 **pkt 2–3.** Rozpoznanie choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy powinno być oparte na badaniu endoskopowym oraz teście H. Pylori z ostatnich 6 miesięcy.

pkt 7. Osoby z nawracającymi biegunkami, trudno poddającymi się leczeniu farmakologicznemu lub objawami zespołu upośledzonego wchłaniania.

pkt 8. Według tego punktu należy kwalifikować:

1) choroby czynnościowe żołądka i dwunastnicy:
   a) dyspepsja czynnościowa,
   b) zaburzenia odbijania,
   c) nudności i wymioty,
   d) zespół przeżuwania u dorosłych;
2) choroby czynnościowe jelit:
   a) zespół jelita wrażliwego (IBS),
   b) wzdęcia czynnościowe,
   c) zaparcia czynnościowe,
   d) nieokreślone zaburzenia czynnościowe;
3) zespół czynnościowego bólu brzucha (FAPS);
4) choroby czynnościowe pęcherzyka żółciowego i zwieracza Oddiego;
5) choroby czynnościowe odbytu i odbytnicy.

pkt 9 i 10. Według tych punktów należy kwalifikować chorobę Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i inne choroby zapalne jelit.

pkt 12. Według tego punktu należy kwalifikować upośledzone wchłanianie węglowodanów, tłuszczów, aminokwasów, witamin i jonów np. celiakia, choroba Diusinga, choroba Whipple'a.

Do § 45 **pkt 2.** Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone cholecystografią lub cholangiografią lub USG.

pkt 3. Według tych punktów należy kwalifikować stany po operacjach pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych, zależnie od stopnia utrzymujących się dolegliwości ograniczających sprawność ustroju.

pkt 4–7. Rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby powinno zostać potwierdzone konsultacją specjalistyczną.

pkt 9. Dotyczy nieaktywnych nosicieli HBs dodatni HBV DNA ujemny, ALT - N. HCV RNA ujemny, ALT - N

Do § 46 **pkt 1.** Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone badaniami: USG jamy brzusznej, enzymy trzustkowe, krzywa cukrowa.

DZIAŁ XII – CHOROBY UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO					
1	2	3	4	5	6
49	1	Skrzywienie i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte nieupośledzające sprawności organizmu	Z/N	A	Z/N
	2	Skrzywienie i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte upośledzające sprawność organizmu	N	B/C	N
50	1	Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa	N	B/C	N
	2	Inne choroby kręgosłupa upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
51	1	Choroby zwyrodnieniowe stawów nieznacznie upośledzające sprawność organizmu	N	A/B	N
	2	Choroby zwyrodnieniowe stawów znacznie upośledzające sprawność organizmu	N	B/C	N
52	1	Choroby zapalne stawów obwodowych nieznacznie upośledzające sprawność organizmu	N	A/B	N
	2	Choroby zapalne stawów obwodowych znacznie upośledzające sprawność organizmu	N	B/C	N
53	1	Pourazowe uszkodzenia stawów obwodowych i kręgosłupa upośledzające sprawność organizmu	N	B/C	N
54	1	Choroby tkanek miękkich upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
55	1	Osteoporoza bez patologicznego złamania	N	B	N
	2	Osteoporoza ze złamaniem patologicznym	N	C	N
56	1	Inne choroby kości i chrząstki	N	A/B/C	N
57	1	Zniekształcenie kości miednicy, obręczy	Z/N	A/B	Z/N

		barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach i po stanach zapalnych), bez upośledzenia sprawności			
	2	Zniekształcenie kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach i po stanach zapalnych), upośledzające sprawność	N	B/C	N
58	1	Brak kończyny górnej	N	C	N
	2	Brak kończyny dolnej	N	C	N
	3	Skrócenie kończyny dolnej powyżej 2 cm z upośledzeniem sprawności ruchowej	N	C	N
59	1	Zwichnięcie nawykowe	N	C	N
	2	Stan po operacji zwichnięć nawykowych	N	AB/C	N
60	1	Stopa płaska lub wydrążona bez upośledzenia sprawności	Z	A	Z
	2	Stopa płaska, koślawa lub wydrążona miernie upośledzająca sprawność	N	A/B	N
	3	Stopa szpotawa, końska, piętowa i inna, znacznie lub wybitnie upośledzająca sprawność	N	C	N
61	1	Poszerzenia żylne bez upośledzenia sprawności organizmu	Z	A	Z
	2	Żylaki kończyn bez upośledzenia sprawności organizmu	N	A	N
	3	Żylaki ze zmianami troficznymi i / lub owrzodzeniami	N	B/C	N
62	1	Braki palców stóp	N	B/C	N
63	1	Braki palców rąk nieznacznie upośledzające chwyt	N	B/C	N
	2	Braki palców rąk upośledzające chwyt	N	C	N
	3	Częściowe braki palców rąk bez upośledzenia chwytu	Z/N	A	Z/N
	4	Częściowe braki palców rąk z upośledzeniem chwytu	N	B/C	N
	5	Ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz bez upośledzenia chwytu	Z/N	A	Z/N
	6	Ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz z upośledzeniem chwytu	N	B/C	N
	7	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe bez upośledzenia chwytu	Z/N	A/B/C	Z/N

	8	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe z upośledzeniem chwytu	N	B/C	N
64	1	Kręcz szyi	N	B/C	N
	2	Zniekształcenia lub ubytki klatki piersiowej upośledzające sprawność	N	A/B/C	N

Do § 50. Kwalifikacji orzeczniczej dokonuje się w oparciu o objawy kliniczne, stopień uszkodzenia organizmu i jego funkcjonowania. Rozpoznanie powinno opierać się na dokumentacji z leczenia szpitalnego lub w poradni specjalistycznej. Diagnostyka obrazowa pełni funkcję pomocniczą.

pkt 2. Według tego punktu należy kwalifikować m.in. pourazową spondylozę, zespół wąskiego kanału kręgowego i chorobę Forestiera.

pkt 2. Kwalifikacja orzecznicza wymaga konsultacji ortopedycznej.

Do § 54. Według tego paragrafu należy kwalifikować entezopatie, choroby kaletek maziowych, stany po urazach układu mięśniowo-więzadłowego.

Do § 56. Według tego paragrafu należy kalikować m.in. zapalenie kości i szpiku, martwicę kości (np. choroba Perthesa), chorobę Paget, osteochondrozę stawu barkowego i miednicy, osteochondrozy młodzieńcze, osteomalacja i inne zaburzenia mineralizacji kości.

Do § 61 pkt 2. Kwalifikacja orzecznicza wymaga konsultacji chirurgicznej.

DZIAŁ XIII – CHOROBY UKŁADU WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO					
1	2	3	4	5	6
65	1	Choroby tarczycy bez zmian czynności gruczołu z wolem lub bez nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	N
	2	Choroby tarczycy ze zmianą czynności gruczołu z wolem lub bez upośledzające sprawność ustroju	N	A/B/C	N
	3	Eutyroza wymagająca stałej substytucji	N	A	N
	4	Choroba Graves-Basedowa	N	B/C	N
66	1	Choroby przysadki mózgowej	N	B/C	N
	2	Choroby nadnerczy	N	B/C	N
	3	Choroby gruczołów przytarczycznych	N	B/C	N
	4	Cukrzyca typ I (insulinozależna)	N	B/C	N
	5	Cukrzyca typ II i inne postacie cukrzycy	N	B/C	N
	6	Zaburzenia przemiany węglowodanowej nie wymagające stosowania leków przeciwcukrzycowych	N	A/B	N

	7	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B	N
	8	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
	9	Choroby grasicy	N	C	N
	10	Zaburzenia czynności jajnika	Z/N	A	Z/N
	11	Zaburzenia czynności jąder	Z/N	A	Z/N
67	1	Choroby metaboliczne, porfirie, fenyloketonurie, choroby spichrzeniowe	N	C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 65 **pkt 1.** Według tego punktu należy kwalifikować powiększenie gruczołu tarczowego nie upośledzające przepływu powietrza w drogach oddechowych w czasie wysiłku fizycznego i nie dające objawów uciskowych na narządy sąsiednie (przełyk, tchawica).

pkt 2. Powiększenie gruczołu tarczowego stwierdzone palpacyjnie lub wole zamostkowe upośledzające przepływ powietrza w drogach oddechowych (zaburzenia wentylacji, stridor, zaburzenia ruchomości strun głosowych) w czasie spoczynku lub po wysiłku fizycznym albo dające objawy uciskowe na narządy sąsiednie w badaniu rentgenowskim klatki piersiowej.

pkt 2. Według tych punktów należy kwalifikować wszystkie postacie nadczynności tarczycy poza chorobą Graves-Basedowa w okresie remisji oraz niedoczynności tarczycy wyrównane leczeniem substycyjnym, wrodzony zespół niedoboru jodu, subkliniczną niedoczynność tarczycy z powodu niedoboru jodu, wole nietoksyczne, zapalenie tarczycy.

pkt 4. Kwalifikacja orzecznicza powinna opierać się na dokumentacji leczenia szpitalnego lub w poradni specjalistycznej.

Do § 66. Zaburzenia hormonalne u kobiet dotyczące gruczołów płciowych należy kwalifikować zgodnie z oceną endokrynologa bądź ginekologa.

DZIAŁ XIV – UKŁAD NERWOWY					
1	2	3	4	5	6
68	1	Zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo--nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle pojedynczych lub licznych nerwów z okresowymi niezbyt częstymi zaostrzeniami	N	A/B	N
	2	Zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo--nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle pojedynczych lub licznych nerwów z częstymi zaostrzeniami i objawami przedmiotowymi	N	B/C	N
	3	Trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych z zaburzeniami ruchowymi, czuciowymi i troficznymi, upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N

69	1	Następstwa chorób organicznych lub przebytych urazów ośrodkowego układu nerwowego bez wyraźnych zaburzeń mózgowo-rdzeniowych lub z nieznacznymi zmianami, które ze względu na umiejscowienie bądź mechanizmy wyrównawcze nie upośledzają sprawności ustroju	N	A/B	N
	2	Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi, upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
	3	Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego	N	C	N
	4	Przebyte krwawienie podpajęczynówkowe samoistne (bez stwierdzonego urazu, tętniaka lub nadciśnienia)	N	C	N
70	1	Choroby układu mięśniowego nie upośledzające sprawności ustroju	Z/N	A	Z/N
	2	Choroby układu mięśniowego nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B	N
	3	Choroby układu mięśniowego upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
71	1	Napadowe zaburzenia świadomości o nieustalonej etiologii, migrena oraz inne zespoły bólu głowy bez zmian organicznych w układzie nerwowym	N	B/C	N
	2	Padaczka	N	C	N
72	1	Odchylenia w badaniu neurologicznym wymagające dalszej obserwacji i diagnostyki (oczopląs)	N	A/B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 68. Rozpoznanie zespołów bólowych korzeniowych i zapaleń nerwów powinno opierać się na dokumentacji z leczenia w szpitalu lub w poradni specjalistycznej. Kwalifikacja orzecznicza uzależniona od tego w jakim stopniu porażenia (niedowłady), zaburzenia czucia i zaburzenia troficzne – ze względu na umiejscowienie, rozległość i mechanizmy wyrównawcze – upośledzają sprawność ustroju. Kwalifikacji orzeczniczej należy dokonać w oparciu o obraz kliniczny oraz stopień upośledzenia organizmu i jego funkcjonowania. Diagnostyka obrazowa pełni funkcję pomocniczą i nie powinna stanowić podstawy w orzekaniu (dotyczy szczególnie MRI).

pkt 1–3. Kwalifikacja orzecznicza powinna opierać się na dokumentacji leczenia szpitalnego lub w poradni neurologicznej.

Do § 69. Kwalifikacja orzecznicza powinna opierać się na dokumentacji leczenia szpitalnego lub w poradni specjalistycznej (neurologicznej lub poradni zdrowia psychicznego). W przypadku braku patologii w badaniach obrazowych, bez następstw klinicznych w badaniu neurologicznym i opinii psychologicznej nie wyklucza dalszej służby z ograniczeniem. Według tego paragrafu należy kwalifikować przypadki zaklipsowania tętniaka, jeśli w ocenie neurologa i psychiatry stan neurologiczny nie odbiega od normy.

pkt 1–2. Kandydatów po przebytym gruźliczym zapaleniu opon należy oceniać po upływie minimum 5 lat od zakończenia leczenia. Encefalopatię należy kwalifikować według pkt 2 lub 3 w zależności od nasilenia zespołu neurologicznego.

pkt 3. Według tego punktu należy kwalifikować stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex).

Do § 70. Według tego paragrafu należy kwalifikować choroby układu mięśniowego, jak zaniki mięśni postępujące, chorobę Thomsena itp.

Do § 71. Kwalifikacja orzecznicza powinna opierać się na dokumentacji leczenia w szpitalu lub poradni specjalistycznej.

DZIAŁ XV – STAN PSYCHICZNY					
1	2	3	4	5	6
73	1	Zaburzenia nerwicowe nieznacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	A	N
	2	Zaburzenia nerwicowe upośledzające lub znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne rokujące poprawę	N	B	N
	3	Zaburzenia nerwicowe znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne utrwalone	N	C	N
74	1	Reakcja adaptacyjna krótkotrwała	N	A/B	N
	2	Reakcja adaptacyjna przedłużona	N	C	N
	3	Zaburzenia stresowe pourazowe przebyte lub rokujące poprawę	N	A/B	N
	4	Zaburzenia stresowe pourazowe utrwalone	N	C	N
75	1	Zaburzenia osobowości upośledzające zdolności adaptacyjne	N	C	N
76	1	Psychozy reaktywne przebyte	N	B/C	N
	2	Zaburzenia psychotyczne endogenne	N	C	N
77	1	Sprawność umysłowa poniżej przeciętnej	N	C	N
78	1	Używanie szkodliwe alkoholu lub ZZA w okresie kontrolowanej abstynencji	N	B/C	N
	2	ZZA nie rokujące zachowania abstynencji	N	C	N
	3	Używanie szkodliwe lub uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych	N	C	N

79	1	Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego nieznacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	B	N
	2	Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego upośledzające zdolności adaptacyjne	N	C	N
80	1	Inne zaburzenia psychiczne upośledzające zdolności adaptacyjne	N	B/C	N
	2	inne zaburzenia psychiczne znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 73. Przewlekłe psychogenne zaburzenia somatyczne, nazywane „nerwicami narządowymi", należą w zasadzie do zakresu odpowiednich specjalności lekarskich – chorób wewnętrznych, laryngologii, okulistyki itp., a zatem rozpoznanie ich jest sprawą odpowiednich specjalistów ze współudziałem neurologa i psychiatry. Badanych z przewlekłymi nerwicami narządowymi, zwłaszcza z objawami ze strony układu krążenia lub układu trawienia, dającymi tylko nieznaczne dolegliwości, bez upośledzenia stanu ogólnego, należy kwalifikować jako zdolnych. W razie stwierdzenia średniego nasilenia dolegliwości lub powtarzających się takich objawów, jak częstoskurcz napadowy, zapaść napadowa, omdlenia, bóle typu dusznicowego, kurcz wpustu, uporczywe wymioty, przewlekła dyskineza dróg żółciowych itp., należy ich w zasadzie kwalifikować jako zdolnych z ograniczeniem. Badanych należy kwalifikować indywidualnie, zależnie od stopnia upośledzenia sprawności ustroju, biorąc pod uwagę opinię służbową oraz lekarską z miejsca pełnienia służby.

Przez zaburzenia nerwicowe należy rozumieć psychogenne zespoły zaburzeń psychicznych, w których stwierdza się następujące cechy:

1) urazy psychiczne jako czynnik wywołujący,
2) brak objawów organicznego uszkodzenia tkanek, a w szczególności ośrodkowego układu nerwowego,
3) zaburzenia psychiczne mieszczące się w zasadzie w ramach zmian ilościowych, a nie jakościowych, przy nie zmienionej osobowości,
4) zaburzenia dotyczące w większości życia emocjonalnego; zaburzenia te (lęk, depresja, dysforia) wydaje się być objawami pierwotnymi,
5) zachowane, a nawet wyolbrzymione poczucie choroby,
6) zmiany psychiczne, a także fizyczne w zasadzie odwracalne, zejście bez defektu,
7) przebieg przewlekły, tendencje do nawrotów,
8) obraz kliniczny przeważnie odpowiada jednemu ze znanych zespołów nerwicowych: neurastenii, histerii, nerwicy lękowej, nerwicy z natręctwami, nerwicy z przewagą skarg hipochondrycznych, depresji nerwicowej lub innym.

O rozpoznaniu nerwicy decyduje stwierdzenie wszystkich wymienionych wyżej cech. Nerwice nieznacznie lub miernie upośledzające sprawność ustroju należy poddawać leczeniu. O przewlekłej nerwicy upośledzającej sprawność ustroju mówi się wtedy, kiedy jej objawy uniemożliwiają wykonywanie obowiązków służbowych.

Do § 74. Reakcja sytuacyjna

a) ostre niepsychotyczne zaburzenia, przebiegające najczęściej pod postacią napadów histerycznych, ucieczek, samouszkodzeń, zaburzeń wegetatywnych itp.,

b) występujące pod wpływem trudnych sytuacji,

c) występujące u osób zdrowych psychicznie lub z anomaliami charakterologicznymi.

Zaburzenia osobowości zgodnie z klasyfikacją ICD-10.

Do § 76. Rozpoznanie ustala się na podstawie odpisu historii choroby z zakładu psychiatrycznego lub poradni zdrowia psychicznego.

Do § 77. Upośledzenie umysłowe (niedorozwój umysłowy, oligofrenia) to stan charakteryzujący się:

1) wyraźnie niższą od przeciętnej sprawności intelektualnej (I.I) według skali Wechslera poniżej 85,

2) zaburzeniami dojrzewania, zdolności uczenia się i umiejętności przystosowania społecznego.

Oceny sprawności intelektualnej należy dokonywać z udziałem psychologa i lekarza psychiatry.

Do § 78. Przez zespół zależności alkoholowej (oraz innych środków odurzających) należy rozumieć stan charakteryzujący się :

1) nieodpartym wewnętrznym przymusem ciągłego lub okresowego spożywania alkoholu (przyjmowania środków odurzających),

2) występowaniem objawów zespołu odstawienia po przerwaniu picia (przyjmowania środka),

3) zmienionym sposobem reagowania na alkohol (utratą kontroli nad piciem, zmianami w jego tolerancji, lukami pamięciowymi i innymi), stałym zwiększeniem dawki środka odurzającego,

4) postępującym przebiegiem, prowadzącym do nieodwracalnych następstw psychicznych i fizycznych.

Rozpoznanie należy ustalać na podstawie dokumentacji z poradni przeciwalkoholowej lub poradni zdrowia psychicznego. W wypadkach wątpliwych należy kierować na badania specjalistyczne.

pkt 1. Orzeczenie wydaje się na okres 1 roku. Wymagane jest utrzymywane uczestnictwo w programach odwykowych potwierdzone dokumentacją medyczną

pkt 3. Według tego punktu należy kwalifikować osoby, u których stwierdza się objawy psychodegradacji oraz zmiany somatyczne typowe dla przewlekłych intoksykacji.

Do § 79. Dotyczy :

1) zaburzeń podobnych do nerwic (cerebrastenia, zespoły rzekomonerwicowe) lub nieprawidłowych osobowości (charakteropatia, encefalopatia z zaburzeniami charakteru),

2) zaburzeń spowodowanych chorobami, urazami lub infekcjami centralnego układu nerwowego (CUN),

3) przypadków, gdy badanie neurologiczne, EEG, testy psychologiczne, rtg czaszki, tomografia komputerowa i inne wskazują na organiczne uszkodzenie CUN lub gdy istnieje poważne podejrzenie takiego uszkodzenia, uzasadnione przebiegiem choroby, urazu lub infekcji.

Nie obejmuje następstw uszkodzeń CUN, które miały miejsce we wczesnym okresie rozwojowym. Kwalifikacji orzeczniczych należy dokonywać nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od ustąpienia objawów ostrej fazy choroby lub urazu

pkt 1. Dotyczy zespołów pourazowych i innych z przewagą objawów subiektywnych, bez somatycznych cech upośledzenia sprawności ustroju i stanów w których nastąpiła częściowa kompensacja skutków uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Do § 79 i 80. Kwalifikacji orzeczniczej w należy dokonywać na podstawie dokumentacji z dotychczasowego leczenia w szpitalach specjalistycznych lub poradniach zdrowia psychicznego.

DZIAŁ XVI – CHOROBY UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO					
1	2	3	4	5	6
81	1	Wady rozwojowe nerek lub nerka ruchoma nie upośledzające sprawności ustroju	Z	A	N
	2	Wady rozwojowe nerek lub nerka ruchoma upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
	3	Kamica układu moczowego z okresowym wydalaniem złogów	Z/N	A/B/C	ZN
	4	Śródmiąższowe bakteryjne (odmiedniczkowe) zapalenie nerek	N	A/B	N
	5	Śródmiąższowe (odmiedniczkowe) zapalenie nerek niebakteryjne	N	B	N
	6	Kłębkowe zapalenie nerek	N	B/C	N
	7	Krwiomocz i białkomocz o nieustalonej etiologii	N	A	N
	8	Niewydolność nerek	N	B/C	N
	9	Wrodzony lub pooperacyjny brak jednej nerki z upośledzeniem wydolności pozostałej nerki	N	A	N
	10	Wrodzony lub pooperacyjny brak jednej nerki z upośledzeniem wydolności pozostałej nerki	N	B/C	N
	8	Torbiele nerek	Z/N	A/B/C	Z/N
82	1	Nietrzymanie moczu	N	C	N
	2	Przewlekłe zapalenie pęcherza moczowego	N	A/B/C	N
	3	Przewlekłe organiczne choroby pęcherza moczowego upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
	4	Przetoki pęcherza moczowego	N	C	N
83	1	Wady wrodzone i nabyte cewki moczowej, prącia, jąder	Z/N	A	N

84	1	Choroby narządów płciowych męskich upośledzające sprawność organizmu	N	C	N
85	1	Zmiany anatomiczne wrodzone narządu rodnego i nabyte (w tym stany pooperacyjne) nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z/N	A/B/C	Z/N
	2	Zmiany anatomiczne wrodzone narządu rodnego i nabyte (w tym stany pooperacyjne – endometrium) znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C	N
86	1	Przewlekłe stany zapalne, zakażenia i niezakażenia narządu rodnego upośledzające sprawność ustroju	N	B/C	N
87	1	Stan po odcięciu nadpochwowym i wycięciu całkowitym macicy z powodów innych niż nowotwory złośliwe	Z/N	A/B/C	Z/N
88	1	Stan po wycięciu całkowitym macicy z powodu nowotworu złośliwego	N	B/C	N
89	1	Ciąża	Komisja odstępuje od orzekania		

Objaśnienia szczegółowe

Do § 81 pkt 11. Kwalifikacja orzecznicza uzależniona jest od wielkości torbieli, ich ilości i upośledzenia funkcji wydzielniczej nerki.

Do § 88 pkt 1. Kwalifikacja orzecznicza wymaga konsultacji onkologicznej.

DZIAŁ XVII – CHOROBY ZAKAŹNE I PASOŻYTNICZE					
1	2	3	4	5	6
90	1	Choroby zakaźne przewodu pokarmowego	N	A/B	N
91	1	Gruźlice płuc guzkowe i włóknistoguzkowe (zwłóknienie szczytów)	N	B/C	N
	2	Stan po przebytej gruźlicy płuc	N	B/C	N
	3	Serowate zapalenie płuc	N	C	N
	4	Gruźlica rozsiana (prosówka)	N	C	N
	5	Pozapłucne postacie gruźlicy (gruźlica opłucnej, węzłowa i inne)	N	B/C	N
92	1	Mykobakteriozy (zakażenie prątkami niegruźliczymi)	N	B/C	N
93	1	Choroby odzwierzęce	N	A/B/C	N
94	1	Zakażenia przenoszone drogą płciową	N	A/B/C	N
95	1	Inne choroby wywołane przez krętki	N	A/B/C	N

96	1	Choroby wywołane przez Chlamydie	N	A/B/C	N
97	1	Choroby wirusowe: zakażenie ośrodkowego układu nerwowego	N	B/C	N
	2	Inne wirusowe zakażenia	N	A/B/C	N
98	1	Zakażenie wirusem HIV	N	B/C	N
99	1	Grzybice skóry	Z/N	A/B	Z/N
	2	Inne grzybice	Z/N	A/B	Z/N
100	1	Robaczyce	N	A/B	N
101	1	Choroby wywołane przez pierwotniaki	N	A/B/C	N
102	1	Choroby tropikalne	N	A/B/C	N
103	1	Inne krwiopochodne zakażenia	N	B/C	N
104	1	Borelioza	N	B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 91. Kwalifikacja orzecznicza powinna nastąpić nie wcześniej niż po 12 miesiącach leczenia. Kwalifikacja orzecznicza wymaga konsultacji pulmonologicznej.

Do § 95. Według tego punktu należy kwalifikować brucelozę, leptospirozę.

Do § 94. Według tego punktu należy kwalifikować kiłę wczesną, wrodzoną, późną.

Do § 97 pkt 1. Według tego punktu należy kwalifikować choroby przenoszone przez kleszcze, komary.

Do § 98 pkt 5. Według tego punktu należy kwalifikować w zależności od poziomu limfocytów CD4 oraz stosunku limfocytów CD4 do limfocytów CD8.

Do § 100. Według tego punktu należy kwalifikować tasiemczycę, bąblowicę, włośnicę.

Do § 103. Według tego punktu należy kwalifikować chorobę ptasią, wąglika, gorączkę Q.

Do § 104. Kwalifikacja orzecznicza uzależniona jest od stopnia zaawansowania schorzenia, wymaga opinii specjalisty chorób zakaźnych.

DZIAŁ XVIII – NOWOTWORY					
1	2	3	4	5	6
105	1	Nowotwory niezłośliwe nieupośledzające sprawność ustroju	Z/N	A	Z/N
	2	Nowotwory niezłośliwe szpecące lub powodujące zaburzenia czynności narządu i/lub upośledzające ogólną sprawność ustroju	N	B/C	N
106	1	Nowotwory złośliwe	N	C	N
	2	Stan po usunięciu nowotworów złośliwych i/lub po leczeniu chemioterapią lub radioterapią	N	B/C	N

Objaśnienia szczegółowe

Do § 105 i 106. W rozpoznaniu nowotworów należy brać pod uwagę obraz kliniczny, wyniki badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych oraz badania histopatologicznego gdy jest ono niezbędne i możliwe do wykonania.

UZASADNIENIE

Projekt niniejszego rozporządzenia stanowi wykonanie delegacji zawartej w art. 7 ust. 2 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …).

Powyższy przepis zobowiązuje ministra właściwego do spraw wewnętrznych do określenia, w drodze rozporządzenia, wykazu chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby, na podstawie którego komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych wydają orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności do służby kandydata albo funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Biura Ochrony Rządu.

Projekt rozporządzenia określa:

1) wykaz chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby kandydatów i funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej oraz Biura Ochrony Rządu, stanowiący załącznik nr 1, oraz
2) wykaz chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby kandydatów i funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej, stanowiący załącznik nr 2.

Przyjęcie dwóch wykazów uzasadnione jest tym, iż formacje ujęte w załączniku nr 1 należą do formacji uzbrojonych, co ma wpływ na wymagania zdrowotne stawiane wobec kandydatów do służby i funkcjonariuszy.

Wykazy zawierają tabelę z listą ponad stu jednostek chorobowych i ułomności. Choroby i ułomności usystematyzowane zostały w wykazie w działach, paragrafach i punktach, którym przyporządkowano literowe oznaczenia kategorii zdolności do służby. Ustawa o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych w art. 4 ust. 1 oraz w art. 5 ust. 1, określa następujące kategorie zdolności do służby w Policji, Straży Granicznej, Biurze Ochrony Rządu oraz Państwowej Straży Pożarnej:

1) w odniesieniu do kandydatów do służby:
   a) kategoria Z – „zdolny do służby” (stan zdrowia nie budzi żadnych zastrzeżeń albo że stwierdzone choroby lub ułomności nie stanowią przeszkody do pełnienia służby),
   b) kategoria N – „niezdolny do służby” (stwierdzone choroby lub ułomności uniemożliwiają pełnienie służby),

2) w odniesieniu do funkcjonariuszy:
   a) kategoria A – „zdolny do służby” (stan zdrowia nie budzi żadnych zastrzeżeń albo, że stwierdzone choroby lub ułomności nie stanowią przeszkody do pełnienie służby),
   b) kategoria B – „zdolny do służby z ograniczeniem” (stwierdzono choroby lub ułomności, które zmniejszają jego sprawność fizyczną lub psychiczną i uniemożliwiają pełnienie służby na zajmowanym stanowisku, ale nie stanowią przeszkody do pełnienia służby na innym stanowisku),
   c) kategoria C – „niezdolny do służby” (stwierdzono choroby lub ułomności, które uniemożliwiają pełnienie służby).

   Kategorie zdolności do służby oznaczane są oddzielnie dla następujących kategorii osób badanych:

1) kandydatów do służby w Policji, Straży Granicznej, Biurze Ochrony Rządu (załącznik nr 1) oraz Państwowej Straży Pożarnej (załącznik nr 2),
2) funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu (załącznik nr 1) oraz funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej (załącznik nr 2),
3) funkcjonariuszy Policji ubiegających się o podjęcie służby oraz pełniących służbę bezpośrednio przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu oraz funkcjonariuszy Straży Granicznej ubiegających się o podjęcie służby oraz pełniących służbę w Wydziale Zabezpieczenia Działań (załącznik nr 1),
4) kandydatów do szkół i ośrodków szkolenia Państwowej Straży Pożarnej (załącznik nr 2).

Choroby i ułomności określone w wykazach – załącznikach nr 1 i 2 do projektu rozporządzenia, są zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej, umożliwią komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych ustalenie przydatności i predyspozycji badanych kandydatów i funkcjonariuszy do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Biurze Ochrony Rządu. Z uwagi na charakter i warunki służby (stała dyspozycyjność, zmienny rytm dobowy służby, stała i pełna sprawność psychofizyczna, narażenie życia i zdrowia na urazy fizyczne i psychiczne) kandydaci do służby i funkcjonariusze ww. formacji muszą spełniać wysokie wymagania zdrowotne przy przyjęciu do służby oraz przez cały okres jej trwania.

Projekt rozporządzenia wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., tj. z dniem wejścia w życie ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

Projekt rozporządzenia zamieszczony zostanie w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia zamieszczony zostanie także w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny, zgodnie z § 52 ust. 1 Uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie wykazu chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Biurze Ochrony Rządu **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Spraw Wewnętrznych **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Podsekretarz Stanu w MSW – Stanisław Rakoczy **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Grażyna Górna – Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia MSW, (22) 508 16 40	**Data sporządzenia** 4 marca 2014 r. **Źródło:** Upoważnienie ustawowe **Nr w wykazie prac …….**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Określenie wykazu chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby, na podstawie którego komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych wydają orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności do służby kandydata albo funkcjonariusza Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Biura Ochrony Rządu, który byłby zgodny z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej i umożliwiał ustalenie przydatności i predyspozycji badanych kandydatów i funkcjonariuszy do służby w wymienionych wyżej formacjach.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Proponuje się przyjęcie dwóch wykazów:

3) wykazu chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby kandydatów i funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej oraz Biura Ochrony Rządu (formacji uzbrojonych),
4) wykazu chorób i ułomności oraz kategorii zdolności do służby kandydatów i funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej.

Choroby i ułomności określone w wykazach – załącznikach nr 1 i 2 do projektu rozporządzenia, umożliwią komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych ustalenie przydatności i predyspozycji badanych kandydatów i funkcjonariuszy do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Biurze Ochrony Rządu.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Kandydaci do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Biurze Ochrony Rządu			ustalenie przydatności i predyspozycji do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Biurze Ochrony Rządu w oparciu o regulacje zgodne z aktualną wiedzą medyczną, uwzględniające charakter i warunki służby
Funkcjonariusze Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Biura Ochrony Rządu			ustalenie przydatności i predyspozycji do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Biurze Ochrony Rządu w oparciu o regulacje zgodne z aktualną wiedzą medyczną,

			uwzględniające charakter i warunki służby
Komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych			Stosowanie regulacji zgodnych z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt rozporządzenia zamieszczony zostanie w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).
Projekt rozporządzenia zamieszczony zostanie także w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny, zgodnie z § 52 ust. 1 Uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0–10)*
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0–10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z … r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							

W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	
Niemierzalne		

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy

Komentarz:
Projektowane rozporządzenie nie wprowadzi dodatkowych obciążeń regulacyjnych.

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie

Omówienie wpływu	Brak wpływu.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Realizacja obowiązku stosowania nowego formularza skierowania nastąpi z chwilą wejścia w życie projektowanego rozporządzenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Projektowane rozporządzenie będzie stosowane w sposób ciągły, stąd też nie planuje się ewaluacji efektów projektu, a tym samym nie stosuje się mierników dla tej ewaluacji.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak załączników.

Projekt

ROZPORZĄDZENIE

MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI

z dnia

w sprawie wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do służby na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata do Służby Więziennej i funkcjonariusza Służby Więziennej uwzględniając potrzebę ustalenia w toku badania przez komisję lekarską przydatności i predyspozycji do służby z uwagi na charakter i warunki tej służby

Na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wykaz chorób i ułomności, kategorie zdolności do służby kandydata do Służby Więziennej zwanego dalej „kandydatem” lub funkcjonariusza Służby Więziennej, zwanego dalej „funkcjonariuszem”, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem …

MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI

Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Sprawiedliwości
z dnia … (poz. …)

WYKAZ CHORÓB I UŁOMNOŚCI ORAZ KATEGORII ZDOLNOŚCI DO SŁUŻBY

PARAGRAF	PUNKT	Choroby i ułomności	Kategorie zdolności kandydatów do służby i funkcjonariuszy	
			kandydat do służby	funkcjonariusz
1	2	3	4	5

Dział I - Budowa ciała

1	2	3	4	5
1	1	Asteniczna budowa ciała nieupośledzająca sprawności ustroju	Z	A
	2	Asteniczna budowa ciała nieznacznie upośledzająca sprawność ustroju	N	A B
	3	Asteniczna budowa ciała upośledzająca sprawność ustroju	N	B C
	4	Kacheksja nierokujaca poprawy	N	C
	5	Otyłość nieupośledzająca sprawności ustroju	Z N	A
	6	Otyłość upośledzająca nieznacznie sprawność ustroju	N	A B
	7	Otyłość upośledzająca znacznie sprawność ustroju	N	B C
	8	Odwrotne położenie trzewi, bez zaburzeń sprawności ustroju	Z	A
	9	Odwrotne położenie trzewi, z zaburzeniami sprawności ustroju	N	C B

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 1:

- pkt 1 - 3. Asteniczną budowę ciała należy oceniać nie tylko na podstawie dysproporcji między wzrostem i ciężarem ciała, lecz biorąc pod uwagę stan umięśnienia oraz stan układu krążenia i oddechowego, w oparciu o próby czynnościowe (próba bezdechu, spirometria, próba wysiłkowa: mierzenie tętna i ciśnienia krwi w spoczynku i po 20 przysiadach oraz ustalenie czasu powrotu do wartości wyjściowych). Ocenę stopnia zdolności do służby przy astenicznej budowie ciała należy opierać raczej na stwierdzeniu zaburzeń ogólnej sprawności ustroju niż odchyleniach od wskaźników antropometrycznych.
- pkt 5 - 7. Należy kwalifikować na podstawie BMI (oblicza się dzieląc masę ciała w kilogramach przez kwadrat wzrostu w metrach)
- pkt 5 - BMI - 30 - 34.90 kg/m
- pkt 6 - BMI - 35 - 39.90 kg/m
- pkt 7 - BMI - > 40 kg/m

- pkt 8 - 9. W razie stwierdzenia całkowitego odwrotnego położenia trzewi należy zwrócić uwagę na układ oddechowy i moczowy ze względu na często występujące w tych wypadkach rozstrzenie oskrzeli, zapalenie zatok przynosowych i wady rozwojowe nerek. Przy kwalifikowaniu badanych, u których rozpoznano to schorzenie, należy przeprowadzić badanie radiologiczne płuc, nerek (urografia) i zatok przynosowych.

Dział II - Skóra, tkanka podskórna i węzły chłonne

1	2	3	4	5
2	1	Przewlekłe choroby skóry nieznacznie szpecące i nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A
	2	Przewlekłe choroby skóry miernie szpecące lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N Z	A B
	3	Przewlekłe choroby skóry wybitnie szpecące lub upośledzające sprawność ustroju	N	C B
3	1	Widoczna zmiana w wyglądzie rażąco naruszająca wizerunek umundurowanego funkcjonariusza państwowego (tatuaż, biżuteria i inne)	N	B C
	2	Blizny nieznacznie szpecące lub miernie upośledzające sprawność ustroju	Z N	A
	3	Blizny upośledzające sprawność ustroju lub znacznie szpecące	N	B C
	4	Ciała obce wgojone w powłoki zewnętrzne nieupośledzające sprawności ustroju	Z N	A
	5	Ciała obce wgojone w powłoki zewnętrzne upośledzające sprawność ustroju	N	B C
	6	Blizny po samouszkodzeniach	N	B C
4	1	Przewlekłe zapalenie obwodowych węzłów chłonnych z ropieniem	N	C B
5	1	Obrzęk limfatyczny nieupośledzający lub nieznacznie upośledzający sprawność ustroju	N	A B
	2	Obrzęk limfatyczny znacznie upośledzający sprawność ustroju	N	C

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 2. Nowotwory skóry należy kwalifikować według paragrafów działu XVIII - Nowotwory.

- pkt 1 - 3. Według tych punktów należy kwalifikować różnorodne przewlekłe uogólnione choroby skóry, jak: świerzbiączka uogólniona (wyprysk endogenny), wrodzone zaburzenia rogowacenia skóry znacznego stopnia (rogowiec dziedziczny, rybia łuska), wrodzone dziedziczne oddzielanie się naskórka, pęcherzyca, skóra pergaminowata barwikowa, uogólnione i nawracające lub oporne na leczenie postacie łuszczycy.

Do § 3:

- pkt 2 i 3. Według tych punktów należy kwalifikować między innymi wyleczoną gruźlicę skóry. W kwalifikacji orzeczniczej należy brać pod uwagę wielkość, lokalizację i szpecący charakter zmian.
- pkt 3. Przez *„blizny upośledzające sprawność ustroju”* należy rozumieć blizny utrudniające noszenie umundurowania i oporządzenia, blizny połączone z ubytkami tkanek miękkich (po zranieniach, oparzeniach itp.) oraz blizny w miejscach narażonych na tarcie w czasie ruchów i chodzenia.
- pkt 6. Wymaga konsultacji psychiatrycznej.

Dział III - Czaszka

1	2	3	4	5
6	1	Zniekształcenia czaszki nieupośledzające czynności układu nerwowego	Z N	A
	2	Zniekształcenia czaszki (guzy, wgniecenia), choroby i ubytki kości, nieznacznie upośledzające czynności układu nerwowego	N	B C
	3	Ubytki kości czaszki, zniekształcenia (guzy, wgniecenia) oraz choroby kości czaszki, upośledzające czynności układu nerwowego	N	C
	4	Przepukliny mózgu	N	C
	5	Ciała obce w mózgu	N	C

Dział IV - Narząd wzroku

1	2	3	4	5
7	1	Zniekształcenie powiek nieupośledzające ich sprawności	Z	A
	2	Zniekształcenie powiek upośledzające ich sprawność	N	B
	3	Przewlekle choroby brzegów powiek lub spojówek, nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność oka	N Z	A B
	4	Przewlekle choroby brzegów powiek lub spojówek, trudno poddające się leczeniu i upośledzające sprawność oka	N	B C
	5	Obwodowe zrosty spojówki gałkowej i powiekowej, nieupośledzające ruchów gałki ocznej lub powiek	Z N	A
	6	Zrosty spojówki gaikowej i powiekowej, nieznacznie upośledzające ruchomość gaiki ocznej	N Z	B A
	7	Zrosty spojówki gałkowej i powiekowej, upośledzające ruchomość gaiki ocznej	N	C B
8	1	Nieznaczne upośledzenie wydzielania lub odpływu łez	N	A B
	2	Znaczne upośledzenie wydzielania lub odpływu łez	N	C B
9	1	Ślepota jednego oka lub brak jednej gałki ocznej przy ostrości wzroku oka drugiego 0,8 bez korekcji lub większej po zastosowaniu szkieł sferycznych do 3,0 D lub cylindrycznych do 2,0 D	N	C B
	2	Ślepota jednego oka lub brak jednej gaiki ocznej przy ostrości wzroku oka drugiego poniżej 0,8 po zastosowaniu szkieł sferycznych do 3,0 D lub cylindrycznych do 2,0 D	N	C
	3	Całkowita ślepota lub brak obu gałek ocznych	N	C

10	1	Nieznaczny oczopląs przy skierowaniu gałek ocznych w bok	N Z	A B
	2	Nieznaczny oczopląs przy patrzeniu wprost, wzmagający się przy patrzeniu w bok	N	B C
	3	Wyraźny oczopląs przy patrzeniu wprost	N	C
11	1	Brak jednoczesnego widzenia obuocznego (zez utajony, zez jawny, stany po operacji zeza) z ostrością wzroku każdego oka 0,5 lub większą bez korekcji bądź z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi do 1,0 D lub wypukłymi do 3,0 D albo cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi do 1,0 D	N Z	A B
	2	Brak jednoczesnego widzenia obuocznego (zezy i stany po operacji zeza) z ostrością wzroku każdego oka nie mniejszą niż 0,5 z korekcją szklarni sferycznymi wklęsłymi do 3,0 D lub wypukłymi do 6,0 D albo cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi do 2,0 D	N	C B
	3	Brak jednoczesnego widzenia obuocznego (zezy i stany po operacji zeza) z ostrością wzroku jednego oka co najmniej 0,5, a drugiego oka od 0,1 do 0,4, mimo korekcji szkłami sferycznymi wklęsłymi do 3,0 D lub wypukłymi do 6,0 D albo cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi do 2,0 D	N	C B
12	1	Niedowłady lub porażenia mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka, nieznacznie upośledzające widzenie obuoczne	N	B
	2	Niedowłady lub porażenia mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka, znacznie upośledzające widzenie obuoczne	N	C
13	1	Ostrość wzroku jednego oka lub obu oczu poniżej 0,8, bez korekcji szkłami	Z	A
	2	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi do 1,0 D lub wypukłymi do 3,0 D albo cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi do 1,0 D	Z N	A
	3	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5 z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi powyżej 1,0 D do 3,0 D lub wypukłymi powyżej 3,0 D do 6,0 D albo cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi powyżej 1,0 D do 2,0 D	N Z	B A
	4	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5, z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi powyżej 3,0 D do 6,0 D lub wypukłymi powyżej 6,0 D do 10,0 D albo cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi powyżej 2,0 D do 3,0 D	N	B C
	5	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0,5, z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi powyżej 6,0 D lub wypukłymi powyżej 10,0 D albo cylindrycznymi powyżej 3,0 D	N	C B
	6	Ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0,5,	N	C

		drugiego oka w granicach od 0,1 do 0,4, z korekcją szkłami sferycznymi do 6,0 D lub cylindrycznymi do 3,0 D		B
	7	Ostrość wzroku każdego oka w granicach od 0,1 do 0,4, z korekcją szkłami sferycznymi powyżej 6,0 D lub cylindrycznymi powyżej 3,0 D	N	C
14	1	Przebyte przewlekłe choroby rogówki, twardówki, tęczówki i ciałka rzęskowego, nieznacznie upośledzające czynność oka	N	B
	2	Przebyte przewlekłe choroby tęczówki i ciałka rzęskowego, upośledzające czynność oka	N	C B
	3	Przebyte przewlekłe choroby siatkówki, naczyniówki i nerwu wzrokowego, nieznacznie upośledzające czynność oka	N	B
	4	Przebyte przewlekłe choroby siatkówki, naczyniówki i nerwu wzrokowego, upośledzające czynność oka	N	C
	5	Nieznaczne upośledzenie rozróżniania barw	Z N	A
	6	Znaczne upośledzenie rozróżniania barw	N	B C
	7	Jaskra	N	B C
	8	Przebyta operacja zaćmy z wszczepieniem soczewki	N	B

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 7. Według tego paragrafu należy kwalifikować zmiany pogruźlicze.

- pkt 3 i 4. W razie stwierdzenia przewlekłego zapalenia brzegów powiek i spojówek należy brać pod uwagę wady wzroku przy nieużywaniu szkieł korekcyjnych oraz czynniki szkodliwe, działające z zewnątrz, jak pył, gazy itp. Podstawą do uznania badanego za trwale niezdolnego do służby jest opinia lekarza okulisty.
- pkt 5 - 7. Przy kwalifikowaniu zrostów spojówki gałkowej i powiekowej należy brać pod uwagę ograniczenie ruchomości oka i upośledzenie widzenia obuocznego. Według tych punktów należy także kwalifikować następstwa jaglicy.

Do § 9. Przez ślepotę oka należy rozumieć także ostrość wzroku poniżej 0,1 niedającą się poprawić szkłami (bez względu na ich siłę korygującą) albo wypadki, w których pole widzenia nie przekracza 10 %.

Do § 10 Każdy zdiagnozowany przez okulistę przypadek oczopląsu podlega konsultacji neurologicznej i laryngologicznej,

Do § 11 pkt 3. Jeżeli stwierdzona ostrość wzroku wymaga kwalifikacji niższej niż określona w tym punkcie, należy kwalifikować równocześnie według zasad podanych w § 9 i 13.

Do § 12 W przypadkach stwierdzenia u funkcjonariusza niedowładów lub porażeń mięśni zewnętrznych lub wewnętrznych oka konieczna jest konsultacja neurologiczna.

Do § 13 Jeżeli ostrość wzroku któregokolwiek oka wynosi poniżej 0,5, należy skierować badanego na badanie okulistyczne w celu stwierdzenia ostrości wzroku i określenia wady refrakcji. Przy znacznej różnowzroczności należy uwzględniać szkła, jakie badany nosi przy patrzeniu obuocznym. Przy ocenie ostrości wzroku nie uwzględnia się szkieł kombinowanych. W przypadku zmętnienia lub zniekształcenia środowisk załamujących za podstawę kwalifikacji przyjmuje się ostrość wzroku.

Do § 14 pkt 1 - 4. Przy kwalifikacji według tych punktów należy uwzględnić równocześnie zasady podane w § 9 i 13.

- pkt 1 i 2. Według tych punktów należy kwalifikować również zmiany pogruźlicze.
- pkt 3 i 4. W przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego stwierdzonego u funkcjonariusza konieczna jest konsultacja neurologiczna; według tych punktów należy kwalifikować również ograniczenia pola widzenia.
- pkt 5 i 6. Przez prawidłowe rozróżnianie barw należy rozumieć umiejętność rozróżniania czterech barw

podstawowych, tj. czerwonej, żółtej, zielonej i niebieskiej, Stan ten nie stwarza praktycznie ograniczeń do pełnienia służby na prawie wszystkich stanowiskach służbowych. Prawidłowe rozróżnianie wszystkich barw jest wymagane jedynie na pojedynczych stanowiskach. Przez nieznaczne upośledzenie barw należy rozumieć utrudnienie rozróżniania czterech barw podstawowych, tj. pomyłki przy odczytywaniu pojedynczych tablic z zestawu Ishihary lub Stillinga bądź przedłużony czas odczytu (ponad 3 sek). Nieumiejętność rozróżniania czterech barw podstawowych należy traktować jako znaczne upośledzenie rozróżniania barw kwalifikujące badanych do kategorii C lub D. Ocena należy do okulisty.

Dział V - Narząd słuchu

1	2	3	4	5
15	1	Wady wrodzone, choroby ucha zewnętrznego bez niedosłuchu	Z	A
	2	Wady wrodzone, choroby ucha zewnętrznego z niedosłuchem	N	B C
16	1	Jednostronne zwężenie lub zamknięcie przewodu słuchowego, blizny zniekształcające błonę bębenkową, upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych, przewlekły nieżyt ucha środkowego bez niedosłuchu	N Z	A
	2	Jednostronne zwężenie lub zamknięcie przewodu słuchowego, blizny zniekształcające błonę bębenkową, upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych, przewlekły nieżyt ucha środkowego z niedosluchem	N	B
	3	Obustronne zwężenie lub zamknięcie przewodu słuchowego, blizny zniekształcające błonę bębenkową, upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych, przewlekły nieżyt ucha środkowego bez niedosłuchu	N	B C
	4	Obustronne zwężenie lub zaniknięcie przewodu słuchowego, blizny zniekształcające błonę bębenkową, upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych, przewlekły nieżyt ucha środkowego z niedosłuchem	N	C
	5	Jednostronne zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową, upośledzające ruchomość kosteczek słuchowych, przewlekły nieżyt ucha środkowego, z przytępieniem słuchu graniczącym z głuchotą	N	C B
	6	Obustronne zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego zewnętrznego, blizny zniekształcające błonę bębenkową, upośledzające ruchomość kosteczek: słuchowych, przewlekły nieżyt ucha środkowego, z przytępieniem słuchu graniczącym z głuchotą	N	C
17	1	Jednostronny suchy ubytek błony bębenkowej	N	A
	2	Obustronny suchy ubytek błony bębenkowej	N	B A
18	1	Jednostronne przewlekle ropne zapalenie ucha środkowego, z ubytkiem błony bębenkowej albo ziarniną, polipami lub perlakiem	N	B
	2	Obustronne przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, z ubytkiem błony bębenkowej albo ziarniną, polipami lub perlakiem	N	B C

	3	Jedno- lub obustronne przewlekle ropne zapalenie ucha środkowego powikłane - niezależnie od ostrości słuchu	N	C
19	1	Stan po przebytej antromastoidektomii bez upośledzenia słuchu	Z	A
	2	Stan po wygojonej jedno- lub obustronnej operacji zachowawczej ucha środkowego, z osłabieniem słuchu lub bez osłabienia słuchu	Z N	A B
	3	Stan po wygojonej jednostronnej operacji zachowawczej ucha środkowego, z przytępieniem słuchu lub utrzymującym się ropieniem	N	B C
	4	Stan po wygojonej obustronnej operacji zachowawczej ucha środkowego, z przytępieniem słuchu lub utrzymującym się ropieniem	N	C
	5	Stan po jednostronnej operacji doszczętnej ucha środkowego, wygojonej lub z utrzymującym się ropieniem	N	B C
	6	Stan po obustronnej operacji doszczętnej ucha środkowego	N	B C
	7	Stan po operacji doszczętnej ucha środkowego, z wygojonym uszno-pochodnym ropniem mózgu lub móżdżku	N	C
20	1	Tympanoskleroza, otoskleroza jednostronna, bez niedosłuchu	N	A B
	2	Tympanoskleroza, otoskleroza jednostronna, z niedosłuchem	N	B C
	3	Tympanoskleroza, otoskleroza obustronna, bez niedosłuchu	N	B C
	4	Tympanoskleroza, otoskleroza obustronna, z niedosłuchem	N	B C
	5	Obustronne zwyrodnienie włókniste lub kostne (tympano- lub otoskleroza) ucha środkowego, z przytępieniem słuchu	N	C
	6	Obustronne zwyrodnienie włókniste lub kostne (tympano- lub otoskleroza) ucha środkowego, z przytępieniem słuchu graniczącym z głuchotą (jedno- lub obustronnym)	N	C
	7	Stan po jedno- lub obustronnej operacji ucha środkowego z powodu włóknistego lub kostnego zwyrodnienia	N	C B
21	1	Jednostronny niedosłuch dla tonów wysokich	N Z	A B
	2	Obustronny niedosłuch dla tonów wysokich	N	B C
	3	Jednostronny niedosłuch w paśmie częstotliwości niskich i średnich	N	B
	4	Obustronny niedosłuch w paśmie częstotliwości niskich i średnich	N	B C
	5	Jednostronne przytępienie słuchu przy drugostronnym osłabieniu słuchu, pochodzące z ucha wewnętrznego, nerwu słuchowego lub ośrodków centralnych, bez zaburzeń równowagi ciała	N	B A

	6	Jednostronne przytępienie słuchu pochodzące z ucha wewnętrznego, nerwu słuchowego lub ośrodków centralnych, bez zaburzeń równowagi ciała	N	C B
	7	Obustronne przytępienie słuchu przy drugostronnym osłabieniu słuchu, pochodzące z ucha wewnętrznego, nerwu słuchowego lub ośrodków centralnych, bez zaburzeń równowagi ciała	N	C
	8	Zaburzenia równowagi ciała wskutek uszkodzenia ucha wewnętrznego lub nerwu przedsionkowego po jednej lub 1 obu stronach (niezależnie od ostrości słuchu)	N	C

* **Objaśnienia szczegółowe**

Wszyscy kandydaci wymagają konsultacji laryngologicznej. Zaburzenia w zakresie narządu równowagi wymagają zawsze badania laryngologicznego i neurologicznego.

Do § 16 - 20 i § 21 pkt 3 i 4.

Kwalifikacja orzecznicza powinna opierać się na klasyfikacji uszkodzenia słuchu w paśmie częstotliwości 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz, 3000 Hz.

25 - 40 dB lekkie uszkodzenie słuchu,

40 - 70 dB umiarkowane uszkodzenie słuchu,

70 - 90 dB znaczne uszkodzenie słuchu,

90 - 120 dB głębokie uszkodzenie słuchu,

powyżej 120 dB całkowita głuchota.

Wartość ubytku słuchu należy wyliczać jako średnia arytmetyczną z trzech progów częstotliwości.

Do § 16 pkt 5. Kwalifikacja orzecznicza uzależniona od stopnia niedosłuchu ucha lepiej słyszącego.

Do § 18 pkt 3. Przez powikłania przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego należy rozumieć zmiany w zakresie: nerwu twarzowego (porażenie), błędnika (zaburzenia równowagi), opon mózgowych, tkanki mózgowej i zatok czołowych.

Do § 19:

- pkt 1. W wypadku upośledzenia słuchu należy kwalifikować zgodnie z zasadami określonymi w § 16.
- pkt 2. Kategoria C w przypadku stwierdzenia obustronnego niedosłuchu.
- pkt 3. W przypadku stwierdzenia niedosłuchu bez utrzymującego się ropienia - kategoria C
- pkt 7. Kwalifikacja jest zależna od ostrości słuchu zgodnie z odpowiednimi punktami tego paragrafu. Rozpoznanie powinno być oparte na dokumentacji szpitalnej.

Do § 21:

- pkt 1 - 2. Kandydata z niedosłuchem dla częstotliwości wysokich w paśmie /od 3000 - 6000 Hz/ przy częstotliwości 4000 Hz z ubytkiem słuchu do 25 dB należy kwalifikować jako zdolny.
- pkt 8. Rozpoznanie zaburzeń powinno być oparte na wynikach prób przedsionkowych. W razie stwierdzenia odchyleń w próbach przedsionkowych należy kwalifikować wspólnie z neurologiem. Przy braku odchyleń w próbach przedsionkowych należy kwalifikować zależnie od stopnia upośledzenia słuchu.

Dział VI - Jama ustna

1	2	3	4	5
22	1	Choroby warg i jamy ustnej nieupośledzające mowy i przyjmowania pokarmów lub nieznacznie upośledzające mowę.	Z	A
	2	Choroby warg i jamy ustnej znacznie upośledzające mowę i przyjmowanie pokarmów.	N	B C
	3	Warga zajęcza	N	B C
	4	Warga zajęcza z rozszczepieniem szczęki i podniebienia (wilcza paszcza)	N	C

	5	Blizny i ubytki podniebienia miękkiego, przedziurawienie i rozszczepienie podniebienia twardego i miękkiego, nieznacznie upośledzające mowę lub przyjmowanie pokarmów	N	B C
	6	Ubytki podniebienia twardego znacznie upośledzające mowę lub przyjmowanie pokarmów	N	C
23	1	Zniekształcenie języka nieupośledzające mowy i połykania	Z N	A
	2	Zniekształcenie języka nieznacznie upośledzające mowę lub połykanie	N Z	B A
	3	Zniekształcenie języka znacznie upośledzające mowę lub połykanie	N	C
	4	Torbiele jamy ustnej nieupośledzające albo nieznacznie upośledzające mowę lub połykanie	Z N	A B
	5	Torbiele jamy ustnej upośledzające mowę lub połykanie	N	B C
	6	Przewlekłe zapalenie ślinianek nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N Z	A
	7	Przewlekłe zapalenie ślinianek upośledzające sprawność ustroju	N	B C
	8	Przetoki ślinowe	N	C B
24	1	Braki i wady uzębienia, z utratą zdolności żucia powyżej 50 %, upośledzające mowę i stan odżywiania	N	B C
	2	Przewlekłe zapalenie okołozębia z zanikiem tkanki kostnej przyzębia i częściowym rozchwianiem zębów	N	B C
25	1	Zniekształcenie szczęki lub żuchwy, wrodzone lub nabyte, nieznacznie upośledzające żucie	Z N	A B
	2	Zniekształcenie szczęki lub żuchwy, wrodzone lub nabyte, znacznie upośledzające żucie	N	B C
	3	Złamanie szczęki lub żuchwy niezrośnięte lub zrośnięte nieprawidłowo, wybitnie upośledzające żucie	N	C
	4	Ograniczenie zwierania szczęk (odległość między górnymi a dolnymi siekaczami poniżej 2 cm)	N	A
	5	Ograniczenie zwierania szczęk znacznego stopnia (odległość między górnymi a dolnymi siekaczami powyżej 2 cm)	N	B C
	6	Stany po przebytych operacjach kostnokorekcyjnych lub kostnoodtwórczych szczęki lub żuchwy, bez upośledzenia żucia	Z N	A B
	7	Stany po przebytych operacjach kostnokorekcyjnych lub kostnoodtwórczych szczęki lub żuchwy, z upośledzeniem żucia	N	B C
	8	Przewlekłe schorzenia stawu żuchwowego nieupośledzające żucia	N	A
	9	Przewlekłe schorzenia stawu żuchwowego znacznie	N	C

		upośledzające żucie		

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 23 pkt 1 - 3. Przez zniekształcenie należy rozumieć także bliznowacenie, z ubytkami tkanek.

Do § 24. Przy badaniu uzębienia należy zwrócić uwagę na rodzaj i stan zgryzu, ewentualnie jego zniekształcenia rozwojowe lub nabyte, na stan tkanek okołozębia i możliwe objawy paradontopatii. Zęby przeznaczone do usunięcia (zęby z miazgą zgorzelinową, wielokorzeniowe ze znacznie zniszczonymi koronami) należy traktować jako brakujące. Przy ocenie procentowej utraty zdolności żucia przyjmuje się tylko 28 zębów w jamie ustnej. Zęby mądrości mogą być brane pod uwagę, jeśli przy zwarciu odtwarzają w części płaszczyznę żucia ewentualnie brakujących zębów (siódemek). Procentową utratę zdolności żucia oblicza się według poniższej tabeli:

ZĄB	1	2	3	4	5	6	7
WARTOŚĆ PROCENTOWA	4	3	6	7	7	11	12

Przy obliczaniu wartości procentowej zdolności żucia bierze się pod uwagę nie tylko zęby brakujące, ale również zęby pozbawione antagonistów.

Przykład obliczania:

7 6 5 | 6
brak zębów --------- = 41 %
6 5 |

Protezy stałe, niezależnie od ich rozległości, należy traktować jako odtworzenie zdolności żucia. Ocena wartości funkcjonalno-klinicznej protez stałych i zębów filarowych oraz wynikającej z tego powodu utraty zdolności żucia należy do lekarza dentysty. Protezy ruchome uzupełniające braki zębów u badanego należy traktować jako odtworzenie zdolności żucia.

Do § 25 pkt 1 i 2. Przez zniekształcenie szczęki lub żuchwy należy rozumieć progenię prawdziwą, protruzję szczęki lub żuchwy, laterogenię, prognację, zgryz otwarty lub wady skojarzone szczęki lub żuchwy, jak np. progenię prawdziwą z mikrognacją i inne.

Dział VII - Nos, gardło i krtań

1	2	3	4	5
26	1	Polipy nosa lub przerosty muszli nosowych, nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające drożność nosa	Z N	A
	2	Polipy nosa lub przerosty muszli nosowych, upośledzające drożność nosa	N	B
	3	Skrzywienie przegrody nosa nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające drożność nosa	Z N	A
	4	Skrzywienie przegrody nosa upośledzające drożność nosa	N	B C
	5	Zwężenie nozdrzy (przednich i tylnych) nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające drożność nosa	Z N	A
	6	Zwężenie nozdrzy (przednich i tylnych) upośledzające drożność nosa	N	B A
	7	Zarośnięcie jam nosowych lub jamy nosowo-gardłowej znacznego stopnia	N	C
	8	Zniekształcenie lub zniszczenie części nosa,	Z	A

		nieznacznie szpecące lub nieznacznie upośledzające jego drożność	N	
	9	Zniekształcenie lub zniszczenie części nosa, znacznie szpecące lub upośledzające jego drożność	N	B C
	10	Przewlekle nieżytowe zapalenie zatok przynosowych	Z	A
	11	Przewlekłe śluzowo-ropne lub ropne zapalenie zatok przynosowych	N	B
	12	Przewlekły suchy nieżyt nosa nieznacznie upośledzający sprawność ustroju	Z N	A B
	13	Przewlekły suchy lub suchy zanikowy nieżyt nosa upośledzający sprawność ustroju	N	B
	14	Zanikowy cuchnący nieżyt błony śluzowej nosa (ozena)	N	C
27	1	Przewlekły nieżyt (zwykły, przerostowy lub zanikowy) gardła lub krtani, nieznacznie upośledzający sprawność ustroju	N Z	A
	2	Przewlekły nieżyt (zwykły, przerostowy lub zanikowy) gardła lub krtani, upośledzający sprawność ustroju	N	B C
	3	Blizny i zniekształcenia gardła, krtani lub tchawicy, nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z N	B A
	4	Blizny i zniekształcenia gardła, krtani lub tchawicy, upośledzające sprawność ustroju	N	C
28	1	Zaburzenia ruchomości wiązadeł głosowych na tle organicznym lub czynnościowym nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	A B
	2	Zaburzenia ruchomości wiązadeł głosowych na tle organicznym lub czynnościowym upośledzające sprawność ustroju	N	C B
29	1	Wady wymowy nieznacznie upośledzające zdolność porozumiewania się	Z N	A B
	2	Wady wymowy upośledzające zdolność porozumiewania się	N	B C
30	1	Przewlekłe alergiczne nieżyty górnych dróg oddechowych nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	A
	2	Przewlekłe alergiczne nieżyty górnych dróg oddechowych znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B C
	3	Twardziel nosa, gardła, krtani i tchawicy	N	C

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 26 pkt 1 - 4. W razie przerostu muszli nosowej i polipów, a zwłaszcza skrzywienia przegrody nosowej, decydujące znaczenie przy ocenie zdolności do służby ma zachowany stopień zdolności oddychania przez nos. Przez upośledzenie sprawności ustroju w tych wypadkach należy rozumieć trwałe i

wyraźne upośledzenie oddychania przez nos, ze skłonnością do częstych zapaleń jam przynosowych i ucha środkowego lub do przewlekłych chorób gardła.

Do § 28. Paragraf niniejszy obejmuje takie zaburzenia głosu, jak niedomoga głosowa (phonasthenia), znużenie głosowe (pseudophonasthenia), niedomoga głosowa na tle zaburzeń endokrynologicznych, bezgłos histeryczny oraz bezgłos skurczowy (aphonia spastica).

Dział VIII - Układ kostno-stawowy: szyja, klatka piersiowa i kręgosłup

1	2	3	4	5
31	1	Kręcz karku ze zmianami przedmiotowymi w układzie nerwowym	N	C B
	2	Przetoki oskrzelopochodne	N	C B
32	1	Zniekształcenia obojczyka nieupośledzające sprawności obręczy barkowej	Z	A
	2	Zniekształcenia obojczyka upośledzające sprawność obręczy barkowej	N	B C
	3	Stawy rzekome obojczyka	N	B C
33	1	Zniekształcenia lub ubytki kostne klatki piersiowej, nieupośledzające sprawności ustroju	Z N	A
	2	Zniekształcenia lub ubytki kostne klatki piersiowej, upośledzające sprawność ustroju	N	B C
	3	Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej (oprócz wgojonych w serce), nieupośledzające sprawności ustroju	N	A B
	4	Ciała obce wgojone w narządy klatki piersiowej (oprócz wgojonych w serce), upośledzające sprawność ustroju	N	B C
	5	Żebra nadliczbowe szyjne	Z	A
	6	Przetoki głębokie klatki piersiowej	N	C
34	1	Skrzywienia i wady kręgosłupa, wrodzone lub nabyte, nieupośledzające sprawności ustroju	N Z	A
	2	Skrzywienia i wady kręgosłupa, wrodzone lub nabyte, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B
	3	Skrzywienia i wady kręgosłupa, wrodzone lub nabyte, znacznie upośledzające sprawność ustroju (garb)	N	C
	4	Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa nieznacznie upośledzająca sprawność ustroju	N	B A
	5	Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa znacznie upośledzająca sprawność ustroju	N	C B
	6	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	N	C B
	7	Inne choroby kręgosłupa nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z N	A B
	8	Inne choroby kręgosłupa upośledzające	N	C

		sprawność ustroju		

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 31:

- pkt 1. Rozpoznanie powinno być potwierdzone badaniem specjalistycznym.
- pkt 2. Przetoki wrodzone oskrzelowopochodne bywają zazwyczaj pojedyncze: kanały przetok są wąskie, a wydzielina - w przypadkach niepowikłanych zakażeniem - rzadka, prawie przezroczysta. Przetoki takie nadają się do zabiegu operacyjnego. Przetoki nabyte powstają zwykle w toku procesu gruźliczego lub grzybiczego; ich otwory mają brzegi podminowane, skóra w otoczeniu jest zapalnie zmieniona, a w sąsiedztwie stwierdza się powiększone węzły chłonne. Przetoki te należy kwalifikować według § 4.

Do § 33:

- pkt 1 i 2. Zniekształcenia lub ubytki kostne klatki piersiowej mogą być wrodzone lub nabyte. Podstawą kwalifikowania jest ustalenie stopnia upośledzenia czynności narządów klatki piersiowej, a więc zaburzenia krążenia, zmniejszenie pojemności życiowej płuc itp.
- pkt 5. Żebra nadliczbowe, dające zaburzenia czynności kończyny górnej o charakterze krążeniowym lub neurologicznym, należy kwalifikować dodatkowo według odpowiednich paragrafów.

Do § 34:

- pkt 1. Nabyte pourazowe wady kręgosłupa dyskwalifikują kandydata do służby. W razie niemożności wykluczenia ewentualnego skrzywienia lub wady należy kandydatów poddać badaniom rentgenologicznym (zdjęcia w 2 płaszczyznach).
- pkt 1 - 3. Za skrzywienie kręgosłupa uważa się wszelkie odchylenia od linii pionowej, która prawidłowo powinna przebiegać od guzowatości potylicznej zewnętrznej przez wszystkie wyrostki kolczyste kręgów i szczelinę międzypośladkową:
- nieznaczne - gdy linia wyrostków kolczystych w swobodnej postawie wyprostowanej tworzy niewielki, mało widoczny łuk na jednym z odcinków kręgosłupa lub dwa łuki przebiegające przeciwstawnie w sąsiadujących odcinkach kręgosłupa; skrzywienie takie wyrównuje się czynnie;
- umiarkowane - gdy linia wyrostków tworzy wyraźnie widoczny łuk, garb żebrowy jest mało widoczny, zauważalne jest małe zniekształcenie klatki piersiowej i występuje nieznaczne ograniczenie ruchów kręgosłupa; skrzywienie takie daje się wyrównać biernie;
- z wyraźnym garbem żebrowym - ze zniekształceniem klatki piersiowej, z upośledzeniem sprawności oddechowej; skrzywienie nie daje się ani czynnie, ani biernie skorygować.

- pkt 4 i 5. Ocenę zdolności należy uzależniać od rozległości i nasilenia procesu chorobowego oraz zaburzeń czynnościowych kręgosłupa.

Dział IX - Układ oddechowy

1	2	3	4	5
35	1	Przewlekła obturacyjna choroba płuc POCHP - postać łagodna	N	A B
	2	Przewlekła obturacyjna choroba płuc POCHP - postać umiarkowana	N	B C
	3	Przewlekła obturacyjna choroba płuc POCHP - postać ciężka i bardzo ciężka	N	C
	4	Astma oskrzelowa i zespoły astmatyczne, ze sporadycznymi zaostrzeniami o niewielkim nasileniu	N	B C
	5	Astma oskrzelowa i zespoły astmatyczne, z częstymi zaostrzeniami i stanami astmatycznymi wymagającymi leczenia stacjonarnego, oraz zespoły astmatyczne o ciężkim przebiegu u chorych sterydozależnyeh	N	C
	6	Rozstrzenie oskrzeli	N	C B
	7	Rozedma płuc	N	C

				B
	8	Ostra lub przewlekła niewydolność oddechowa (np. ARDS)	N	C B
36	1	Śródmiąższowe zwłóknienie płuc i inne rzadkie choroby płuc, nieupośledzające sprawności czynnościowej ustroju	Z	A
	2	Śródmiąższowe zwłóknienie płuc i inne rzadkie choroby płuc, upośledzające sprawność czynnościową ustroju	N	B C
	3	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych nieupośledzające wydolności oddechowo-krążeniowej	Z	A
	4	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych nieznacznie upośledzające wydolność oddechowo-krążeniową	N	B
	5	Ubytki tkanki płucnej po zabiegach operacyjnych znacznie upośledzające wydolność oddechowo-krążeniową	N	C
	6	Przebyta odma samoistna pierwotna	N	B C
	7	Przebyta odma samoistna nawrotowa	N	C

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 35:

- pkt 1 - 3. Kwalifikować w zależności od wartości FEV1 i FVC:
- postać lekka POCHP gdy FEV1?FVC < 70 %; FEV1 ≥ 80 %; objawy obecne lub nie
- postać umiarkowana POCHP gdy FEV1/FVC < 70 %; 60 % ≤ FEV1 < 80 %; objawy obecne lub nie
- postać ciężka POCHP gdy FEV1/FVC < 70 %; 40 % ≤ FEV1 < 60 %; objawy obecne lub nie
- postać bardzo ciężka POCHP gdy FEV1/FVC < 70 %; FEV1 < 40 % lub przewlekła niewydolność oddechowa, prawokomorowa niewydolność serca (zespół płucno-sercowy);
- pkt 4 i 5. Astma oskrzelowa jest chorobą charakteryzującą się rozlanym zwężeniem dolnych dróg oddechowych, występującym nagle i zmieniającym swe nasilenie w krótkim odstępie czasu w przebiegu reakcji alergicznej typu wczesnego. Zespół astmatyczny polega na rozlanym zwężeniu dolnych dróg oddechowych występującym nagle i zmieniającym swe nasilenie w krótkim odstępie czasu, czego przyczyną jest reakcja alergiczna typu wczesnego. Istnieją następujące rodzaje zespołów astmatycznych:

1) zespół astmatyczny w przebiegu zakażenia układu oddechowego (astma bakteryjna, infekcyjna, częściowo endogenna, astmatyczny nieżyt oskrzeli według innych kryteriów podziału),
2) zespół astmatyczny powysiłkowy (astma oskrzelowa wysiłkowa według innych kryteriów podziału),
3) zespół astmatyczny psychogenny (astma psychogenna według innych kryteriów podziału),
4) zespół astmatyczny odruchowy (wskutek drażnienia podśluzówkowych receptorów mechanicznie substancjami chemicznymi, zimnem itp.)
5) zespół astmatyczny w przebiegu nieimmunologicznego uwolnienia mediatorów reakcji alergicznej,
6) zespół astmatyczny w przebiegu nadwrażliwości na salicylany lub niesterydowe leki przeciwzapalne,
7) zespoły astmatyczne o innej etiologii (zespół astmatyczny nienatychmiastowy, odczyny serotoniczne w rakowiaku itp.).

Do § 36:

pkt 1 i 2. Schorzenia wymienione w tych punktach obejmują zmiany nieswoiste: zawodowe choroby układu oddechowego (pylice, krzemice), pneumopatie wywołane pyłami organicznymi (byssinosa, choroba farmerów), pneumopatie wywołane pyłami nieorganicznymi, działaniem gazów lub par, a ponadto objawy płucne w chorobach układowych, sarkoidozę oraz niektóre rzadkie choroby płuc (hemosyderozpę płuc, kamicę pęcherzykową płuc, pierwotną amyloidozę płuc).

- pkt 1. Dotyczy chorych z prawidłowymi wynikami badania spirometrycznego i gazów krwi tętniczej w spoczynku i po submaksymalnym wysiłku fizycznym.
- pkt 2. Dotyczy chorych z nieprawidłowymi wynikami badania gazów krwi w spoczynku.

- pkt 3. Za ubytek tkanki płucnej nieupośledzający sprawności ustroju uważa się brak jednego segmentu. Przy stwierdzeniu zaburzeń związanych z ubytkiem tkanki płucnej należy dokonać oceny według § 36 pkt 4 lub 5.

Dział X - Układ krążenia

1	2	3	4	5
37	1	Choroby mięśnia sercowego w okresie wydolności układu krążenia- NYHA I	N	A
	2	Choroby mięśnia sercowego z objawami chwiejnej wydolności lub trwałej niewydolności układu krążenia NYHA II	N	B
	3	Choroby mięśnia sercowego w okresie wydolności krążenia NYHA III - NYHA IV	N	C
	4	Choroba niedokrwienna serca stabilna	N	B
	5	Choroba niedokrwienna serca niestabilna, stan po zawale mięśnia sercowego	N	C
	6	Wady serca i wielkich naczyń całkowicie skorygowane	Z N	A B
	7	Wady serca i wielkich naczyń, nieupośledzające sprawności ustroju	N	B C
	8	Wady serca i wielkich naczyń, upośledzające sprawność ustroju	N	C
	9	Choroby osierdzia	N	C B
	10	Ciała obce wgojone w serce	N	C
	11	Choroba reumatyczna serca	N	B C
	12	Zespół wypadania płatka zastawki mitralnej, niepowodujące zaburzenia sprawności fizycznej	Z	A
	13	Zespół wypadania płatka zastawki mitralnej powodujące zaburzenia sprawności fizycznej	N	B C
	14	Inne choroby serca upośledzające trwale sprawność fizyczną	N	C
38	1	Nadciśnienie tętnicze okresu I wg WHO	N	A B
	2	Nadciśnienie tętnicze okresu II wg WHO	N	B
	3	Nadciśnienie tętnicze okresu III wg WHO	N	C
	4	Tętniaki naczyń	N	C
	5	Inne choroby naczyń krwionośnych upośledzające nieznacznie sprawność ustroju	N	B C
	6	Choroby naczyń krwionośnych upośledzające sprawność ustroju lub po zabiegach operacyjnych dużych naczyń ze znaczną poprawą krążenia	N	C
	7	Choroby naczyń krwionośnych znacznie upośledzające sprawność ustroju, w tym także po operacjach rekonstrukcyjnych bez wyraźnej poprawy	N	C

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 37: Wskazana jest konsultacja kardiologiczna.

- pkt 11. Dotyczy osób po przebytym rzucie choroby reumatycznej pozostających na leczeniu profilaktycznym (potwierdzonym dokumentacją ewentualnie ze społecznej służby zdrowia).
- pkt 12 i 13. Rozpoznanie wymaga potwierdzenia echokardiograficznego. Nieprawidłowość ta upośledza sprawność fizyczną, jeśli powoduje bóle lub zaburzenia rytmu. Przypadki przebiegające z niedomykalnością zastawki dwudzielnej należy kwalifikować jak w pkt 7 lub 8.
- pkt 14. Obejmuje choroby niewymienione poprzednio.

Do § 38:

- pkt 5 - 7. Przez określenie choroby naczyń krwionośnych należy rozumieć przede wszystkim choroby naczyń obwodowych, jak choroba Bürgera, choroba Raynauda, czerwienica bolesna, sinica kończyn oraz zmiany zapalno-zakrzepowe naczyń. Należy kwalifikować chorych zarówno z powikłaniami narządowymi miażdżycy tętnic, jak i z powikłaniami i następstwami stanów zapalnych i urazów naczyń krwionośnych.

Dział XI - Układ trawienny

1	2	3	4	5
39	1	Choroby organiczne i czynnościowe przełyku, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju (zwężenia, uchyłki itp.)	N	A B
	1	Choroby organiczne przełyku upośledzające sprawność ustroju (zwężenia, uchyłki, owrzodzenia itp.)	N	C
40	1	Ciała obce wgojone w narządy jamy brzusznej nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A
	2	Ciała obce wgojone w narządy jamy brzusznej nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N Z	B A
	3	Ciała obce wgojone w narządy jamy brzusznej upośledzające sprawność ustroju	N	C
41	1	Zrosty otrzewnej nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A
	2	Zrosty otrzewnej upośledzające sprawność ustroju	N	B
42	1	Przewlekły nieżyt żołądka, dwunastnicy lub jelit, bez upośledzenia sprawności ustroju	Z N	A
	2	Przewlekły nieżyt żołądka, dwunastnicy lub jelit, z upośledzeniem sprawności ustroju	N	B C
	3	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	N Z	A B
	4	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, z licznymi nawrotami lub powikłaniami	N	B C
	5	Przebyte owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy, bez nawrotów i powikłań	Z	A B
	6	Stan po częściowej resekcji żołądka z powodu wrzodu lub innych przyczyn, bez upośledzenia sprawności ustroju	N	A B
	7	Stan po częściowej resekcji żołądka z powodu wrzodu lub innych przyczyn, z upośledzeniem sprawności ustroju, lub całkowity pooperacyjny brak żołądka	N	C
	8	Stan po zabiegach operacyjnych na jelitach (resekcje itp.), bez zaburzeń sprawności ustroju	Z N	A

	9	Stan po zabiegach operacyjnych na jelitach (resekcje i itp), z zaburzeniami sprawności ustroju	N	B C
	10	Opuszczenie żołądka lub jelit, nieupośledzające sprawności ustroju	N	A
	11	Opuszczenie żołądka lub jelit, upośledzające sprawność ustroju	N	B
	12	Zmiany organiczne jelit nieznacznie upośledzające sprawność ustroju (choroba Cohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i inne choroby zapalenia jelit)	N	B
	13	Zmiany organiczne jelit znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C
	14	Choroby czynnościowe układu pokarmowego nieupośledzające sprawności ustroju	N	A B
	15	Choroby czynnościowe układu pokarmowego upośledzające sprawności ustroju	N	B C
	16	Przetoki jelitowe zewnętrzne	N	C
43	1	Przewlekle zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych, nieupośledzające sprawności ustroju	N	A
	2	Przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych, upośledzające sprawność ustroju	N	B C
	3	Kamica żółciowa lub inne choroby dróg żółciowych	N	B
	4	Stan po operacji pęcherzyka żółciowego (dróg żółciowych), bez zaburzeń sprawności ustroju	Z	A
	5	Stan po operacji pęcherzyka żółciowego (dróg żółciowych), z zaburzeniami sprawności ustroju	N	B C
	6	Przewlekłe zapalenie wątroby	N	C
	7	Marskość wątroby	N	C
	8	Przewlekła hiperbilirubinemia	N	B C
	9	Bezobjawowe nosicielstwo HbS,Ag , HCV	Z N	B
	10	Ozdrowieńcy po wirusowym zapaleniu wątroby (WZW) bez uszkodzenia wątroby i nosicielstwa antygenu Hbs	Z N	A B
	11	Przebyte pourazowe uszkodzenie wątroby w okresie wydolności	N	B C
	12	Bruceloza oporna na leczenie	N	C B
44	1	Przewlekłe choroby trzustki	N	C
45	1	Przepukliny w obrębie jamy brzusznej	N	A B C
	2	Przepukliny w bliźnie pooperacyjnej lub nawrotowe	N	B C
	3	Przepuklina przeponowa lub zwiotczenie przepony, upośledzające sprawność ustroju	N	C B
46	1	Szczeliny i przetoki odbytnicy lub okolicy odbytu i inne	N	B

		choroby odbytu		C
	2	Szczeliny i przetoki odbytnicy lub okolicy odbytu, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	N	C
	3	Guzy krwawnicze odbytu bez owrzodzeń	N	A
	4	Guzy krwawnicze odbytu z owrzodzeniami	N	B C
	5	Wynicowanie i wypadanie śluzówki odbytnicy	N	B C

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 41. Według tego paragrafu należy kwalifikować również gruźlicę otrzewnej w razie zupełnego ustąpienia objawów chorobowych po zakończonym całkowitym leczeniu przeciwprątkowym (okres wyleczenia klinicznego).

Do § 42:

- pkt 1 i 2. Rozpoznanie przewlekłego nieżytu żołądka lub dwunastnicy powinno być oparte na badaniu endoskopowym. Według tych punktów należy kwalifikować stany po wyleczonej gruźlicy przewodu pokarmowego.
- pkt 3 - 5. Rozpoznanie powinno być oparte na badaniu endoskopowym i teście H pylori z ostatnich 6 miesięcy.
- pkt 10. Wydłużenie narządów stwierdzone w czasie badania rtg, z niewielkimi okresowymi dolegliwościami.
- pkt 11. Wydłużenie narządów stwierdzone podczas badania radiologicznego z okresowymi lub stałymi, znacznie nasilonymi dolegliwościami (zgagą, uczuciem gniecenia w nadbrzuszu itp.) oraz zaburzeniami motoryki i czynności przewodu pokarmowego.
- pkt 13. Chorzy z nawracającymi biegunkami, trudno poddającymi się leczeniu farmakologicznemu lub objawami zespołu upośledzonego wchłaniania.

Do § 43:

- pkt 3. Potwierdzone cholecystografią lub cholangiografią, lub USG.
- pkt 4 i 5. Według tych punktów należy kwalifikować stany po operacjach pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych, zależnie od stopnia utrzymujących się dolegliwości ograniczających sprawność ustroju.
- pkt 6. Rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby powinno być potwierdzone klinicznym leczeniem szpitalnym lub wynikiem badania biopsyjnego.

Do § 44: pkt 1. Rozpoznanie przewlekłego zapalenia trzustki należy ustalać na podstawie dokumentacji szpitalnej, lub badań USG jamy brzusznej, badania laboratoryjnego enzymów trzustkowych, krzywa cukrowa.

Dział XII - Układ moczowy i płciowy męski

1	2	3	4	5
47	1	Wady rozwojowe nerek lub nerka ruchoma, nieupośledzające sprawności ustroju	N Z	A
	2	Wady rozwojowe nerek lub nerka ruchoma, upośledzające sprawność ustroju	N	B C
	3	Kamica układu moczowego	N	C B
	4	Kłębkowe lub śródmiąższowe zapalenie nerek	N	B C
	5	Krwiomocz i białkomocz o nieustalonej etiologii	N	B C

	6	Roponercze lub wodonercze	N	C
	7	Niewydolność nerek	N	C
	8	Wrodzony lub pooperacyjny brak jednej nerki, bez upośledzenia czynności drugiej	N	B C
	9	Wrodzony lub pooperacyjny brak jednej nerki, z upośledzeniem czynności drugiej	N	C
48	1	Nietrzymanie moczu ze zmianami w układzie moczowym	N	C
	2	Przewlekle zapalenie pęcherza moczowego	N	B C
	3	Przewlekłe organiczne choroby pęcherza moczowego upośledzające sprawność ustroju	N	C
	4	Przetoki pęcherza moczowego	N	C
49	1	Zwężenie cewki moczowej nieutrudniające oddawania moczu	Z N	A
	2	Zwężenie cewki moczowej utrudniające oddawanie moczu	N	B C
	3	Spodziectwo lub wierzchniactwo, niepowodujące zaburzeń w oddawaniu moczu	N Z	A
	4	Spodziectwo lub wierzchniactwo, powodujące zaburzenia w oddawaniu moczu	N	B C
	5	Przetoka prąciowa cewki moczowej	N	C
	6	Przetoka mosznowa lub kroczowa cewki moczowej	N	C
	7	Zniekształcenia prącia znacznego stopnia	Z N	B
	8	Wady wrodzone i nabyte, stany pooperacyjne narządów płciowych męskich upośledzające czynność układu i ustroju	N	C
	9	Infantylizm, eunochoidyzm, obojnactwo	N	C
50	1	Żylaki powrózka nasiennego nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A
	2	Żylaki powrózka nasiennego upośledzające sprawność ustroju	N	B
	3	Wodniaki jądra, powrózka nasiennego lub torbiele najądrza, nieupośledzające sprawności ustroju	N Z	A
	4	Wodniaki jądra, powrózka nasiennego lub torbiele najądrza, upośledzające sprawność ustroju	N	B
	5	Przewlekłe zapalenie jądra lub najądrza o nieustalonej etiologii	N	B C
	6	Przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego	N	B C
51	1	Brak lub zanik jednego jądra	Z N	A
	2	Brak lub zanik obu jąder	N	C B
	3	Wnętrostwo jedno- lub obustronne	N	A

				B

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 47:

- pkt 1 i 2. Według tych punktów należy kwalifikować również przypadki opuszczenia jednej lub obu nerek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone dokumentacją zakładu leczniczego lub lekarza specjalisty.
- pkt 3. Rozpoznanie powinno być oparte na dokumentacji leczenia ambulatoryjnego lub stacjonarnego z badaniem rentgenowskim.
- pkt 4. Rozpoznanie przewlekłego zapalenia nerek powinno być potwierdzone obserwacją stacjonarną, z biopsją diagnostyczną nerki. Według tego punktu należy kwalifikować również przypadki długotrwałego białkomoczu.
- pkt 5. Według tego punktu należy kwalifikować przypadki krwiomoczu po wykluczeniu przyczyn urologicznych i kłębkowego zapalenia nerek oraz gruźlicy nerek; konieczna jest obserwacja szpitalna.
- pkt 6. Według tego punktu należy kwalifikować powikłania kamicy oraz wad rozwojowych nerek.
- pkt 7. Rozpoznanie powinno być ustalone po obserwacji szpitalnej.

Do § 48. Rozpoznanie powinno być potwierdzone dokumentacją zakładu leczniczego lub lekarza specjalisty.

- pkt 1. Nietrzymanie moczu ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym należy kwalifikować według § 67.
- pkt 3. Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet należy kwalifikować według § 89 pkt 3 i 4.

Do § 49 pkt 1 i 2. Rozpoznanie powinno być potwierdzone dokumentacją zakładu leczniczego lub lekarza specjalisty.

Do § 51:

- pkt 2. Przy stwierdzeniu cech eunuchoidyzmu należy kwalifikować według § 49 pkt 9.
- pkt 3. Kwalifikacja zależna od umiejscowienia jądra: w jamie brzusznej - zdolny; w kanale pachwinowym - zdolny z ograniczeniem.

Dział XIII - Gruczoły wydzielania wewnętrznego

1	2	3	4	5
52	1	Choroby tarczycy bez zmian czynności gruczołu z wolem lub bez, nieupośledzające sprawności ustroju	Z N	A B
	2	Choroby tarczycy ze zmianą czynności gruczołu z wolem lub bez, upośledzające sprawności ustroju	N	B C
	3	Eutyroza wymagająca stałej substytucji	N	A B
	4	Choroba Graves-Basedowa	N	C B
53	1	Choroby przysadki mózgowej	N	C
	2	Choroby nadnerczy	N	C B
	3	Choroby gruczołów przytarczycznych	N	C B
	4	Cukrzyca	N	C B
	5	Zaburzenia przemiany węglowodanowej niewymagające stosowania leków przeciwcukrzycowych	N	A B
	6	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe	N	C

		nieznacznie upośledzające sprawność ustroju		B
	7	Wielogruczołowe zaburzenia czynnościowe upośledzające sprawność ustroju	N	C
	8	Zaburzenia czynności jajnika lub jądra	Z N	A B

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 52 - 53. Wszystkie wymienione w dziale wady i schorzenia orzekane są na podstawie konsultacji specjalisty endokrynologa, ew. diabetologa, ginekologa, popartej wynikami specjalistycznych badań dodatkowych.

Dział XIV - Inne choroby wewnętrzne

1	2	3	4	5
54	1	Niedokrwistość niedoborowe	Z N	A B
	2	Niedokrwistość hemolityczne	N	B C
	3	Niedokrwistości aplastyczne	N	C
	4	Nadkrwistość	N	B C
55	1	Choroby układu białokrwinkowego	N	A B C
	2	Zaburzenia czynności krwinek białych	N	A B C
	3	Choroby dotyczące układu siateczkowo-śródbłonkowego i chłonnego	N	B C
	4	Upośledzenie odporności i defekty immunologiczne	N	C
	5	Pooperacyjny brak śledziony bez zmian we krwi	N	B C
56	1	Niedobory osoczowych czynników krzepnięcia wrodzone i nabyte	N	C
	2	Immunokoagulopatie	N	B C
	3	Skazy krwotoczne naczyniowe	N	B C
	4	Skazy krwotoczne w przebiegu chorób tkanki łącznej	N	B C
	5	Skazy krwotoczne płytkowe: Trombocytopenie, Trombocytemie	N	B C
	6	Inne zaburzenia krzepnięcia	N	B C
57	1	Skaza moczanowa (dna)	N	B C
	2	Chondorkalcynoza - nieznaczne lub znacznie upośledzająca sprawność ustroju	N	B C

58	1	Układowe choroby tkanki łącznej - kolagenozy nieznacznie upośledzające stan zdrowia	N	B
	2	Układowe choroby tkanki łącznej - kolagenozy znacznie upośledzające stan zdrowia	N	C
59	1	Martwicze zapalenie naczyń i inne waskulopatie	N	B C
60	1	Zapalenie stawów kręgosłupa i inne seronegatywne zapalenia stawów	N	B C
61	1	Reaktywne zapalenie stawów	N	B C
62	1	Fibromialgia	N	A B C
63	1	Zespół metaboliczny nieznacznie upośledzający stan zdrowia	N	B
	2	Zespół metaboliczny znacznie upośledzający stan zdrowia	N	B C
64	1	Inne choroby przemiany materii nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	A B
	2	Inne choroby przemiany materii znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B C
65	1	Inne nieprawidłowe badania biochemiczne wzmagające obserwacji lub/i diagnostyki	N	A B C
	2	Odchylenia w badaniu przedmiotowym od stanu prawidłowego wymagające dalszej obserwacji lub/i diagnostyki	N	A B C

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 55 pkt 5. Hipersplenizm w przebiegu innych chorób. Pourazowy brak śledziony.

Do § 56. pkt 3. Choroba Rendu - Oslera.

pkt 4. Zespół Marfana i inne.

Do § 58. pkt 1. Dotyczy osób bez powikłań narządowych.

pkt 2. Dotyczy osób z powikłaniami osób ze skazami moczanowymi (artropatia dnawa, zmiany w układzie moczowym - kamica, stany zapalne, guzki dnawe), niezależnie od aktualnej wartości kwasu moczowego w surowicy krwi.

Dział XV - Układ nerwowy

1	2	3	4	5
66	1	Przewlekłe zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle pojedynczych lub licznych nerwów, z okresowymi niezbyt częstymi zaostrzeniami	N	A B
	2	Przewlekłe zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle i zapalenie pojedynczych lub licznych nerwów, z częstymi zaostrzeniami i objawami przedmiotowymi	N	B C
	3	Przewlekłe zespoły bólowe korzeniowe, korzeniowo-nerwowe, splotów nerwowych, nerwobóle i zapalenie pojedynczych nerwów, z częstymi zaostrzeniami lub	N	B C

		utrwalonymi objawami ubytkowymi		
	4	Przewlekłe choroby i trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych z zaburzeniami ruchowymi, czuciowymi i troficznymi, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B
	5	Przewlekłe choroby i trwałe następstwa chorób lub urazów nerwów obwodowych z zaburzeniami ruchowymi (znaczne niedowłady lub porażenia), czuciowymi i troficznymi, upośledzające sprawność ustroju	N	C
67	1	Objawy szczątkowe po przebytych chorobach organicznych lub urazach ośrodkowego układu nerwowego bez wyraźniejszych zaburzeń mózgowo-rdzeniowych lub z nieznacznymi zaburzeniami, które ze względu na umiejscowienie bądź mechanizmy wyrównawcze nie upośledzają sprawności ustroju	N Z	A B
	2	Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego, z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B
	3	Trwałe następstwa chorób lub urazów ośrodkowego układu nerwowego, z zaburzeniami mózgowo-rdzeniowymi, upośledzające sprawność ustroju	N	C
	4	Organiczne postępujące choroby ośrodkowego układu nerwowego, nierokujące poprawy	N	C
	5	Przebyty krwotok podpajęczynówkowy samoistny (bez stwierdzonego urazu, tętniaka lub nadciśnienia)	N	C B
68	1	Zaniki po przebytych chorobach lub urazach albo wrodzone braki mięśni, nieupośledzające sprawności ustroju	N	A B
	2	Choroby układu mięśniowego nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	N	B C
	3	Choroby układu mięśniowego, znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C
69	1	Napadowe zaburzenia świadomości o nieustalonej etiologii bez zmian organicznych w układzie nerwowym	N	C B
	2	Padaczka	N	C
	3	Odchylenia w badaniu neurologicznym wymagające dalszej diagnostyki i obserwacji	N	C B

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 66. Rozpoznanie nerwobólów i przewlekłych zapaleń nerwów wymaga odpowiedniej dokumentacji specjalistycznej. Przy orzekaniu należy brać pod uwagę nie tylko zmiany przedmiotowe i stopień nasilenia bólów, lecz również częstość ich występowania. Zakwalifikowanie według właściwego punktu zależy od tego, w jakim stopniu porażenia (niedowłady), zaburzenia czucia i zaburzenia troficzne - ze względu na umiejscowienie, rozległość i mechanizmy wyrównawcze - upośledzają sprawność ustroju.

- pkt 3. Za objawy ubytkowe uważa się różnice w odruchach (oraz zaburzenia czucia).
- pkt 1-5. Rozpoznania powinny być potwierdzone dokumentacją po leczeniu szpitalnym lub z poradni neurologicznej.

Do § 67. Rozpoznanie powinno być potwierdzone dokumentacją po leczeniu szpitalnym lub z poradni specjalistycznej neurologicznej, lub z leczenia w poradni zdrowia psychicznego (PZP).

- pkt 1 - 3. Według tych punktów należy kwalifikować następstwa przebytej gruźlicy opon mózgowych

(zaburzenia mózgowo-rdzeniowe). W razie niestwierdzenia następstw, przed upływem 5 lat od zachorowania, kandydatów do służby należy traktować jako niezdolnych. Encefalopatię należy kwalifikować według pkt 2 lub 3, w zależności od nasilenia zespołu neurologicznego.

- pkt 4. Według tego punktu należy kwalifikować stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex). Rozpoznanie powinno być potwierdzone obserwacją szpitalną.

Do § 68. Według tego paragrafu należy kwalifikować choroby układu mięśniowego, jak zaniki mięśni postępujące, chorobę Thomsena itp.

Do § 69. Padaczka potwierdzona dokumentacją medyczną i badaniami specjalistycznymi.

Dział XVI - Stan psychiczny

1	2	3	4	5
70	1	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną, nieupośledzające sprawności ustroju	N	A
	2	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną, nieznacznie upośledzające sprawności ustroju	N	B A
	3	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną, oporne na leczenie, upośledzające sprawności ustroju	N	C
71	1	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, nieznacznie upośledzające zdolności przystosowawcze	N	A B
	2	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, znacznie upośledzające zdolności przystosowawcze	N	C
72	1	Zaburzenia osobowości nieznacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	B C
	2	Zaburzenia osobowości utrwalone, znacznie upośledzająca zdolności adaptacyjne,	N	C
73	1	Psychozy reaktywne	N	C B
	2	Psychozy egzogenne (pourazowe, infekcyjne, intoksykacyjne,) przebyte bez pozostawienia defektu	N	C B
	3	Psychozy egzogenne (pourazowe, infekcyjne, intoksykacyjne,) przebyte z pozostawieniem defektu	N	C
	4	Psychozy endogenne (schizofrenia, zaburzenia urojeniowe, zaburzenia schizoafektywne, afektywne)	N	C
74	1	Upośledzenie umysłowe	N	C
75	1	Zespół uzależnienia od substancji psychoaktywnych	N	B C
76	1	Organiczne zaburzenia psychiczne nieznacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	B C
	2	Organiczne zaburzenia psychiczne znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne	N	C
77	1	Inne zaburzenia psychiczne nieznacznie upośledzające zdolności adaptacyjne, rokujące poprawę	N	B C
	2	Inne zaburzenia psychiczne znacznie upośledzające zdolności adaptacyjne, nierokujące wyleczenia lub istotnej poprawy	N	C

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 70. Zaburzenia nerwicowe należy rozpoznawać w przypadkach:

1) czynnościowych zaburzeń emocjonalnych, takich jak: zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia somatyzacyjne, neurastenia)
2) długotrwałego przebiegu w odróżnieniu od sytuacyjnych reakcji dezadaptacyjnych
3) po wykluczeniu organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (zaburzenia nerwicowe spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu należy kwalifikować jak w § 73)
4) po wykluczeniu zaburzeń psychotycznych

pkt 1. Dotyczy przypadków z przewagą objawów subiektywnych, bez cech upośledzenia sprawności ustroju.

pkt 2. Dotyczy badanych z wyraźnymi psychicznymi i somatycznymi objawami nerwicowymi i z względnie niezaburzonym ogólnym przystosowaniem społecznym.

pkt 3. Dotyczy stanów opornych na leczenie, znacznie upośledzających sprawność ustroju i funkcjonowanie społeczne, uniemożliwiających wykonywanie obowiązków służbowych. U badanych rozpoznanie ustalać z uwzględnieniem dokumentacji z leczenia w oddziale psychiatrycznym lub w PZP.

Do § 71. Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (ostra reakcja na stres, zaburzenia stresowe pourazowe, reakcje adaptacyjne krótkotrwałe, reakcje adaptacyjne przedłużone) - to:

- przemijające, niepsychotyczne zaburzenia psychiczne w postaci zaburzeń emocjonalnych (lęk, depresja, napięcie, gniew), zaburzeń zachowania (agresja, pobudzenie, ucieczka, izolacja) i postaci mieszanych,
- powstające pod wpływem stresujących wydarzeń lub sytuacji,
- u osób w zasadzie zdrowych psychicznie.

pkt 1. Dotyczy reakcji przebytych lub rokujących ustąpienie w ciągu 9 miesięcy.

pkt 2. Dotyczy przypadków, które mimo leczenia i innych oddziaływań readaptacyjnych, trwających 9 miesięcy, nie rokują istotnej poprawy. Rozpoznanie ustalać z uwzględnieniem dokumentacji z leczenia w oddziale psychiatrycznym lub w PZP.

Do § 72. Rozpoznanie ustala się po stwierdzeniu:

- znacząco dysharmonijnej postawy lub zachowania, wyrażające się w takich obszarach życia psychicznego jak: afektywność, kontrola zachowań impulsywnych, style myślenia lub przeżywania, relacje z innymi osobami;
- długiego okresu trwania ustalonych wzorców zachowań;
- zaburzeń w funkcjonowaniu oraz relacjach z innymi osobami; zaburzeń rozpoczynających się w okresie dzieciństwa lub adolescencji i trwających w okresie dorosłości;
- pojawiającego się zwykle w późniejszym okresie trwania zaburzeń osobowości subiektywnego uczucia dyskomfortu;
- gorszego funkcjonowania społecznego lub zawodowego.
- braku organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego,
- braku choroby psychicznej
- pkt 1. Dotyczy badanych z cechami nieprawidłowej osobowości, bez objawów trwałego nieprzystosowania.
- pkt 2. Dotyczy osób z ciężkimi zaburzeniami struktury osobowości i zachowania , wyczerpującymi kryteria rozpoznania: osobowości paranoicznej, osobowości schizoidalnej, osobowości dyssocjalnej, osobowości chwiejnej emocjonalnie, osobowości histionicznej, osobowości anankastycznej, osobowości lękowej, osobowości zależnej.

Do § 73. Rozpoznanie ustala się na podstawie odpisu historii choroby z szpitala psychiatrycznego lub PZP oraz oceny aktualnego stanu psychicznego.

Do § 74. Oceny sprawności intelektualnej należy dokonywać na podstawie badania psychologicznego i psychiatrycznego.

Do § 75. Przez zespół zależności od środków psychoaktywnych należy rozumieć stan charakteryzujący się:

a) nieodpartym wewnętrznym przymusem ciągłego lub okresowego spożywania środków psychoaktywnych,
b) występowaniem objawów zespołu odstawienia po przerwaniu przyjmowania środka lub zmniejszeniu jego ilości albo używaniu tej samej lub podobnej substancji w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych,
c) zmienionym sposobem reagowania na środek psychoaktywny (utratą kontroli),
d) zmianą tolerancji,

e) przyjmowaniem środka psychoaktywnego mimo widocznych szkód psychicznych , fizycznych i społecznych,
f) stereotypią zachowań (narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu poświęcanego na zdobywanie lub przyjmowanie substancji).

Aby rozpoznać zespół zależności należy zdiagnozować min. 3 z 6 powyższych objawów występujących łącznie przez pewien okres czasu w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Rozpoznanie należy ustalić na podstawie przeprowadzonego badania podmiotowego, dokumentacji z poradni przeciwalkoholowej lub poradni zdrowia psychicznego oraz poradni medycyny pracy SW. W stosunku do funkcjonariuszy - w przypadkach wątpliwości diagnostycznych kierować na badania specjalistyczne.

- pkt 1. W przypadku funkcjonariuszy przy orzekaniu o zdolności do służby należy brać pod uwagę utrzymywanie abstynencji, udokumentowane przebyte terapie, motywację do utrzymania abstynencji.

Do § 76. Dotyczy wielopostaciowych zaburzeń psychicznych, uwarunkowanych dysfunkcją mózgu wywołaną jego chorobami, uszkodzeniami lub urazami, potwierdzonych:

- badaniem podmiotowym (urazy, infekcje,),
- oceną stanu psychicznego (cechy zespołu psychoorganicznego),
- badaniem neurologicznym (objawy ubytkowe),
- badaniem psychologicznym (testy badające organiczne uszkodzenia OUN),
- wynikami badan dodatkowych (EEG, rtg czaszki, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny).

Dotyczy:

a) zaburzeń podobnych do nerwic (cerebrastenia, zespoły rzekomonerwicowe) lub nieprawidłowych osobowości (charakteropatia, encefalopatia z zaburzeniami charakteru),
b) zaburzeń spowodowanych chorobami, urazami lub infekcjami ośrodkowego układu nerwowego,
c) stanów, gdy badanie neurologiczne, EEG, testy psychologiczne, rtg czaszki, tomografia komputerowa i inne wskazują na organiczne uszkodzenie OUN lub gdy istnieje poważne podejrzenie takiego uszkodzenia, uzasadnione przebiegiem choroby, urazu lub infekcją.

- pkt 1. Dotyczy zespołów pourazowych i innych z przewagą objawów subiektywnych, bez somatycznych cech upośledzenia sprawności ustroju.
- pkt 2. Dotyczy utrwalonych, nasilonych zaburzeń psychicznych pochodzenia organicznego.

Wymagana jest dokumentacja medyczna z leczenia szpitalnego lub PZP.

Do § 77. Dotyczy przypadków z rozpoznaniami nieuwzglednionymi w § 67 - 73. Kwalifikacji do pkt 1 lub pkt 2 należy dokonywać na podstawie dokumentacji z dotychczasowego leczenia w poradniach zdrowia psychicznego lub szpitalach specjalistycznych oraz oceny stanu psychicznego badanego.

Dział XVII - Kończyny

1	2	3	4	5
78	1	Brak kończyny górnej	N	C B
	2	Brak kończyny dolnej	N	C
79	1	Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach i po stanach zapalnych), bez upośledzenia sprawności	N Z	B A
	2	Zniekształcenia kości miednicy, obręczy barkowej i kończyn (wrodzone, po złamaniach i po stanach zapalnych), upośledzające sprawności	N	C
	3	Przewlekłe stany zapalne kości	N	C B
80	1	Skrócenie kończyny dolnej od 1 cm do 2 cm	Z N	A

	2	Skrócenie kończyny dolnej powyżej 2 cm do 4 cm, z nieznacznym upośledzeniem sprawności ruchowej	N	A B
	3	Skrócenie kończyny dolnej powyżej 4 cm do 6 cm, z upośledzeniem sprawności ruchowej	N	C
	4	Skrócenie kończyny dolnej ze znacznym upośledzeniem sprawności ruchowej	N	C
81	1	Zwichnięcia nawykowe	N	C B
	2	Zniekształcenia w obrębie wielkich stawów kończyn nieznacznie upośledzające sprawność ruchową	N	B A
	3	Zniekształcenia w obrębie wielkich stawów kończyn znacznie upośledzające sprawność ruchową	N	C B
	4	Przewlekłe choroby stawów bez zniekształcenia oraz przewlekłe zapalenia tkanki łącznej i okołostawowe	N	A B
	5	Przewlekłe choroby stawów upośledzające sprawność ustroju	N	C B
	6	Dawno przebyty rzut choroby reumatycznej, bez zmian sprawności ustroju	N Z	A
	7	Rzut choroby reumatycznej w okresie leczenia lub postępowania profilaktycznego	N	B C
	8	Przewlekłe reumatoidalne zapalenie stawów	N	C B
	9	Zmiany zwyrodnieniowe stawów nieznacznie upośledzające sprawność ruchową	N	A B
	10	Zmiany zwyrodnieniowe stawów upośledzające sprawność ruchową	N	B C
82	1	Stopa płaska lub wdrążona, bez upośledzenia sprawności	Z N	A
	2	Stopa płaska, koślawa lub wdrążona, miernie upośledzająca sprawność	N	B
	3	Stopa szpotawa, końska, piętowa i inna, znacznie upośledzająca sprawność	N	C
83	1	Żylaki kończyn, bez upośledzenia sprawności	N	A
	2	Rozległe żylaki kończyn, bez zmian troficznych skóry i owrzodzeń	N	B
	3	Rozległe żylaki kończyn dolnych z powikłaniami (zmiany troficzne, owrzodzenia, zespoły pozakrzepowe)	N	C
84	1	Brak jednego palucha lub innych palców, z zachowaniem główek kości śródstopia, nieupośledzający chodzenia	N	B A
	2	Brak obu paluchów lub jednego palucha i innych palców stóp, z zachowaniem główek kości śródstopia, upośledzający chodzenie	N	B C
	3	Braki palców stóp, z uszkodzeniem główek kości śródstopia	N	C
	4	Zniekształcenia palców stóp nieutrudniające noszenia	Z	A

		obuwia i chodzenia	N	
	5	Zniekształcenia palców stóp utrudniające noszenie obuwia i chodzenie	N	B C
85	1	Brak czwartego lub piątego palca ręki prawej lub brak jednego dowolnego palca ręki lewej, z wyjątkiem kciuka (odwrotnie w przypadku osób leworęcznych)	N Z	A
	2	Braki palców rąk nieznacznie upośledzające chwyt	N	B
	3	Braki palców rąk upośledzające chwyt	N	C B
	4	Częściowe braki palców rąk bez upośledzenia chwytu	N Z	A
	5	Częściowe braki palców rąk z upośledzeniem chwytu 1	N	B C
	6	Ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz, bez upośledzenia chwytu	N Z	A
	7	Ograniczenie ruchów palców rąk lub ich przykurcz, z upośledzeniem chwytu	N	B
	8	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe, bez upośledzenia chwytu	N	B C
	9	Zrośnięcie palców rąk lub palce nadliczbowe, z upośledzeniem chwytu	N	B C

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 78. Przez *„brak kończyny”* należy rozumieć nie tylko brak całej kończymy (dolnej lub górnej), ale także brak zasadniczej części kończyny: dłoni, przedramienia, stopy czy podudzia. W razie braku kończyny górnej, jeżeli to dotyczy personelu dowódczego lub administracyjnego, o zdolności do służby należy orzekać indywidualnie.

Do § 79:

- pkt 1 i 2. Zniekształcenia, ubytki i stawy rzekome obojczyka należy kwalifikować według § 32.
- pkt 2. Według tego punktu należy kwalifikować również stawy rzekome.
- pkt 3. Według tego punktu należy kwalifikować również gruźlicę kości.

Do § 80. Kończyny dolne należy mierzyć w pozycji leżącej, wyprostowane, z zsuniętymi stopami. Długość bezwzględną kończymy dolnej mierzy się od szczytu krawędzi kostki bocznej. Długość względną mierzy się od kolca biodrowego przedniego górnego do szczytu kostki przyśrodkowej. W wypadkach wątpliwych, kiedy istnieją różnice w wymiarach obu kończyn, należy wykonać rtg.

- pkt 4. Dotyczy skrócenia kończyny powyżej 6 cm.

Do § 81:

- pkt 1. Zwichnięcia nawykowe można rozpoznać tylko na podstawie stwierdzenia w czasie badania albo na podstawie dokumentacji lekarskiej, stwierdzającej kilkakrotnie przebyte zwichnięcia.
- pkt 2 i 3. Według tych punktów należy kwalifikować staw biodrowy szpotawy i koślawy oraz kolano szpotawe i koślawe. Przez staw biodrowy szpotawy należy rozumieć takie wzajemne ustawienie szyjki i trzonu kości udowej, które tworzy kąt zbliżony do prostego - przez staw biodrowy koślawy - które tworzy kąt nadmiernie rozwarty powyżej 130°. Rozpoznanie stawu biodrowego szpotawego i koślawego należy opierać na zdjęciu rtg.

  Ustawienie koślawego lub szpotawego kolana nie zawsze należy uważać za wadę powodującą zaburzenia statyki. W prawidłowej ocenie takiego stanu pomocne mogą być pomiary odległości między kolanami lub stopami, płaskostopie z różnym nasileniem jako wyraz wyróżnienia koślawości lub szpotawości i dolegliwości spowodowane rozciąganiem wiązadeł stawu kolanowego.

  Pomiarów dokonuje się w pozycji stojącej z zestawionymi (złączonymi) kończynami dolnymi. Przy kolanach szpotawych (o-kształtnych) miarodajny jest odstęp między kłykciami przyśrodkowymi kości udowych (przy złączonych stopach), przy kolanach koślawych (x-kształtnych) - odstęp między

wypukłościami kostek wewnętrznych podudzi (przy złączonych kolanach). Przy odstępie między kolanami do 5 cm lub między stopami do 3 cm z reguły nie występują zaburzenia statyki. Badanych takich należy kwalifikować jako zdolnych. Przy odstępie między kolanami do 10 cm lub między stopami do 6 cm mogą występować nieznaczne zaburzenia statyki, słabo nasilone dolegliwości wiązadeł stawu kolanowego i tendencja do płaskostopia. Badanych takich należy kwalifikować jako zdolnych z ograniczeniem. Przy odstępie między kolanami ponad 10 cm lub między stopami ponad 6 cm stwierdza się często występowanie bólów statycznych kolan i płaskostopie, a nierzadko również koślawe ustawienie stóp. Przy bardzo znacznych zniekształceniach i zaburzeniach statyki spowodowanych szpotawością lub koślawością kolan, badanych należy kwalifikować jako niezdolnych. W wypadkach wątpliwych - szczególnie z pogranicza - badanych należy kierować do ortopedy.

- pkt 5. Według tego punktu należy kwalifikować również gruźlicę stawów.
- pkt 6 i 7. Według tego punktu należy kwalifikować wyłącznie na podstawie dokumentacji lekarskiej z przebytego leczenia oraz aktualnych wyników badań lekarskich dodatkowych. Za dawno przebyty rzut należy uważać ten, który miał miejsce przed 5 laty.

Do § 82. Przez stopę płaską należy rozumieć obniżenie sklepienia podłużnego oraz poprzecznego. Stopa płaska wiotka, bez obciążenia, ma kształt prawidłowy. Obniżenie sklepienia następuje tylko przy obciążeniu stopy (I°).

Przez stopę płaską z upośledzeniem sprawności należy rozumieć stopę płaską przykurczoną, ze stałym obniżeniem sklepienia podłużnego, koślawością, bolesnym napinaniem się mięśni strzałkowych (II°). Przy dalszym nasilaniu się objawów występują wyraźne zmiany w prawidłowym ustawieniu kości i zmiany w stawach stepu. Chód jest niezgrabny, męczący (III°).

Do § 84. pkt 4 i 5. Według tych punktów należy kwalifikować palce młotowate, przykrywające, nadliczbowe i paluch koślawy.

Do § 85. Za brak palca uważa się: w przypadku kciuka - przynajmniej brak paliczka paznokciowego, w przypadku pozostałych palców - przynajmniej dwóch paliczków.

Przy ocenie lewej ręki osób leworęcznych można stosować kwalifikacje, jakie obowiązują przy ocenie prawej ręki osób praworęcznych.

- pkt 2 - 7. Wymagana jest ocena lekarza chirurga ortopedy.
- pkt 8 i 9. Przez zrośnięcie palców z upośledzeniem sprawności należy rozumieć zrośnięcie kciuka ze wskazicielem lub wskaziciela z trzecim palcem albo zrośnięcie ze sobą palców: trzeciego, czwartego i piątego.

Dział XVIII - Nowotwory

1	2	3	4	5
86	1	Nowotwory niezłośliwe nieupośledzające sprawności ustroju	N Z	A
	2	Nowotwory niezłośliwe szpecące powodujące zaburzenia czynności narządów lub upośledzające sprawność ustroju	N	B C
87	1	Nowotwory złośliwe wszystkich rodzajów i stopni	N	C
	2	Blizny po usunięciu nowotworów złośliwych lub po leczeniu chemioterapią lub radioterapią	N	B C

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do § 87:

- pkt 1. Nowotwory należy rozpoznawać wyłącznie na podstawie badania histopatologicznego.

Dział XIX - Układ płciowy żeński

1	2	3	4	5
88	1	Wady rozwojowe układu płciowego żeńskiego nieznacznie upośledzające sprawności ustroju	Z N	A B

	2	Wady rozwojowe układu płciowego żeńskiego znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	C
	3	Zaburzenia hormonalne cyklu miesiączkowego, z nieznacznym upośledzeniem sprawności ustroju	N Z	A B
	4	Zaburzenia hormonalne cyklu miesiączkowego, ze znacznym upośledzeniem sprawności ustroju	N	B C
89	1	Zestarzałe pęknięcia lub blizny krocza, nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A
	2	Obniżenie ścian pochwy, z wytworzeniem zachyłka pęcherzowego lub odbytniczego	N	B C
	3	Obniżenie ścian pochwy, z wytworzeniem zachyłka pęcherzowego i towarzyszącym wysiłkowym nietrzymaniem moczu	N	C
	4	Obniżenie ścian pochwy, z wytworzeniem zachyłka pęcherzowego lub odbytniczego z całkowitym nietrzymaniem moczu lub zaburzeniem czynności zwieracza odbytu	N	C
	5	Całkowite wypadanie narządów płciowych	N	C
	6	Guzy przydatków, torbiele sromu, mięśniaki macicy	N	B C
90	1	Nieprawidłowe położenie macicy nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A
	2	Nieprawidłowe położenie macicy z częściowym upośledzeniem sprawności ustroju	N Z	B
	3	Przetoki maciczne, pochwowe i kroczowe	N	C
91	1	Ostre i podostre stany zapalne narządów płciowych, bez zmian anatomicznych	N Z	B
	2	Ostre i podostre stany zapalne narządów płciowych, ze zmianami anatomicznymi w zakresie przydatków i przymacicza	N	B C
	3	Powtarzające się przewlekłe zmiany zapalne narządów płciowych, ze znacznymi zmianami anatomicznymi przydatków i przymacicza oraz objawami otrzewnowymi	N	C
	4	Stan po odcięciu nadpochwowym lub wycięciu całkowitym macicy z powodów innych niż nowotwory złośliwe	N	B C
	5	Stan po wycięciu całkowitym macicy z powodu nowotworu złośliwego	N	C

* **Objaśnienia szczegółowe**

Do działu XIX. Badania ginekologiczne należy przeprowadzać zarówno przy kwalifikowaniu kandydatek do służby, jak i funkcjonariuszy - kobiet. Badania przeprowadza specjalista ginekolog.

Do § 88:

- pkt 1. Należą tu przegrody i przewężenia pochwy, macica jednorożna, dwurożna, dwuszyjkowa, podwójna i wady rozwojowe jajowodów.
- pkt 2. Dotyczy znacznego niedorozwoju lub braku macicy. Zmiana skojarzona jest zazwyczaj z niedomogą hormonalną układu płciowego, która rzutuje na ogólną sprawność ustroju.
- pkt 3. Obfite miesiączki przy jednoczesnym istnieniu mięśniaków i bolesne miesiączki przy zmianach o charakterze endometriozy, potwierdzone aktualnym wynikiem badania ginekologicznego.

Do § 89

- pkt 6. Dotyczy np. torbieli gruczołu przedsionkowego, mięśniaków macicy i innych zmian.

Do § 90:

- pkt 1. Na przykład tyłozgięcie macicy wolne.
- pkt 2. Na przykład tyłozgięcie macicy umocowane.

Dział XX - Choroby zakaźne i pasożytnicze

1	2	3	4	5
92	1	Zakażenie wirusem HIV	Z N	A B
	2	Zespół nabytego upośledzenia odporności	N	C
	3	Zakażenia przenoszone droga płciową	Z N	B C
	4	Inne wirusowe zakażenia	Z N	B C
93	1	Gruźlica nosa, gardła, krtani i tchawicy czynna	N	C
	2	Gruźlica węzłowo-płucna czynna	N	C
	3	Gruźlica prosówkowa ostra	N	C
	4	Rozsiana gruźlica płuc	N	C
	5	Gruźlica płuc naciekowa czynna	N	C
	6	Gruźlica płuc włóknista, włóknisto-guzkowa	N	C
	7	Serowate zapalenie płuc	N	C
	8	Gruźlica płuc włóknisto-jamista	N	C
	9	Pojedyncze zwapnienia lub niewielkie zwłóknienia po przebytym procesie gruźliczym	Z N	A
	10	Liczne zwapnienia i zwłóknienia po przebytych rozsiewach krwiopochodnych gruźlicy, bez upośledzenia sprawności oddechowej	N	C B
	11	Zmiany bliznowate po przebytej gruźlicy płuc, z upośledzeniem sprawności oddechowo-krążeniowej	N	C
	12	Zrosty i zgrubienia opłucnej, nieupośledzające sprawności oddechowo-krążeniowej	N Z	A
	13	Zrosty i zgrubienia opłucnej, upośledzające sprawność oddechowo-krążeniową	N	C B
	14	Zrosty i zgrubienia opłucnej ograniczające ruchomość przepony, z przemieszczeniem narządów, miernie upośledzające sprawność oddechowo-krążeniową	N	C
	15	Zrosty i zgrubienia opłucnej ograniczające ruchomość przepony, z przemieszczeniem narządów, znacznie upośledzające sprawność oddechowo-krążeniową	N	C
	16	Gruźlica narządów jamy brzusznej (otrzewnej, węzłów chłonnych oraz przewodu pokarmowego) - czynna	N	C
	17	Gruźlica narządów układu moczowo - płciowego	N	C

94	1	Grzybicze lub pasożytnicze choroby płuc lub opłucnej	N	C B
	2	Bąblowiec, grzybica narządów jamy brzusznej	N	C

Do § 92 pkt 1 - 4 kwalifikacja wymaga konsultacji specjalisty chorób zakaźnych.

Do § 93 Przypadki czynnej gruźlicy płuc oraz przypadki wątpliwe co do dynamiki procesu należy poddawać obserwacji i leczeniu. Po zakończeniu leczenia (w ramach obowiązujących przepisów) badanych należy kwalifikować w zależności od uzyskanych wyników leczenia.

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie jest wykonaniem upoważnienia zawartego w art. 7 ust. 3 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. ...).

Dotychczas zakres regulacji ujęty był w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2011 r. w sprawie wymagań w zakresie zdolności fizycznej i psychicznej do Służby Więziennej (Dz. U. Nr 20, poz. 108) wydanym na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2014 r. poz. 173).

Stosownie do zakresu upoważnienia w projektowanym rozporządzeniu określono wykaz chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do służby, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata do Służby Więziennej i funkcjonariusza Służby Więziennej uwzględniając potrzebę ustalenia w toku badania przez komisję lekarską przydatności i predyspozycji do służby z uwagi na charakter i warunki tej służby.

W projekcie wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności w stosunku do dotychczasowego wykazu dokonano zmiany w zakresie kategorii zdolności do służby zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych poprzez:

1) zmianę dotychczasowej kategorii C (zdolny do służby z ograniczeniem) na kategorię B (zdolny do służby z ograniczeniem),
2) zmianę dotychczasowej kategorii D (niezdolny do służby) na kategorię C (niezdolny do służby).

Przedmiotowy projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

03/06/BS

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do służby na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata do Służby Więziennej i funkcjonariusza Służby Więziennej uwzględniając potrzebę ustalenia w toku badania przez komisję lekarską przydatności i predyspozycji do służby z uwagi na charakter i warunki tej służby. **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Sprawiedliwości **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Stanisław Chmielewski **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu**	**Data sporządzenia** 3 marca 2014 r. **Źródło:** Zmiana upoważnienia ustawowego **Nr w wykazie prac …….**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia dotyczy wymagań zdrowotnych dotyczących kandydatów do służby w Służbie Więziennej oraz funkcjonariuszy Służby Więziennej.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Przyjęcie projektu pozwoli na ocenę stanu zdrowia kandydatów do SW i funkcjonariuszy SW.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Nie przeprowadzano analizy porównawczej.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Kandydaci do służby w SW			
Funkcjonariusze SW			
(dodaj/usuń)			
(dodaj/usuń)			
(dodaj/usuń)			

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt będzie poddany konsultacjom zgodnie z wymogami odrębnych przepisów.
Wyniki zostaną omówione po ich zakończeniu.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z … r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Rozporządzenie nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa. Stosowne środki są zabezpieczone w części 37 budżetu państwa „Sprawiedliwość”.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z … r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Rozporządzenie nie wpływa na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu	
x☐ nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
Komentarz:	

9. Wpływ na rynek pracy
Rozporządzenie nie wpływa na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie
Omówienie wpływu		

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego
Nastąpi z chwilą wejścia w życie aktu prawnego.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?
Ewaluacja nastąpi po upływie 24 miesięcy od dnia wejścia aktu wykonawczego w życie.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Projekt

R O Z P O R Z Ą D Z E N I E

M I N I S T R A F I N A N S Ó W [1)]

z dnia

w sprawie wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do pracy

Na podstawie art. 8 ust. 5 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. ….) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa wykaz chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do pracy, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydata lub pracownika, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej lub w wywiadzie skarbowym.

§ 2. Wykaz chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do pracy określa załącznik do rozporządzenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER FINANSÓW

1) Minister Finansów kieruje działem administracji rządowej – finanse publiczne na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Finansów (Dz. U. Nr 248, poz. 1481).

Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Finansów
z dnia … (poz. …)

WYKAZ CHORÓB I UŁOMNOŚCI ORAZ KATEGORII ZDOLNOŚCI DO PRACY

Paragraf	Punkt	Choroby i ułomności	Kategoria zdolności do określona w art. 8 ust.1 ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych	kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej i w wywiadzie skarbowym według kategorii, o których mowa w art. 8 ust. 2 ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych				inspektorów i pracowników zatrudnionych w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej i w wywiadzie skarbowym według kategorii, o których mowa w art. 8 ust. 2 ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych			
				w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej	w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej na stanowiskach kierowniczych i specjalistycznych	w wywiadzie skarbowym	w wywiadzie skarbowym na stanowiskach kierowniczych i specjalistycznych	w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej	w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej na stanowiskach kierowniczych i specjalistycznych	w wywiadzie skarbowym	w wywiadzie skarbowym na stanowiskach kierowniczych i specjalistycznych
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**

Dział I - Budowa ciała

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1	Nadwaga nieupośledzająca sprawności ustroju	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Otyłość upośledzająca nieznacznie sprawność ustroju	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	3	Otyłość znacznie upośledzająca sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 1 pkt 1-3 Kwalifikuje się na podstawie wskaźnika masy ciała (BMI)
pkt 1 - BMI w przedziale: powyżej 25 do 30 (mężczyźni)
powyżej 24 do 30 (kobiety)
pkt 2 - BMI w przedziale: powyżej 30 do 40 (mężczyźni i kobiety)
pkt 3 - BMI w przedziale: powyżej 40 (mężczyźni i kobiety)

Dział II - Skóra, tkanka podskórna i węzły chłonne

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2	1	Przewlekłe choroby skóry nieznacznie szpecące i nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Przewlekłe choroby skóry miernie szpecące lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A	A	A	A	A	A	A
	3	Przewlekłe choroby skóry wybitnie szpecące lub upośledzające sprawność ustroju	Z N	B C	B	B	B	B	B	B	B
	4	Tatuaż	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
3	1	Blizny nieznacznie szpecące lub miernie upośledzające sprawność ustroju	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Blizny znacznie szpecące lub upośledzające sprawność ustroju	Z N	B C	B	B	B	B	B	B	B

	3	Blizny po samouszkodzeniach	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B
4	1	Obrzęk limfatyczny nieznacznie upośledzający sprawność ustroju	Z	A B	A B	A	A	A	A	A	A
	2	Obrzęk limfatyczny znacznie upośledzający sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 2. Nowotwory skóry kwalifikuje się według paragrafów działu XX - Nowotwory.
pkt 1-3. Według tych punktów kwalifikuje się różnorodne przewlekłe uogólnione choroby skóry, jak: świerzbiączka uogólniona (wyprysk endogenny), wrodzone zaburzenia rogowacenia skóry znacznego stopnia (rogowiec dziedziczny, rybia łuska), wrodzone dziedziczne oddzielanie się naskórka, pęcherzyca, skóra pergaminowata barwikowa, uogólnione i nawracające lub oporne na leczenie postacie łuszczycy, gruźlica skóry oporna na leczenie.
pkt 4. - Z lub N kwalifikowane w zależności od wielkości, lokalizacji i szpecącego charakteru.
Do § 3 pkt 1 i 2. Według tych punktów kwalifikuje się między innymi wyleczoną gruźlicę skóry.
pkt 2. Przez „blizny upośledzające sprawność ustroju" rozumie się blizny utrudniające ruchomość stawów i/lub noszenie odzieży i oporządzenia, blizny połączone z ubytkami tkanek miękkich (po zranieniach, oparzeniach itp.) oraz blizny w miejscach narażonych na tarcie w czasie ruchów i chodzenia.
pkt 3 rubryki 5,6, 7,8 - C kwalifikowane w oparciu o opinię psychiatryczną.

Dział III – Czaszka

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
5	1	Zniekształcenia czaszki nie upośledzające czynności układu nerwowego	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Zniekształcenia czaszki oraz choroby i ubytki kości nieznacznie upośledzające czynności układu nerwowego	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	3	Zniekształcenia czaszki oraz choroby i ubytki kości znacznie upośledzające czynności układu nerwowego	N	C	C	C	C	C	C	C	C
	4	Ciało obce w mózgu	N	C	C	C	C	C	C	C	C

Dział IV - Narząd wzroku

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
6	1	Zniekształcenia powiek nieupośledzające ich sprawności	Z	A	A	A	A	A	A	A	A

	2	Zniekształcenia powiek upośledzające ich sprawność	Z N	B C	B C	B C	B C	B D	B C	B C	B
	3	Przewlekłe choroby brzegów powiek lub spojówek nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność oka	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	4	Przewlekłe choroby brzegów powiek lub spojówek trudno poddające się leczeniu i upośledzające sprawność oka	Z N	C	C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
	5	Obwodowe zrosty spojówki gałkowej i powiekowej nieupośledzające ruchów gałki ocznej lub powiek	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	6	Zrosty spojówki gałkowej i powiekowej nieznacznie upośledzające ruchomość gałki ocznej	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	7	Zrosty spojówki gałkowej upośledzające ruchomość gałki ocznej	Z N	C	C	B C	B C	B C	B C	B C	B B
7	1	Nieznaczne upośledzenie wydzielania lub odpływu łez	Z	A B	A	A B	A	A	A	A	A
	2	Znaczne upośledzenie wydzielania lub odpływu łez	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C

8	1	Ślepota jednego oka lub brak jednej gałki ocznej przy ostrości wzroku oka drugiego 0.8 lub większej po zastosowaniu szkieł sferycznych do 3.0 D lub cylindrycznych do 2.0 D	Z	B	B	B	B	B	B	B	B
	2	Ślepota jednego oka lub brak jednej gałki ocznej przy ostrości wzroku oka drugiego poniżej 0.8 po zastosowaniu szkieł sferycznych do 3.0 D lub cylindrycznych do 2.0 D	Z N	C	C	C	C	C	C	C	B
	3	Całkowita ślepota lub brak obu gałek ocznych	N	C	C	C	C	C	C	C	C
9	1	Nieznaczny oczopląs przy skierowaniu gałek ocznych w bok	Z N	B C	B C	B C	B C	B	A B	A	A
	2	Nieznaczny oczopląs przy patrzeniu wprost, wzmagający się przy patrzeniu w bok	Z N	B C	B C	B C	B C	B	A B	A B	A B
	3	Wyraźny oczopląs przy patrzeniu wprost	N	C	C	C	C	C	C	C	C

10	1	Brak jednoczesnego widzenia obuocznego z ostrością wzroku każdego oka 0.5 lub większą bez lub z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi do 1.0 D lub wypukłymi do 3.0 D lub cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi do 1.0 D	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Brak jednoczesnego widzenia obuocznego z ostrością wzroku każdego oka nie mniejszą niż 0.5 z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi do 3.0 D lub wypukłymi do 6.0 D lub cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi do 2.0 D	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A	A	A
	3	Brak jednoczesnego widzenia obuocznego z ostrością wzroku jednego oka co najmniej 0.5, a drugiego oka od 0.1 do 0.4 mimo korekcji szkłami sferycznymi wklęsłymi do 3.0 D lub wypukłymi do 2.0 D	Z N	C	C	B C	B B	B C	B C	B C	B C
11	1	Ostrość wzroku jednego oka lub obu oczu poniżej 0.8 bez korekcji szkłami	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0.5 z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi do 1.0 D lub wypukłymi do 3.0 D lub cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	3	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0.5 z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi powyżej 1.0 D do 4.5 D lub wypukłymi powyżej 3.0 D do 6.0 D lub cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi powyżej 1.0 D do 3.0 D.	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	4	Ostrość wzroku każdego oka co najmniej 0.5 z korekcją szkłami sferycznymi wklęsłymi powyżej 4.5 D lub wypukłymi powyżej 6.0 D lub cylindrycznymi wklęsłymi lub wypukłymi powyżej 3.0 D.	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
	5	Ostrość wzroku jednego oka co najmniej 0.5, drugiego w granicach od 0.1 do 0.4 z korekcją szkłami sferycznymi do 6.0 D lub cylindrycznymi do 3.0 D	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
12	1	Przebyte choroby rogówki, twardówki, tęczówki, ciałka rzęskowatego i ciała szklistego z ich utrwalonymi zmianami nieznacznie upośledzające czynność oka	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Przebyte choroby rogówki, twardówki, tęczówki, ciałka rzęskowatego i ciała szklistego z ich utrwalonymi zmianami upośledzające czynność oka	Z N	C	C	C	B C	B	B	B	B

	3	Przebyte choroby siatkówki, naczyniówki i nerwu wzrokowego nieznacznie upośledzające czynność oka	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	4	Przebyte choroby siatkówki, naczyniówki i nerwu wzrokowego upośledzające czynność oka	Z N	C	C	C	B C	B	B	B	B
	5	Nieznaczne upośledzenie rozróżniania barw	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	6	Znaczne upośledzenie rozróżniania barw	Z N	B C	B C	B C	B	B	B	B	B
	7	Jaskra	Z N	B C	B C	B C	B	B	B	B	B

Objaśnienia szczegółowe:
Do §6.
pkt 3 i 4. W razie stwierdzenia przewlekłego zapalenia brzegów powiek i spojówek, bierze się pod uwagę wady wzroku przy nieużywaniu szkieł korekcyjnych oraz czynniki szkodliwe, działające z zewnątrz, jak pył, gazy itp. Podstawą do uznania badanego za trwale niezdolnego do pracy jest opinia lekarza okulisty po ew. leczeniu szpitalnym.
pkt 5-7. Przy kwalifikowaniu zrostów spojówki gałkowej i powiekowej bierze się pod uwagę ograniczenie ruchomości oka i upośledzenie widzenia obuocznego.
Do § 8. Przez ślepotę oka rozumie się także ostrość wzroku poniżej 0,1 nie dającą się poprawić szkłami (bez względu na ich siłę korygującą) albo wypadki, w których pole widzenia nie przekracza 10%.
Do § 9. Każdy przypadek oczopląsu podlega konsultacji neurologicznej i laryngologicznej.
Do § 11. Jeżeli ostrość wzroku któregokolwiek oka wynosi poniżej 0.5, kieruje się badanego na badanie okulistyczne w celu stwierdzenia ostrości wzroku i określenia wady refrakcji. Przy znacznej różnowzroczności uwzględnia się szkła, jakie badany nosi przy patrzeniu obuocznym. Przy ocenie ostrości wzroku nie uwzględnia się szkieł złożonych. W przypadku zmętnienia lub zniekształcenia środowisk załamujących, za podstawę kwalifikacji przyjmuje się ostrość wzroku.
Do § 12 pkt 1-4. Przy kwalifikacji według tych punktów uwzględnia się równocześnie ostrość wzroku i pole widzenia.
pkt 3 i 4. W przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego konieczna jest konsultacja neurologiczna; według tych punktów kwalifikuje się również ograniczenia pola widzenia,
pkt 5 i 6. Przez prawidłowe rozróżnianie barw rozumie się umiejętność rozróżniania czterech barw podstawowych, tj. czerwonej, żółtej, zielonej i niebieskiej. Przez nieznaczne upośledzenie barw rozumie się utrudnienie rozróżniania czterech barw podstawowych, tj. pomyłki przy odczytywaniu pojedynczych tablic z zestawu Ishihary lub Stillinga bądź przedłużony czas odczytu (ponad 3 sek.). Nieumiejętność rozróżniania czterech barw podstawowych traktuje się jako znaczne upośledzenie rozróżniania barw kwalifikujące badanych do kategorii B/C. Ocena należy do okulisty na podstawie poszerzonego badania okulistycznego.

Dział V - Narząd słuchu

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
13	1	Zniekształcenie małżowiny usznej	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Brak, znaczny niedorozwój lub znaczne zniekształcenie jednej lub obu małżowin usznych bez równoczesnego upośledzenia słuchu	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
14	1	Jednostronne upośledzenie słuchu w zakresie tonów wysokich pochodzenia odbiorczego lub przewodzeniowego ze słyszeniem mowy potocznej	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Obustronne upośledzenie słuchu w zakresie tonów wysokich pochodzenia odbiorczego lub przewodzeniowego ze słyszeniem mowy potocznej	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	3	Jednostronne osłabienie słuchu w zakresie tonów wysokich pochodzenia odbiorczego lub przewodzeniowego	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	4	Obustronne osłabienie słuchu w zakresie tonów wysokich pochodzenia odbiorczego lub przewodzeniowego	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
	5	Jednostronne przytępienie słuchu w zakresie tonów wysokich pochodzenia odbiorczego lub przewodzeniowego	Z N	B C	B C	B C	B	B	B	B	B
	6	Obustronne przytępienie słuchu w zakresie tonów wysokich pochodzenia odbiorczego lub przewodzeniowego	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
15	1	Zaburzenia równowagi ciała pochodzenia obwodowego lub centralnego jednostronne lub obustronne niezależne od ostrości słuchu	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 14. We wszystkich wypadkach, stwierdzonego podczas badania fizykalnego, obniżenia ostrości słuchu konieczne jest badanie specjalistyczne (audiometria) w celu określenia rodzaju i stopnia upośledzenia słuchu. Przez osłabienie słuchu rozumie się upośledzenie zdolności słyszenia lżejszego stopnia (słyszenie szeptu z odległości 3 m do 1 m); przez przytępienie słuchu - upośledzenie znaczniejszego stopnia (słyszenie szeptu z odległości mniejszej niż 1 metr); przez przytępienie słuchu graniczące z głuchotą -upośledzenie dużego stopnia (szept *„ad concham ").*
Do § 15. Zaburzenia w zakresie narządu równowagi wymagają zawsze badania laryngologicznego i neurologicznego w tym ew. wykonania nystagmografii.

Dział VI - Jama ustna

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
16	1	Zniekształcenie narządów jamy ustnej wrodzone lub nabyte nieznacznie upośledzające mowę lub przyjmowanie pokarmów	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Zniekształcenie narządów jamy ustnej wrodzone lub nabyte upośledzające mowę lub przyjmowanie pokarmów	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
17	1	Przewlekłe schorzenia narządów jamy ustnej nieznacznie upośledzające mowę, przyjmowanie pokarmów lub nieznacznie szpecące	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Przewlekłe schorzenia narządów jamy ustnej upośledzające mowę, przyjmowanie pokarmów lub szpecące	Z N	C	C	C	B C	B C	B C	B C	B C
18	1	Braki i wady uzębienia z utratą zdolności żucia do 50 %, przy zachowanych zębach przednich	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Braki i wady uzębienia, w tym również zębów przednich, z utratą zdolności żucia do 50 %	Z	A B	A B	A B	A B	A	A	A	A
	3	Braki i wady uzębienia z utratą zdolności żucia od 50 % do 67 % z obecnością protezy	Z	A B	A B	A B	A B	A	A	A	A
	4	Braki i wady uzębienia z utratą zdolności żucia powyżej 67 % z obecnością protezy	Z	A B	A B	A B	A B	A	A	A	A
19	1	Zniekształcenie szczęki lub żuchwy, schorzenia stawu żuchwowo-jarzmowego wrodzone lub nabyte nieznacznie upośledzające żucie	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Zniekształcenie szczęki lub żuchwy, schorzenia stawu żuchwowo-jarzmowego wrodzone lub nabyte upośledzające żucie	Z N	C	C	C	B C	B	B	B	B

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 18. Przy badaniu uzębienia zwraca się uwagę na rodzaj i stan zgryzu ewentualnie jego zniekształcenia rozwojowe lub nabyte, na stan tkanek okołozębia i możliwe objawy paradontopatii. Zęby przeznaczone do usunięcia (zęby z miazgą zgorzelinową, wielokorzeniowe ze znacznie zniszczonymi koronami) traktuje się jako brakujące. Przy ocenie procentowej utraty zdolności żucia przyjmuje się tylko 28 zębów w jamie ustnej. Zęby mądrości mogą być brane pod uwagę, jeśli przy zwarciu odtwarzają w części płaszczyznę żucia ewentualnie brakujących zębów (siódemek). Procentową utratę zdolności żucia oblicza się według poniższej tabeli:

Ząb	1	2	3	4	5	6	7
Wartość procentowa	4	3	6	7	7	11	12

Przy obliczaniu wartości procentowej zdolności żucia bierze się pod uwagę nie tylko zęby brakujące, ale również zęby pozbawione antagonistów.
Całkowity brak zębów jednej szczęki stanowi utratę 100% zdolności żucia nawet przy zachowaniu wszystkich zębów drugiej szczęki. Jeśli braki uzębienia powodują jednostronną utratę zdolności żucia, badanych kwalifikuje się według punktu 3. Protezy stałe, niezależnie od ich rozległości, traktuje się jako odtworzenie zdolności żucia. Ocena wartości funkcjonalno-klinicznej protez stałych i zębów filarowych oraz wynikającej z tego powodu utraty zdolności żucia należy do lekarza stomatologa. Protezy ruchome uzupełniające braki zębów u badanego traktuje się jako odtworzenie zdolności żucia.

Dział VII - Nos, gardło i krtań

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
20	1	Przewlekłe choroby, wady rozwojowe lub pourazowe nosa i zatok przynosowych nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające drożność nosa	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Przewlekłe choroby, wady rozwojowe lub pourazowe nosa i zatok przynosowych upośledzające drożność nosa	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
21	1	Przewlekłe choroby gardła, krtani i tchawicy nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające wentylację lub fonację	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Przewlekłe choroby gardła, krtani i tchawicy upośledzające wentylację i fonację	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
	3	Następstwa przebytych chorób gardła, krtani i tchawicy upośledzające wentylację lub fonację	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
22	1	Wady wymowy nieznacznie upośledzające zdolność porozumiewania się	Z	A B	A B	A B	A B	A	A	A	A
	2	Wady wymowy upośledzające zdolność porozumiewania się	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B

Objaśnienia szczegółowe:
Podstawą rozpoznania są konsultacje specjalistów: otolaryngologa, foniatry, udokumentowane wynikami badań dodatkowych.

Dział VIII - Szyja, klatka piersiowa i kręgosłup

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
23	1	Zmiany anatomiczne w obrębie szyi i obręczy barkowej nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	A	A	A	A	A	A	A

	2	Zmiany anatomiczne w obrębie szyi i obręczy barkowej nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	3	Zmiany anatomiczne w obrębie szyi i obręczy barkowej upośledzające sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
24	1	Zniekształcenia klatki piersiowej nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Zniekształcenia klatki piersiowej upośledzające sprawność ustroju	Z	B	B	B	B	B	B	B	B
25	1	Nieznaczne skrzywienia i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Umiarkowane skrzywienia i wady kręgosłupa wrodzone lub nabyte nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	3	Znaczne skrzywienia i wady kręgosłupa upośledzające sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
26	1	Choroby kręgosłupa nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Choroby kręgosłupa upośledzające sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 23 i 26. Przez pojęcie upośledzenie sprawności ustroju rozumie się również przewlekłe lub nawracające zespoły bólowe z lub bez neurologicznych objawów ubytkowych.
Do § 24 pkt 1 i 2. Zniekształcenia (ubytki kostne) klatki piersiowej mogą być wrodzone lub nabyte. Podstawą kwalifikowania jest ustalenie stopnia upośledzenia czynności narządów klatki piersiowej, tj. zaburzenia krążenia, zmniejszenie pojemności życiowej płuc. *Żebra* nadliczbowe dające zaburzenia czynności kończyny górnej o charakterze krążeniowym lub neurologicznym kwalifikuje się dodatkowo według odpowiednich paragrafów.
Do § 25 pkt 1. Pourazowe wady kręgosłupa dyskwalifikują kandydata do pracy.
W razie niemożności wykluczenia ewentualnego skrzywienia bądź wady, należy kandydatów poddać badaniom rentgenologicznym (zdjęcia w 2 płaszczyznach) i konsultacji ortopedy.
pkt 1-3. Za skrzywienie kręgosłupa uważa się wszelkie odchylenia od linii pionowej, która prawidłowo powinna przebiegać od guzowatości potylicznej zewnętrznej przez wszystkie wyrostki kolczyste kręgów i szczelinę międzypośladkową:
- nieznaczne - gdy linia wyrostków kolczystych w swobodnej postawie wyprostowanej tworzy niewielki, mało widoczny łuk na jednym z odcinków kręgosłupa lub dwa łuki przebiegające przeciwstawnie w sąsiadujących odcinkach kręgosłupa; skrzywienie takie wyrównuje się czynnie,
- umiarkowane - gdy linia wyrostków tworzy wyraźnie widoczny łuk, garb żebrowy jest mało

widoczny, zauważalne jest małe zniekształcenie klatki piersiowej i występuje nieznaczne ograniczenie ruchów kręgosłupa; skrzywienie takie daje się wyrównać biernie,
- znacznie (z garbem żebrowym) - ze zniekształceniem klatki piersiowej, z upośledzeniem sprawności oddechowej; skrzywienie nie daje się ani czynnie, ani biernie skorygować.
Do § 26 pkt 1 i 2. Ocenę zdolności uzależnia się od rozległości i nasilenia wady lub procesu chorobowego i zaburzeń czynnościowych kręgosłupa (podstawą orzeczenia jest diagnostyka obrazowa i konsultacja ortopedy lub reumatologa).

Dział IX - Narząd oddechowy

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
27	1	Choroby płuc obturacyjne, restrykcyjne i złożone oraz ich następstwa przebiegające z nieznacznym upośledzeniem funkcji ustroju, ze zmianami w badaniu spirometrycznym, którego wyniki nie są niższe niż 80% wartości należnej	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Choroby płuc obturacyjne, restrykcyjne i złożone oraz ich następstwa przebiegające z upośledzeniem funkcji ustroju, napadami duszności ze zmianami w badaniu spirometrycznym, którego wyniki są niższe niż 80% wartości należnej, ale są wyższe niż 60 % tej wartości	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B	B	B
	3	Choroby płuc obturacyjne, restrykcyjne i złożone oraz ich następstwa przebiegające ze znacznym upośledzeniem funkcji ustroju, dusznością spoczynkową, ze zmianami w badaniu spirometrycznym mniejszym niż 60% wartości należnej oraz zmianami w gazometrii krwi	Z N	C	C	C	C	B C	B C	B C	B C

Objaśnienia szczegółowe:
Gruźlica płuc czynna dodatkowo kwalifikuje się wg działu XVI - Choroby zakaźne.
Stan po leczeniu gruźlicy płuc kwalifikuje się wg § 27 po konsultacji specjalisty pulmonologa.
Do § 27 pkt 1-3. Dla rozpoznania przewlekłej choroby oskrzelowo-płucnej ocena stopnia upośledzenia przepływu powietrza opiera się na badaniu spirometrycznym, konsultacji pulmonologa.
Do pkt 3. Konieczne jest badanie gazometryczne krwi tętniczej i żylnej.

Dział X - Układ krążenia

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
28	1	Zaburzenia rytmu i przewodzenia niezależnie od mechanizmu i rodzaju potwierdzone badaniem, diagnostyką elektrokardiograficzną nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające wydolność organizmu	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Zaburzenia rytmu i przewodzenia niezależnie od mechanizmu i rodzaju potwierdzone badaniem, diagnostyką elektrokardiograficzną upośledzające wydolność organizmu	Z N	C	C	C	C	B C	B C	B C	A B
29	1	Wady i dysfunkcje zastawek serca i / lub pni naczyniowych bez znaczenia hemodynamicznego	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Wady i dysfunkcje zastawek serca i / lub pni naczyniowych ze zmianami hemodynamicznymi nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	3	Wady i dysfunkcje zastawek serca i / lub pni naczyniowych ze zmianami hemodynamicznymi istotnie upośledzające sprawność ustroju	N	C	C	C	C	C	C	C	C
30	1	Choroby osierdzia, mięśnia sercowego i wsierdzia przebyte, nieznacznie upośledzające wydolność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Choroby osierdzia, mięśnia sercowego i wsierdzia przebyte, istotnie upośledzające wydolność ustroju	Z N	C	C	C	C	B C	B C	B C	B C
31	1	Choroba niedokrwienna serca stabilna, w tym stan po rewaskularyzacji lub angioplastyce naczyń wieńcowych bez przebytego zawału mięśnia sercowego	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B

	2	Choroba niedokrwienna serca stabilna lub niestabilna, niedokrwienie serca bezobjawowe, przebyty zawał mięśnia sercowego, wariant Printzmetala	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
32	1	Nadciśnienie tętnicze okresu I. o przebiegu łagodnym, dobrze poddające się leczeniu	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Nadciśnienie tętnicze okresu II. o zadowalającej kontroli farmakologicznej	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
	3	Nadciśnienie tętnicze okresu II. i III. o niezadowalającej kontroli oraz inne postacie nadciśnienia o ciężkim przebiegu	N	C	C	C	C	C	C	C	C
33	1	Choroby naczyń obwodowych tętniczych lub żylnych nieupośledzające lub nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Choroby naczyń obwodowych tętniczych lub żylnych upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	3	Choroby naczyń obwodowych tętniczych lub żylnych znacznie upośledzające sprawność ustroju i/lub z powikłaniami w postaci zmian troficznych tkanek	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
	4	Tętniaki naczyń - w zależności od wielkości i lokalizacji	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C

Objaśnienia szczegółowe:

Do § 28 pkt 1-2. Przyjmowanie leków antyarytmicznych uznaje się za upośledzające wydolność organizmu.

Do pkt 1-2. Konieczne badanie EKG metodą Holtera i konsultacja specjalisty kardiologa.

Do § 29 pkt 1-3. Konieczne badanie echokardiograficzne z badaniem przepływu krwi przez zastawki wykonane i ocenione przez kardiologa, z określeniem znaczenia hemodynamicznego; stwierdzony zespół wypadania płatka zastawki bez obecności fali zwrotnej lub ze śladową falą zwrotną nie kwalifikuje się jako wady (dysfunkcji) tej zastawki.

Do § 30 i 31. O kwalifikacji decyduje wynik próby wysiłkowej, badania echokardiograficznego oraz konsultacja kardiologa.

Do § 32 pkt 1-3.0 kwalifikacji decyduje badanie okulistyczne, echokardiograficzne oraz konsultacja kardiologa; obowiązująca jest kwalifikacja wg WHO.

Do § 33 pkt 4. Do kwalifikacji niezbędna jest konsultacja chirurgiczna oraz badanie USG naczyń z oceną przepływów.

Dział XI - Układ trawienny

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
34	1	Choroby przełyku, żołądka i dwunastnicy nieznacznie upośledzające sprawność układu trawiennego	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Choroby przełyku, żołądka i dwunastnicy o przebiegu nawracającym lub stan po zabiegach operacyjnych upośledzające sprawność układu trawiennego	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
	3	Choroby przełyku, żołądka i dwunastnicy o przebiegu nawracającym lub stan po zabiegach operacyjnych upośledzające ogólną sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
35	1	Niezakaźne choroby jelit cienkiego i grubego, w tym zespół jelita drażliwego nieznacznie upośledzające sprawność układu trawiennego	Z N	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Niezakaźne zapalne choroby jelit cienkiego i grubego o przebiegu nawracającym lub stan po zabiegach operacyjnych upośledzające sprawność układu trawiennego	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B	B	B
	3	Niezakaźne zapalne choroby jelit cienkiego i grubego o przebiegu nawracającym lub stan po zabiegach operacyjnych upośledzające ogólną sprawność ustroju	Z N	C	C	C	B C	B C	B	B	B
	4	Choroby odbytu i odbytnicy nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	5	Choroby odbytu i odbytnicy upośledzające sprawność ustroju	N	C	C	C	B C	B C	B C	B C	B C
36	1	Torbiele, naczyniaki wątroby - w zależności od wielkości, lokalizacji i przebiegu	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Zakaźne i niezakaźne przewlekłe zapalenia wątroby, marskość wątroby	Z N	C	C	C	C	B C	B C	B C	B C

	3	Zapalne i niezapalne choroby pęcherzyka żółciowego i/lub dróg żółciowych lub stan po zabiegach operacyjnych nieznacznie upośledzające sprawność układu trawiennego	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	4	Zapalne i niezapalne choroby pęcherzyka żółciowego i / lub dróg żółciowych lub stan po zabiegach operacyjnych upośledzające sprawność ustroju	Z N	C	C	C	B C	B C	B C	B C	B C
37	1	Torbiele i przewlekłe zapalenie trzustki bez upośledzenia sprawności ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Torbiele i przewlekłe zapalenie trzustki z upośledzeniem sprawności ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
	3	Stan po przebytym ostrym zapaleniu trzustki leczonym operacyjnie lub stan po resekcji trzustki	Z N	C	C	C	B C	B C	B C	B C	B C
38	1	Przepukliny wszystkich rodzajów nieupośledzające drożności przewodu pokarmowego	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Przepukliny wszystkich rodzajów upośledzające drożność przewodu pokarmowego i/lub innych narządów i układów	Z N	C	C	C	C	B C	B C	B C	B C

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 34 pkt 1-3. Każde rozpoznanie dokumentuje się badaniem endoskopowym i dokumentacją z przebiegu leczenia.
Do § 35 pkt 1-5. Każde rozpoznanie dokumentuje się badaniem endoskopowym z ew. badaniem histopatologicznym wycinka oraz konsultacją gastroenterologiczną i/lub chirurgiczną.

Dział XII - Narząd moczowo-płciowy

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
39	1	Wady wrodzone, nabyte i stany pooperacyjne nerek i / lub układu wydalniczego nieznacznie upośledzające funkcję wydzielniczą i / lub wydalniczą	Z N	B C	B C	B C	B	B	B	B	B
	2	Wady wrodzone, nabyte i stany pooperacyjne nerek i/lub układu wydalniczego upośledzające funkcję wydzielniczą i / lub wydalniczą	Z N	C	C	C	C	B C	B C	B C	B C
40	1	Kłębkowe zapalenia nerek z lub bez niewydolności nerek	Z N	C	C	C	B C	B C	B C	B C	B C

	2	Przewlekłe zakażenia układu moczowo-płciowego nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	3	Przewlekłe zakażenia układu moczowo-płciowego z powikłaniami lub upośledzające sprawność ustroju	Z N	C	C	C	B C	B C	B C	B C	B C
41	1	Kamica układu moczowego bez powikłań, w tym przebiegająca z nawrotami	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Kamica układu moczowego z powikłaniami	Z N	C	C	C	C	B C	B C	B C	B C
42	1	Przewlekła niewydolność nerek	Z N	C	C	C	C	B C	B C	B C	B C
43	1	Wady wrodzone i nabyte, stany pooperacyjne narządów płciowych męskich upośledzające czynność układu i ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 39-43. Rozpoznanie dokumentuje się wynikami badań dodatkowych oraz dokumentacją leczenia. W przypadkach wątpliwych rozstrzygająca jest konsultacja właściwego specjalisty (nefrologa, urologa).

Dział XIII - Narząd rodny

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
44	1	Zmiany anatomiczne wrodzone i nabyte (w tym stany pooperacyjne) nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Zmiany anatomiczne wrodzone i nabyte (w tym stany pooperacyjne) upośledzające sprawność ustroju	Z N	C	C	C	B C	B C	B C	B C	B C
45	1	Zaburzenia hormonalne cyklu miesiączkowego nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A	A	A	A
	2	Zaburzenia hormonalne cyklu miesiączkowego upośledzające sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
46	1	Przewlekłe stany zapalne zakaźne i niezakaźne nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	A	A	A	A	A	A	A

	2	Przewlekłe stany zapalne zakaźne i niezakaźne nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	3	Przewlekłe stany zapalne zakaźne i niezakaźne upośledzające sprawność ustroju	Z N	C	C	C	C	B C	B C	B C	B C

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 44-46. Wszystkie wymienione w dziale wady i schorzenia orzekane są na podstawie konsultacji specjalisty ginekologa. W przypadku schorzeń zakaźnych dodatkowo kwalifikacja wg działu XVI.

Dział XIV - Układ wydzielania wewnętrznego

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
47	1	Choroby tarczycy z lub bez zmian w obrębie gruczołu bez objawów ogólnoustrojowych	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Choroby tarczycy z lub bez zmian w obrębie gruczołu z objawami ogólnoustrojowymi	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
48	1	Choroby przysadki mózgowej	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
	2	Choroby nadnerczy	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
	3	Choroby przytarczyc	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
49	1	Cukrzyca insulinoniezależna bez powikłań narządowych	Z	B	B	B	B	B	B	B	B
	2	Cukrzyca insulinozależna bez powikłań narządowych	Z	B	B	B	B	B	B	B	B
	3	Cukrzyca z powikłaniami narządowymi	Z N	C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 47-49. Wszystkie wymienione w dziale wady i schorzenia orzekane są na podstawie konsultacji specjalisty endokrynologa ew. diabetologa, popartej wynikami specjalistycznych badań dodatkowych. Dla rubryki 6 powikłania narządowe kwalifikowane są na podstawie ich lokalizacji i stopnia zaawansowania.

Dział XV - Choroby układu krwiotwórczego i immunologicznego

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

50	1	Niedokrwistości niezależnie od pochodzenia poddające się leczeniu, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Niedokrwistości niezależnie od pochodzenia niepoddające się leczeniu, upośledzające sprawność ustroju	Z N	C	C	C	C	B C	B C	B C	B C
	3	Pozostałe choroby krwi i układu krwiotwórczego bez względu na przyczynę	Z N	C	C	C	C	B C	B C	B C	B C
	4	Skazy krwotoczne niezależnie od ich etiologii	N	C	C	C	C	C	C	C	C
	5	Wrodzone i nabyte niezakaźne zespoły upośledzenia odporności	Z N	C	C	C	B C	B C	B C	B C	B C
51	1	Choroby i zespoły autoimunologiczne nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	B	B	B	B	B	B	B	B
	2	Choroby i zespoły autoimmunologiczne upośledzające sprawność ustroju	Z N	C	C	C	C	B C	B C	B C	B C
52	1	Choroby atopowe o przebiegu miejscowym nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Choroby atopowe o przebiegu miejscowym upośledzające sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
	3	Choroby atopowe o przebiegu narządowym i uogólnionym nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	B	B	B	B	B	B	B	B
	4	Choroby atopowe o przebiegu narządowym i uogólnionym upośledzające sprawność ustroju	N	C	C	C	B C	B C	B C	B C	B C

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 50-52. Rozpoznanie ustalane na podstawie konsultacji właściwego specjalisty.

Dział XVI - Choroby zakaźne

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

53	1	Przewlekłe choroby zakaźne nieznacznie upośledzające sprawność ustroju bez wydalania czynnika chorobotwórczego	Z N	B C	B C	B C	B	B	B	B	B
	2	Przewlekłe choroby zakaźne upośledzające sprawność ustroju z wydalaniem czynnika chorobotwórczego	Z N	C	C	C	B C	B C	B C	B C	B C
	3	Następstwa chorób zakaźnych szpecące lub upośledzające sprawność ustroju	Z N	C	C	C	B C	B C	B C	B C	B C
54	1	Nosicielstwo bezobjawowe czynnika zakaźnego bez jego wydalania	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
	2	Nosicielstwo bezobjawowe czynnika zakaźnego z jego wydalaniem	Z N	C	C	C	B C	B C	B C	B C	B C

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 53-54. Decydująca jest konsultacja specjalisty chorób zakaźnych udokumentowana adekwatną diagnostyką specjalistyczną.

Dział XVII - Układ nerwowy

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
55	1	Zaburzenia świadomości o charakterze napadowym bez względu na przyczynę	Z N	C	C	C	C	B C	B C	B C	B C
	2	Naczynioruchowe bóle głowy upośledzające sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B
56	1	Przebyte lub przewlekłe choroby, urazy ośrodkowego układu nerwowego bez upośledzenia sprawności ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Przebyte lub przewlekłe choroby, urazy ośrodkowego układu nerwowego z upośledzeniem sprawności ustroju	Z N	C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
57	1	Przewlekłe lub przebyte choroby i następstwa urazów nerwów czaszkowych i obwodowego układu nerwowego nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Przewlekłe lub przebyte choroby i następstwa urazów nerwów czaszkowych i obwodowego układu nerwowego upośledzające sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B	B	B	B

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 55-57. Dla orzeczenia podstawą jest konsultacja specjalisty neurologa udokumentowana adekwatną diagnostyką

Dział XVIII - Stan psychiczny

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
58	1	Nerwice nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Przewlekłe nerwice nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	3	Przewlekłe nerwice upośledzające sprawność ustroju, niepoddające się leczeniu	N	C	C	C	C	C	C	C	C
59	1	Sytuacyjne reakcje dezadaptacyjne nieznacznie upośledzające zdolności przystosowawcze	Z N	B C	B C	B C	B C	A B	A B	A B	A B
	2	Sytuacyjne reakcje dezadaptacyjne upośledzające zdolności przystosowawcze	N	C	C	C	C	C	C	C	C
	3	Osobowość nieprawidłowa	N	C	C	C	C	C	C	C	C
	4	Psychozy niezależnie od przyczyny	N	C	C	C	C	C	C	C	C
	5	Zaburzenia psychiczne niepsychotyczne pochodzenia organicznego upośledzające zdolności adaptacyjne	N	C	C	C	C	C	C	C	C
	6	Inne zaburzenia, przewlekłe zaburzenia psychiczne	N	C	C	C	C	C	C	C	C
60	1	Uzależnienie od alkoholu	N	C	C	C	C	C	C	C	C
	2	Uzależnienie od środków psychoaktywnych	N	C	C	C	C	C	C	C	C

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 58-60. Orzekanie wyłącznie w oparciu o konsultację specjalisty psychiatry, z uwzględnieniem wyniku badania psychologicznego, gdy jest ono konieczne.
Do § 59 pkt 3. Dotyczy patologicznych zaburzeń osobowości.

Dział XIX - Narząd ruchu

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
61	1	Ubytki i zniekształcenia obręczy	Z	A	A	A	A	A	A	A	A

		barkowej i miednicznej nieznacznie upośledzające sprawność ustroju		B	B	B	B	B	B	B	B
	2	Ubytki i zniekształcenia obręczy barkowej i miednicznej znacznie upośledzające sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
	3	Ubytki i zniekształcenia kości długich nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	4	Ubytki i zniekształcenia kości długich upośledzające sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
	5	Ubytki i zniekształcenia kości ręki nieznacznie upośledzające sprawność narządu	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B	B	B
	6	Ubytki i zniekształcenia kości ręki upośledzające sprawność narządu	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
	7	Ubytki i zniekształcenia kości stopy nieznacznie upośledzające sprawność chodu	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	8	Ubytki i zniekształcenia kości stopy upośledzające sprawność chodu	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
	9	Przewlekłe choroby zapalne i niezapalne kości	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
	10	Brak kończyny lub kończyn	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
62	1	Przewlekłe choroby stawów: zapalne, niezapalne, zwyrodnieniowe, stany po urazach, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Przewlekłe choroby stawów: zapalne, niezapalne, zwyrodnieniowe, stany po urazach, upośledzające sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
63	1	Przewlekłe choroby układu mięśniowo-więzadłowego, stany po urazach, nieznacznie upośledzające sprawność ustroju	Z	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
	2	Przewlekłe choroby układu mięśniowo-więzadłowego, stany po urazach, upośledzające sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 61-63. Orzekanie wyłącznie w oparciu o konsultację specjalisty ortopedy i/lub reumatologa z uwzględnieniem diagnostyki obrazowej.

Dział XX – Nowotwory

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

64	1	Nowotwory niezłośliwe nieupośledzające sprawności ustroju	Z	A	A	A	A	A	A	A	A
	2	Nowotwory niezłośliwe szpecące lub powodujące zaburzenia czynności narządu i/lub upośledzające ogólną sprawność ustroju	Z N	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C
65	1	Nowotwory złośliwe wszelkich rodzajów i stopni złośliwości	Z N	C	C	C	B C	B C	B C	B C	B C
	2	Stan po usunięciu nowotworów złośliwych lub po leczeniu chemioterapią lub radioterapią	Z N	C	B C	B C	B C	B C	B C	B C	B C

Objaśnienia szczegółowe:
Do § 64 i 65. W rozpoznawaniu nowotworów bierze się pod uwagę obraz kliniczny, wyniki badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych oraz badania histopatologicznego, gdy jest ono niezbędne i możliwe do wykonania.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 8 ust. 5 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …). Dotychczas upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia m.in. w przedmiotowym zakresie wynikało z art. 42h ust. 2 ustawy z dnia 28 września 1991 r. o kontroli skarbowej (Dz. U. z 2011 r. Nr 41, poz. 214, z późn. zm.). Na podstawie ww. przepisu ustawy o kontroli skarbowej wydane zostało rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 3 stycznia 2011 r. w sprawie orzekania o zdolności fizycznej i psychicznej do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej oraz w wywiadzie skarbowym (D. U. Nr 11, poz. 58), który to akt prawny określa warunki i tryb orzekania o zdolności do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, w których zatrudnionym inspektorom i pracownikom przysługuje umundurowanie służbowe i broń służbowa oraz w wywiadzie skarbowym przez komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wykaz, chorób i ułomności, na podstawie którego wydawane jest orzeczenie o stanie zdrowia, kategorie zdolności do pracy, tryb kierowania do komisji lekarskiej ora wzór karty skierowania do komisji lekarskiej.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych opracowało projekt ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, której celem jest systemowe uregulowanie organizacji struktur orzecznictwa lekarskiego oraz nadanie rangi ustawowej przepisom statuującym ich funkcjonowanie. W związku z powyższym większość regulacji zawartych w przywołanym wyżej rozporządzeniu została przeniesiona do projektowanej ustawy, a w gestii ministra właściwego do spraw finansów publicznych pozostawiono określenie w drodze rozporządzenia (art. 8 ust. 5 projektowanej ustawy), wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do pracy, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym, a także pracowników wywiadu skarbowego oraz określenie, również w drodze rozporządzenia, (art. 25 ust. 5 projektowanej ustawy) wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej ww. osób.

Zgodnie z projektem rozporządzenia w sprawie wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do pracy, zdolność do pracy kandydata i pracownika ustala się przez zaliczenie go do jednej z wymienionych w przepisach art. 8 ust. 1 i 2 projektowanej ustawy kategorii zdolności do pracy. Podstawę ustalenia zdolności do pracy stanowi wykaz chorób

i ułomności, który określa załącznik do przedmiotowego projektu rozporządzenia. Wykaz ten zawiera kategorie zdolności kandydatów i pracowników, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. W zależności od rodzaju pracy przewiduje się różne wymagania zdrowotne dla kandydatów/pracowników. I tak wymagania dla kandydata/pracownika komórki realizacyjnej są wyższe od wymagań dla pracownika tej komórki zatrudnionego na stanowisku kierowniczym albo specjalistycznym.

O zdolności do ww. pracy każdorazowo decyduje stopień zaawansowania choroby lub ułomności (określany poprzez zaliczenie kandydata/pracownika do kategorii zdrowia przewidzianej dla danego stopnia nasilenia choroby) oraz jej wpływ na stan zdrowia i kondycję psychofizyczną kandydata/pracownika, a nie automatyczne przyporządkowanie choroby do jednej tylko, na ogół najniższej kategorii zdrowia. W praktyce oznacza to, że pracę w komórkach realizacyjnych oraz w wywiadzie skarbowym mogą pełnić zarówno osoby zdrowe (z kategorią zdrowia A), jak i osoby cierpiące na przewlekłe schorzenia lub ułomności (np. cukrzyca), które – według każdorazowo wydawanych indywidualnych orzeczeń komisji lekarskich – w danym wypadku nie stanowią przeszkody do pełnienia służby na określonych stanowiskach (z kategorią zdrowia B). Należy wskazać, że w tym sensie wprowadzone zróżnicowanie znajduje racjonalne uzasadnienie zarówno w szczególnym charakterze pracy jak również zagrożeniach z nią związanych, w szczególności takich jak ryzyko urazu czy długotrwały stres. W odpowiedni sposób wyważa ono bowiem proporcje między wartościami chronionymi (bezpieczeństwem i porządkiem publicznym oraz ochroną zdrowia), a wartością naruszoną (prawem dostępu do służby publicznej na jednakowych zasadach).

Przewiduje się, iż przedmiotowe rozporządzenie zacznie obowiązywać z dniem wejścia w życie projektowanej ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

Zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia – z chwilą poddania uzgodnieniom międzyresortowym – zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Projekt rozporządzenia nie podlega harmonizacji z prawem unijnym.

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązkowi notyfikacji zgodnie z trybem przewidzianym w przepisach dotyczących sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do pracy **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Finansów **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Agnieszka Królikowska **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Monika Wawrzyniak, Naczelnik Wydziału Prawnego Departamentu WS, tel. 22 694 34 48	**Data sporządzenia** **04.03.2014 r.** **Źródło:** Upoważnienie ustawowe – art. 8 ust. 5 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych **Nr w wykazie prac …….**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych opracowało projekt ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, której celem jest systemowe uregulowanie organizacji struktur orzecznictwa lekarskiego oraz nadanie rangi ustawowej przepisom statuującym ich funkcjonowanie. W związku z powyższym większość regulacji zawartych w obowiązującym rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 3 stycznia 2011 r. w sprawie orzekania o zdolności fizycznej i psychicznej do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej oraz w wywiadzie skarbowym (D. U. Nr 11, poz. 58) została przeniesiona do projektowanej ustawy, a w gestii ministra właściwego do spraw finansów publicznych pozostawiono określenie w drodze rozporządzenia (art. 8 ust. 5 projektowanej ustawy), wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do pracy, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym, a także pracowników wywiadu skarbowego, o czym stanowi przedmiotowy projekt.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Osoby ubiegające się o przyjęcie do pracy w komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, o których mowa w art. 11g ust. 1 ustawy z dnia 28 września 1991 r. o kontroli skarbowej (Dz. U. Nr 41, poz. 214, z późn. zm.) albo w wywiadzie skarbowym	37	opracowanie własne	
Inspektorzy i pracownicy zatrudnieni w komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, o których mowa w art. 11g ust. 1	1	opracowanie własne	

ustawy z dnia 28 września 1991 r. o kontroli skarbowej (Dz. U. Nr 41, poz. 214, z późn. zm.) albo w wywiadzie skarbowym.			
Komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych	16 rejonowych i 1 centralna		

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia – z chwilą poddania uzgodnieniom międzyresortowym – zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z … r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Wydanie rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla sektora finansów publicznych, w tym dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Na działanie komisji lekarskich w ramach jednolitej struktury orzeczniczej planowane jest przeznaczenie środków odpowiadających kosztom wydania orzeczeń lekarskich ponoszonych przez poszczególnych dysponentów budżetu państwa, w tym Ministerstwo Finansów. W praktyce będzie to oznaczać przeniesienie środków zarezerwowanych na ten cel z budżetu Ministerstwa Finansów do budżetu MSW. Koszty orzekania kandydatów do pracy i pracowników wyodrębnionych komórek organizacyjnych kontroli skarbowej oraz wywiadu skarbowego w roku 2013 r. wyniosły 8 550 zł. W poprzednich latach koszty te wyniosły do ok. 15 000 rocznie.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł,	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							

ceny stałe z … r.)	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Postanowienia niniejszego projektu nie mają wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Komentarz:

9. Wpływ na rynek pracy

Brak wpływu.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie

Omówienie wpływu	Brak wpływu.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Przewiduje się, iż przedmiotowe rozporządzenie zacznie obowiązywać z dniem wejścia w życie projektowanej ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie przewiduje się mechanizmów ewaluacji efektów projektu.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Projekt

R O Z P O R Z Ą D Z E N I E

M I N I S T R A S P R A W W E W N Ę T R Z N Y C H

z dnia

w sprawie sposobu i trybu działania komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych

Na podstawie art. 16 ust. 4 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób i tryb działania komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

§ 2. Działalność każdej komisji lekarskiej wspomaga co najmniej jeden pracownik ją obsługujący.

§ 3. 1. Do zadań przewodniczącego komisji lekarskiej należy:

1) przewodniczenie posiedzeniom komisji lekarskiej;
2) organizowanie i nadzorowanie pracy członków komisji lekarskiej;
3) reprezentowanie komisji lekarskiej na zewnątrz;
4) podejmowanie decyzji o wyłączeniu lekarza – członka komisji lekarskiej;
5) kierowanie wniosków o odwołanie członka komisji lekarskiej;
6) badanie stanu zdrowia osób skierowanych do komisji lekarskiej;
7) kierowanie osób skierowanych do komisji lekarskiej na badania specjalistyczne, w tym psychologiczne lub na obserwację szpitalną;
8) wydawanie orzeczeń komisji lekarskiej.

2. Do zadań lekarza – członka komisji lekarskiej należy:

1) badanie stanu zdrowia osób skierowanych do komisji lekarskiej;
2) występowanie, w uzasadnionych przypadkach, z wnioskami o skierowanie osób na badania specjalistyczne, w tym psychologiczne lub na obserwację szpitalną;
3) prowadzenie rejestru orzeczeń lekarskich.

3. Do zadań pracownika obsługującego komisję lekarską należy:

1) prowadzenie dokumentacji związanej z orzecznictwem komisji lekarskiej;
2) prowadzenie listy obecności osób biorących udział w pracach komisji lekarskiej;
3) doręczanie orzeczeń komisji lekarskiej osobom badanym oraz właściwym podmiotom;

4) prowadzenie rejestru orzeczeń lekarskich.

§ 4. 1. Centralna Komisja Lekarska może wydawać wytyczne w zakresie orzecznictwa lekarskiego, w celu ujednolicenia sposobu orzekania, które są wiążące dla rejonowych komicji lekarskich.

2. Przewodniczący rejonowych komisji lekarskich mogą zwracać się do Centralnej Komisji Lekarskiej z zapytaniami w zakresie orzecznictwa lekarskiego.

3. Centralna Komisja Lekarska udziela odpowiedzi na zapytania, w terminach określonych w ustawie z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 267 oraz z 2014 r. poz. 183).

§ 5. 1. W przypadku konieczności zapewnienia szybkiego dostępu do komisji lekarskiej posiedzenia rejonowych komisji lekarskich oraz Centralnej Komisji Lekarskiej, a także badania lekarskie, badania specjalistyczne, badania psychologiczne oraz badania pomocnicze mogą odbywać się poza miastem będącym siedzibą komisji.

2. Posiedzenia rejonowych komisji lekarskich oraz Centralnej Komisji Lekarskiej mogą również odbywać się poza miastem będącym siedzibą komisji, jeżeli jest to podyktowane interesem osób badanych.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER SPRAW WEWNĘTRZNYCH

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie sposobu i trybu działania komisji lekarskich stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 14 ust. 4 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …).

W dotychczasowym stanie prawnym komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych działają na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 9 lipca 1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych (Dz. U. Nr 79, poz. 349, z późn. zm.). Rozporządzenie to reguluje między innymi sposób i tryb działania komisji lekarskich. Wyżej wymienione rozporządzenie utraci moc z dniem 1 stycznia 2015 r. na skutek uchylenia z tym dniem przepisów stanowiących upoważnienie ustawowe do wydania tego aktu wykonawczego.

Kwestie regulowane obecnie w wyżej wymienionym rozporządzeniu uzyskały rangę przepisów ustawowych i zostały przeniesione po odpowiednim ich zmodyfikowaniu do ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych Zgodnie z delegacją ustawową zawartą w art. 14 ust. 4 wyżej wymienionej ustawy, akt wykonawczy ma określić sposób i tryb działania komisji lekarskich, ponieważ jednak tryb postępowania komisji lekarskich został zasadniczo uregulowany w dziale IV wyżej wymienionej ustawy, projektowane rozporządzenie precyzuje jedynie praktyczne aspekty działania komisji lekarskich. Rozwiązania zaproponowane w projektowanym rozporządzeniu nie są w większości obecnie uregulowane w przepisach prawnych dotyczących działania komisji lekarskich, jednak w celu właściwego i sprawnego działania komisji lekarskich, ich uregulowanie wydaje się być niezbędne.

Projektowany § 2 jednoznacznie wskazuje, że pracę komisji lekarskiej wspomagają pracownicy obsługi. Obecnie większość komisji lekarskich jest wspomagana pracownikami biurowo-administracyjnymi, jednak wskazane jest jednoznaczne przesądzenie tej kwestii w przepisach prawnych.

Projektowany § 3 wskazuje zadania przewodniczącego i członków komisji lekarskich oraz pracowników obsługujących te komisje, w celu jednoznacznego podziału zadań poszczególnych osób.

Projektowany § 4 przewiduje możliwość wydawania wytycznych przez Centralną Komisję Lekarską w zakresie orzecznictwa oraz zadawania zapytań przez rejonowe komisje

lekarskie w tym zakresie, w celu ujednolicenia orzecznictwa lekarskiego oraz zapewnienia komisjom rejonowym uzyskiwania odpowiedzi na swoje zapytania.

Projektowany § 5 umożliwia odbywanie posiedzeń rejonowych komisji lekarskich oraz Centralnej Komisji Lekarskiej, a także przeprowadzanie badań lekarskich, badań specjalistycznych, badań psychologicznych oraz badań pomocniczych poza miastem będącym siedzibą komisji, w przypadku konieczności zapewnienia szybkiego dostępu do komisji lub gdy jest to podyktowane interesem osoby badanej.

Projektowany § 6 reguluje możliwość przeprowadzenia badań w miejscu pobytu osoby skierowanej, a także badań zaocznych emerytów i rencistów policyjnych zamieszkałych za granicą, tylko na podstawie załączonej do skierowania dokumentacji, a ponadto obliguje komisje lekarskie do wypełnienia dokumentów niezbędnych w celu właściwej realizacji przepisów unijnych dotyczących koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Badania w miejscu pobytu osoby skierowanej oraz badania zaoczne uregulowane są analogicznie w przepisach powszechnych dotyczących orzecznictwa lekarskiego, tj. w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (Dz. U. Nr 273, poz. 2711 oraz z 2011 r. Nr 286, poz. 1683). W obecnej praktyce badania lekarskie emerytów i rencistów policyjnych zamieszkałych za granicą również są przeprowadzane w trybie zaocznym, ponieważ koszty stawiennictwa tych osób przed komisjami lekarskimi byłyby niewspółmiernie wysokie do kosztów badań, a ponadto stan zdrowia tych osób w wielu przypadkach uniemożliwia daleką podróż zagraniczną.

Projektowany § 7 dotyczy badań kontrolnych inwalidów i przenosi rozwiązania w tym zakresie z obecnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 16 stycznia 1995 r. w sprawie zasad orzekania o inwalidztwie funkcjonariuszy Policji, Urzędu Ochrony Państwa, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Więziennej, emerytów i rencistów policyjnych, trybu postępowania i właściwości komisji lekarskich w tych sprawach, sposobu przeprowadzania kontrolnych badań lekarskich oraz wzywanie inwalidów na te badania (Dz. U. Nr 8, poz. 41), które utraci moc z dniem 1 stycznia 2015 r. na skutek uchylenia upoważnienia ustawowego do jego wydania.

Projektowany § 8 precyzuje kwestię orzekania o potrzebie udzielenia urlopu zdrowotnego, wzorując się w tym zakresie na rozwiązaniu obowiązującym w rozporządzeniu Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 czerwca 2004 r. w sprawie orzekania o zdolności do czynnej służby wojskowej oraz trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach (Dz. U. Nr 151, poz. 1595, z późn. zm.).

Przewiduje się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., ponieważ powinno ono wejść w życie tego samego dnia, co ustawa z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

Projektowany akt prawny nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Stosownie do postanowień art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny oraz na stronie internetowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Projektowany akt prawny nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega procedurze notyfikacji określonej w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm).

Projektowany akt prawny nie wymaga przedłożenia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu w celu uzyskania opinii, dokonania konsultacji lub uzgodnienia.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie sposobu i trybu działania komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Spraw Wewnętrznych **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Grzegorz Karpiński, Podsekretarz Stanu w MSW **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** tel. 22 60-28-276, e-mail: z.chojnacka@zer.msw.gov.pl, a.zytkowska@zer.msw.gov.pl	**Data sporządzenia** 4 marca 2014 r. **Źródło:** inne **Nr w wykazie prac …….**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Przepisy rozporządzenia precyzują sposób i tryb działania komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, utworzonych na mocy ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …).

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Występujące w rozporządzeniu rozwiązania dotyczą: wskazania zadań przypisanych do poszczególnych osób wchodzących w skład komisji lekarskiej oraz zatrudnionych w Zakładzie Emerytalno-Rentowym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do realizacji zadań w zakresie obsługi organizacyjno-administracyjnej i biurowej komisji lekarskich, sposobu i trybu działania komisji w zakresie badań kontrolnych inwalidów, udzielania urlopu zdrowotnego, badań zaocznych, wypełniania druku E-213 oraz przeprowadzania badań i posiedzeń komisji w miejscach innych niż siedziba danej komisji.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Nie dotyczy.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Członkowie komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. Osoby zatrudnione w Zakładzie Emerytalno-Rentowym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do realizacji zadań w zakresie obsługi organizacyjno-administracyjnej i biurowej komisji lekarskich	150 (110 członków komisji lekarskich 40 pracowników ZER MSW)	Zakład Emerytalno-Rentowy MSW	Bezpośrednie oddziaływanie na wskazaną grupę.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt rozporządzenia zostanie przekazany do następujących partnerów społecznych: Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Policjantów, Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Funkcjonariuszy Straży Granicznej, Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Pracowników Pożarnictwa, Związek Zawodowy Strażaków „Florian", Krajowa Sekcja Pożarnictwa NSZZ „Solidarność", Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa, Związek Emerytów i Rencistów Pożarnictwa RP, Stowarzyszenie Emerytów i Rencistów Policyjnych, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Federacja Związków

Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”.
Czas trwania konsultacji uzależniony jest od statusu podmiotu, któremu projekt zostanie przekazany do konsultacji i maksymalnie może wynosić 30 dni.
Wyniki przeprowadzonych konsultacji zostaną omówione po ich przeprowadzeniu.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z … r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Źródła finansowania	Nie dotyczy.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na sektor finansów publicznych, z uwagi na fakt doprecyzowującego charakteru przepisów w nim zawartych w stosunku do przepisów ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …).

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z … r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Nie wpływa.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Nie wpływa.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Nie wpływa.						

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu	
X nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie X nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie X nie dotyczy
Komentarz: brak.	

9. Wpływ na rynek pracy
Nie wpływa.

10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie
Omówienie wpływu	Nie wpływa.	

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego
Wejście w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?
Ewaluacja zostanie oparta o miernik czasu wydania orzeczenia.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)
Brak.

Projekt

R O Z P O R Z Ą D Z E N I E

M I N I S T R A S P R A W W E W N Ę T R Z N Y C H

z dnia

w sprawie w sprawie siedzib i właściwości terytorialnej komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych

Na podstawie art. 18 ust. 3 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się następującą właściwość terytorialną oraz siedziby rejonowych komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych:

1) Dolnośląska Rejonowa Komisja Lekarska we Wrocławiu, właściwa dla obszaru województwa dolnośląskiego;
2) Kujawsko-Pomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Bydgoszczy, właściwa dla obszaru województwa kujawsko-pomorskiego;
3) Lubelska Rejonowa Komisja Lekarska w Lublinie, właściwa dla obszaru województwa lubelskiego;
4) Lubuska Rejonowa Komisja Lekarska w Zielonej Górze, właściwa dla obszaru województwa lubuskiego;
5) Łódzka Rejonowa Komisja Lekarska w Łodzi, właściwa dla obszaru województwa łódzkiego;
6) Małopolska Rejonowa Komisja Lekarska w Krakowie, właściwa dla obszaru województwa małopolskiego;
7) Mazowiecka Rejonowa Komisja Lekarska w Warszawie, właściwa dla obszaru województwa mazowieckiego;
8) Opolska Rejonowa Komisja Lekarska w Opolu, właściwa dla obszaru województwa opolskiego;
9) Podkarpacka Rejonowa Komisja Lekarska w Rzeszowie, właściwa dla obszaru województwa podkarpackiego;
10) Podlaska Rejonowa Komisja Lekarska w Białymstoku, właściwa dla obszaru województwa podlaskiego;
11) Pomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Gdańsku, właściwa dla obszaru

województwa pomorskiego;

12) Śląska Rejonowa Komisja Lekarska w Katowicach, właściwa dla obszaru województwa śląskiego;

13) Świętokrzyska Rejonowa Komisja Lekarska w Kielcach, właściwa dla obszaru województwa świętokrzyskiego;

14) Warmińsko-Mazurska Rejonowa Komisja Lekarska w Olsztynie, właściwa dla obszaru województwa warmińsko-mazurskiego;

15) Wielkopolska Rejonowa Komisja Lekarska w Poznaniu, właściwa dla obszaru województwa Wielkopolskiego;

16) Zachodniopomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Szczecinie, właściwa dla obszaru województwa zachodniopomorskiego.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER SPRAW WEWNĘTRZNYCH

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie siedzib i właściwości terytorialnej rejonowych komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 18 ust. 3 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …). Projektowane rozwiązania są efektem analizy i niezadowalającej oceny obecnego systemu funkcjonowania orzecznictwa lekarskiego w resorcie spraw wewnętrznych, w szczególności funkcjonowania w strukturach i z potencjałem nieadekwatnym do aktualnych potrzeb.

W dotychczasowym stanie prawnym komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych działają na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 9 lipca 1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych (Dz. U. Nr 79, poz. 349, z późn. zm.), które utraci moc z dniem 1 stycznia 2015 r. na skutek uchylenia z tym dniem przepisów będących upoważnieniem ustawowym do wydania tego aktu wykonawczego. Rozporządzenie to, ani żaden inny akt prawny nie reguluje jednakże kwestii siedzib, ani właściwości terytorialnej komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. W wyżej wymienionym rozporządzeniu uregulowano organizację struktur komisji lekarskich Ministra Spraw Wewnętrznych, która zakłada orzekanie w dwóch instancjach: przez wojewódzkie komisje lekarskie, działające jako pierwsza instancja i okręgowe komisje lekarskie działające jako druga instancja. Ponadto w strukturze komisji lekarskich znajduje się Centralna Komisja Lekarska, która jest właściwa w szczególności w zakresie sprawowania fachowego nadzoru nad merytoryczną działalnością komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych. Obecnie komisje lekarskie podległe Ministrowi Spraw Wewnętrznych funkcjonują w strukturze kilkunastu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których organem założycielskim jest Minister, a także kilku komisji lekarskich z siedzibami w oddziałach Straży Granicznej.

Nowe rozwiązania uregulowane w ustawie z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …) wprowadziły zmianę systemu orzecznictwa z obecnego trójszczeblowego na dwuszczeblowy. W ustawie tej określono zakres właściwości rzeczowej komisji lekarskich. Ustawa reguluje także organizację komisji lekarskich, które będą orzekać w dwóch instancjach: w pierwszej instancji – rejonowe komisje lekarskie, zaś w drugiej instancji – Centralna Komisja Lekarska.

Rejonowe komisje lekarskie są właściwe w zakresie orzekania wobec osoby zamieszkałej albo pełniącej służbę w miejscowości objętej obszarem właściwości działania komisji. Ustawa przewiduje również, że na uzasadniony wniosek podmiotu kierującego do komisji lekarskiej lub osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia lekarskiego Centralna Komisja Lekarska może wyrazić zgodę na zmianę właściwości orzekania. Przepisy przejściowe do ustawy zakładają, że dotychczas działające komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, utworzone lub działające na podstawie przepisów obowiązujących z dniem wejścia w życie ustawy, tj. 1 stycznia 2015 r., zostaną zniesione. Sprawy wszczęte i niezakończone przed dniem zniesienia komisji lekarskich rozpatrywać będą komisje utworzone na podstawie ustawy, zgodnie z właściwością określoną na podstawie art. 18 ust. 3.

Projektowane rozporządzenie przewiduje utworzenie 16 rejonowych komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, więc po jednej w każdym województwie, a o jedną mniej w stosunku do obecnych wojewódzkich komisji lekarskich funkcjonujących w strukturze samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W stosunku do obecnego stanu faktycznego nie będzie tworzona komisja lekarska w Koszalinie (dla wszystkich osób zamieszkałych lub pełniących służbę w województwie zachodniopomorskim właściwa będzie Zachodniopomorska Rejonowa Komisja Lekarska w Szczecinie), ponieważ nie znajduje uzasadnienia funkcjonowanie dwóch komisji w jednym województwie. Planowana restrukturyzacja ma na celu dostosowanie orzecznictwa lekarskiego w resorcie spraw wewnętrznych do aktualnych potrzeb, równomierne rozłożenie zadań na poszczególne komisje, usprawnienie pracy przez koncentrację sił i środków w nowych komisjach lekarskich. Dostęp do komisji lekarskich osób, wobec których prowadzone jest orzecznictwo w kontekście zmniejszenia liczby miast, w których usytuowane będą komisje lekarskie orzekające w pierwszej instancji nie będzie utrudniony, ponieważ de facto likwidacja komisji nastąpi tylko w jednym mieście. Wszystkie rejonowe komisje lekarskie usytuowane będą w miastach wojewódzkich, które posiadają dobrze rozwiniętą infrastrukturę drogową i kolejową, umożliwiającą sprawny dojazd.

Przewiduje się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., ponieważ powinno ono wejść w życie tego samego dnia, co ustawa z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

Projektowany akt prawny nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Stosownie do postanowień art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny oraz na stronie internetowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Projektowany akt prawny nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega procedurze notyfikacji określonej w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm).

Projektowany akt prawny nie wymaga przedłożenia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu w celu uzyskania opinii, dokonania konsultacji lub uzgodnienia.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie siedzib i właściwości terytorialnej komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Spraw Wewnętrznych **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Grzegorz Karpiński, Podsekretarz Stanu w MSW **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** tel. 22 60-28-276, e-mail: z.chojnacka@zer.msw.gov.pl	**Data sporządzenia** 6 maja 2014 r. **Źródło:** art. 18 ust. 3 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …) **Nr w wykazie prac …….**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Przepisy rozporządzenia określają siedziby i właściwość terytorialną komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, utworzonych na mocy ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …).

Rozmieszczenie struktur orzecznictwa lekarskiego podległego ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych zostaje niniejszym projektem uregulowane w przepisach wykonawczych do powyżej wskazanej ustawy.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

W miejsce 17 wojewódzkich komisji lekarskich i 6 okręgowych komisji lekarskich funkcjonujących w Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych tworzy się 16 rejonowych komisji lekarskich (jedna w województwie), wyodrębnionych ze struktury powyżej wskazanych zakładów opieki zdrowotnej, co ma na celu przełożyć się na równomierne rozłożenie zadań w poszczególnych komisjach oraz usprawnić ich pracę poprzez koncentrację sił i środków w nowej liczbie i strukturze komisji.

Siedziby rejonowych komisji lekarskich usytuowane będą w miastach wojewódzkich, które posiadają dobrze rozwiniętą infrastrukturę drogową i kolejową, umożliwiającą sprawny dojazd osobom badanym.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Nie dotyczy.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Członkowie rejonowych komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.	110 członków komisji lekarskich, w tym CLK	Uzasadnienie ustawy	Bezpośrednie oddziaływanie na wskazaną grupę.
Osoby zatrudnione w Zakładzie Emerytalno-Rentowym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do realizacji zadań w zakresie obsługi organizacyjno-administracyjnej i biurowej komisji lekarskich.	40 pracowników ZER MSW	Uzasadnienie ustawy	Bezpośrednie oddziaływanie na wskazaną grupę.
Funkcjonariusze Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Straży Granicznej, Służbie Więziennej.	178 892 etaty	Uzasadnienie ustawy	Pośrednie oddziaływanie na wskazaną grupę.
Funkcjonariusze Centralnego Biura Antykorupcyjnego.	Brak danych z uwagi na charakter służby	Uzasadnienie ustawy	Pośrednie oddziaływanie na wskazaną grupę.
Kandydaci do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu, Centralnym Biurze Antykorupcyjnym i Służbie Więziennej.	Niemożliwa do oszacowania	Uzasadnienie ustawy	Pośrednie oddziaływanie na wskazaną grupę.
Emeryci i renciści policyjni.	164 075 osób	Zakład Emerytalno-Rentowy MSW	Pośrednie oddziaływanie na wskazaną grupę.
Kandydaci do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym, a także pracownicy	Niemożliwa do oszacowania Brak danych z MF	Uzasadnienie ustawy	Pośrednie oddziaływanie na wskazaną grupę.

wywiadu skarbowego. Osoby niebędące funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej lub Centralnego Biura Antykorupcyjnego, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy poniosły uszczerbek na zdrowiu oraz związku tego stopnia uszczerbku z tym zdarzeniem albo śmierć z tym zdarzeniem.	Niemożliwa do oszacowania	Uzasadnienie ustawy	Pośrednie oddziaływanie na wskazaną grupę.
Strażacy jednostek ochrony przeciwpożarowej oraz członkowie ochotniczej straży pożarnej.	Niemożliwa do oszacowania	Uzasadnienie ustawy	Pośrednie oddziaływanie na wskazaną grupę.
Osoby udzielające pomocy pracownikom wywiadu skarbowego w wykonywaniu czynności operacyjno-rozpoznawczych, które w czasie udzielania tej pomocy lub w związku z jej udzieleniem utraciły życie lub poniosły uszczerbek na zdrowiu.	Niemożliwa do oszacowania	Uzasadnienie ustawy	Pośrednie oddziaływanie na wskazaną grupę.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt rozporządzenia zostanie przekazany do następujących partnerów społecznych: Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Policjantów, Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Funkcjonariuszy Straży Granicznej, Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Pracowników Pożarnictwa, Związek Zawodowy Strażaków „Florian", Krajowa Sekcja Pożarnictwa NSZZ „Solidarność", Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa, Związek Emerytów i Rencistów Pożarnictwa RP, Stowarzyszenie Emerytów i Rencistów Policyjnych, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie".

Czas trwania konsultacji uzależniony jest od statusu podmiotu, któremu projekt zostanie przekazany do konsultacji i maksymalnie może wynosić 30 dni.

Wyniki przeprowadzonych konsultacji zostaną omówione po ich przeprowadzeniu.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z … r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem												
budżet państwa	4,422	3,230	3,230	3,230	3,230	3,230	3,230	3,230	3,230	3,230	3,230	**36,722**
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa	-4,422	-3,230	-3,230	-3,230	-3,230	-3,230	-3,230	-3,230	-3,230	-3,230	-3,230	**-36,722**
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	Budżet państwa.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Wskazane powyżej koszty obejmują wydatki majątkowe na wynajem powierzchni biurowej, zakup usług pocztowych i innych związanych z orzekaniem komisji, w tym na zakupy potrzebnego sprzętu informatycznego i biurowego. Koszty oszacowano w oparciu o rozeznanie aktualnych cen rynkowych na rok 2014. Rzeczywisty poziom planowanych wydatków na pełny rok budżetowy (2015) odpowiadający poziomowi wydatków na zakup orzeczeń z roku poprzedniego (2014), uwzględniający wzrost cen

	towarów i usług, a co za tym idzie zmianę poziomu wydatków w zakresie wskazanym powyżej, będzie możliwy do oszacowania na właściwym etapie planowania budżetowego.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z … r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Nie wpływa.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Nie wpływa.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Nie wpływa.						

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

X nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie X nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie X nie dotyczy
Komentarz: brak.	

9. Wpływ na rynek pracy

Nie wpływa.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie

Omówienie wpływu	Nie wpływa.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Wejście w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ewaluacja zostanie oparta o miernik czasu wydania orzeczenia.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak.

Projekt

ROZPORZĄDZENIE
PREZESA RADY MINISTRÓW

z dnia

w sprawie wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej kandydata do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, funkcjonariusza Centralnego Biura Antykorupcyjnego, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub do renty policyjnej oraz osoby niebędącej funkcjonariuszem Centralnego Biura Antykorupcyjnego, która w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez tę służbę z jej pomocy poniosła uszczerbek na zdrowiu lub utraciła życie

Na podstawie art. 27 ust. 1 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Ustala się wzór formularza skierowania do komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych dla:

1) kandydata do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym;
2) funkcjonariusza Centralnego Biura Antykorupcyjnego;
3) funkcjonariusza zwolnionego ze służby;
4) funkcjonariusza Centralnego Biura Antykorupcyjnego zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub renty policyjnej;
5) osoby niebędącej funkcjonariuszem Centralnego Biura Antykorupcyjnego, która w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez tę służbę z jej pomocy poniosła uszczerbek na zdrowiu lub utraciła życie.

2. Wzór skierowania dla osób, o których mowa w ust. 1:

1) pkt 1–4 stanowi załącznik nr 1;
2) pkt 5 stanowi załącznik nr 2.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

PREZES RADY MINISTRÓW

Załączniki
do rozporządzenia
Prezesa Rady Ministrów
z dnia ... poz. ...)

Załącznik nr 1

WZÓR

.....
(pieczęć nagłówkowa)

.....
(miejscowość, data)

KARTA SKIEROWANIA
DO KOMISJI LEKARSKIEJ
PODLEGŁEJ MINISTROWI WŁAŚCIWEMU DO SPRAW WEWNĘTRZNYCH
NR __ W _____

☐ w celu ustalenia stanu zdrowia, ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej kandydata do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym[1)],

☐ w celu ustalenia stanu zdrowia, ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej funkcjonariusza Centralnego Biura Antykorupcyjnego,

☐ funkcjonariusza zwolnionego ze służby,

☐ funkcjonariusza Centralnego Biura Antykorupcyjnego zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub renty policyjnej

1. Imię i nazwisko .....
2. Imiona rodziców .....
3. Data i miejsce urodzenia .....
4. Numer PESEL .....
5. Adres zamieszkania .....
(województwo, powiat, miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

6. Przydział służbowy .....
(jednostka organizacyjna; stanowisko służbowe)

7. Data wstąpienia do służby .....
8. Funkcjonariusz przewidziany[2)] .....
9. Data powstania inwalidztwa, przyznana grupa inwalidztwa[3)] .....
10. Data zwolnienia ze służby .....

[1)] W przypadku zaznaczenia opcji „kandydat do służby" wskazane w skierowaniu dane dotyczą przewidywanych warunków służby.

[2)] Należy wpisać jedną z następujących wskazówek: do dalszej służby w CBA lub do zwolnienia ze służby w CBA.

[3)] Dotyczy inwalidy kierowanego na kontrolne badania lekarskie.

11. Data nabycia prawa do emerytury policyjnej lub renty policyjnej ……..……
12. W załączeniu …….....
.....
.....
13. Uwagi …….…….....
.....

.....
(pieczątka imienna i podpis osoby kierującej)

Załącznik nr 2

WZÓR

.....
(pieczęć nagłówkowa)

.....
(miejscowość, data)

KARTA SKIEROWANIA
DO KOMISJI LEKARSKIEJ
PODLEGŁEJ MINISTOWI WŁAŚCIWEMU DO SPRAW WEWNĘTRZNYCH
NR __ W _____

osoby niebędącej funkcjonariuszem Centralnego Biura Antykorupcyjnego, która w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez tą służbę z jej pomocy poniosła uszczerbek na zdrowiu

1. Imię i nazwisko .....
2. Imiona rodziców .....
3. Data i miejsce urodzenia .....
4. Numer PESEL .....
5. Adres zamieszkania .....
   (województwo, powiat, miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr lokalu)
   .....
6. Skierowanie w związku z …..…..…….....
7. W załączeniu …….....
   .....
   .....
8. Uwagi …….....
   ..... ……

.....
(pieczątka imienna i podpis osoby kierującej)

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej kandydata do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, funkcjonariusza Centralnego Biura Antykorupcyjnego, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub do renty policyjnej oraz osoby niebędącej funkcjonariuszem Centralnego Biura Antykorupcyjnego, która w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez tę służbę z jej pomocy poniosła uszczerbek na zdrowiu lub utraciła życie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w przepisie art. 27 ust. 1 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi spraw wewnętrznych.

Przepis ten nakłada na Prezesa Rady Ministrów obowiązek określenia, w drodze rozporządzenia, wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej: kandydata do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, funkcjonariusza Centralnego Biura Antykorupcyjnego, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, funkcjonariusza Centralnego Biura Antykorupcyjnego zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub do renty policyjnej oraz osoby, niebędącej funkcjonariuszem Centralnego Biura Antykorupcyjnego, która w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez tą służbę z jej pomocy poniosła uszczerbek na zdrowiu lub utraciła życie.

Obecnie powyższa kwestia jest częściowo uregulowana w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2012 r. w sprawie oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz. U. z 2012 r. poz. 668). Ze względu na uchylenie przepisu stanowiącego podstawę do jego wydania, ww. akt prawny straci moc z chwilą wejścia w życie przepisów nowej ustawy.

W odniesieniu do obowiązującego rozporządzenia w projekcie utworzono dwa wzory skierowania, którymi zastąpiono wszystkie dotychczas obowiązujące. Wprowadzone zmiany miały jedynie charakter redakcyjny i dostosowujący do przepisów ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi spraw wewnętrznych.

Ponadto utworzono wzór formularza do komisji lekarskiej dla osoby nie będącej funkcjonariuszem Centralnego Biura Antykorupcyjnego, która w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez tą służbę z jej pomocy poniosła uszczerbek na zdrowiu lub utraciła życie.

Projekt rozporządzenia nie podlega notyfikacji zgodnie z trybem przewidzianym w przepisach dotyczących sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych, ponieważ nie zawiera przepisów technicznych.

Projekt rozporządzenia nie był przedstawiany instytucjom i organom Unii Europejskiej oraz Europejskiemu Bankowi Centralnemu, celem uzyskania opinii, dokonania konsultacji lub uzgodnienia, zaś przepisy projektowanego rozporządzenia pozostają w zgodzie z prawem Unii Europejskiej.

.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej kandydata do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, funkcjonariusza Centralnego Biura Antykorupcyjnego, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub do renty policyjnej oraz osoby niebędącej funkcjonariuszem Centralnego Biura Antykorupcyjnego, która w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez tę służbę z jej pomocy poniosła uszczerbek na zdrowiu lub utraciła życie **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Zastępca Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego – Pan Maciej Klepacz **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** 224371512	**Data sporządzenia** 3 marca 2014 r. **Źródło:** **Nr w wykazie prac** **…….**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Brak wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej kandydata do służby w Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, funkcjonariusza Centralnego Biura Antykorupcyjnego, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub do renty policyjnej oraz osoby niebędącej funkcjonariuszem Centralnego Biura Antykorupcyjnego, która w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez tę służbę z jej pomocy poniosła uszczerbek na zdrowiu lub utraciła życie, w związku z wejściem w życie nowych przepisów.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wdrożenie wzorów skierowań do komisji lekarskich, co zapewni możliwość kierowania zainteresowanych podmiotów do komisji lekarskich z chwilą wejścia w życie projektowanych przepisów.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Z uwagi na specyfikę regulowanej materii porównanie rozwiązania problemu w innych krajach jest niecelowe.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Kandydaci do służby w CBA	Brak danych – ilość zmienna i trudna do oszacowania	Nie dotyczy	Projekt zawiera wzór skierowania kandydata do służby do komisji

			lekarskiej.
Funkcjonariusze CBA	Maks. ok. 800 osób	Dane własne	Projekt zawiera wzór skierowania funkcjonariusza do komisji lekarskiej.
Funkcjonariusze zwolnieni ze służby, w tym mający ustalone prawo do emerytury policyjnej lub renty policyjnej		Dane własne	Projekt zawiera wzór skierowania do komisji lekarskiej funkcjonariusza zwolnionego ze służby w CBA, w tym takiego, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub renty policyjnej.
Osoby niebędącej funkcjonariuszem Centralnego Biura Antykorupcyjnego, która w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez tę służbę z jej pomocy poniosła uszczerbek na zdrowiu lub utraciła życie.	Brak danych – oszacowanie jest niemożliwe	Nie dotyczy	Projekt zawiera wzór skierowania do komisji osoby nie będącej funkcjonariuszem CBA, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez tą służbę z jej pomocy poniosły uszczerbek na zdrowiu.
Komisje lekarskie podległe ministrowi spraw wewnętrznych	Oszacowanie liczby komisji będzie możliwe po określeniu siedzib i obszarów właściwości terytorialnej rejonowych komisji lekarskich.		Projekt zawiera wzory skierowań na podstawie których komisje rozpoczynają proces orzeczniczy.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie prowadzono konsultacji poprzedzających przygotowanie projektu. Projekt wymaga konsultacji z przedstawicielami komisji lekarskich podległych ministrowi spraw wewnętrznych.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z … r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem												

budżet państwa												
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródła finansowania	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Brak						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Brak						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Brak						
	(dodaj/usuń)							

Niemierzalne	(dodaj/usuń)	Nie stwierdzono
	(dodaj/usuń)	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

X nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Komentarz:

9. Wpływ na rynek pracy

Nie stwierdzono wpływu na ww. obszar.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne	☐ demografia	☐ informatyzacja
☐ sytuacja i rozwój regionalny	☐ mienie państwowe	☐ zdrowie
☐ inne:		

Omówienie wpływu	Nie stwierdzono wpływu na ww. obszary

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Rozwiązanie problemu zidentyfikowanego w punkcie 1 nastąpi z chwilą wejścia w życie projektu.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ewaluacja projektu jest niezasadna.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

07/06/BS

Projekt

R O Z P O R Z Ą D Z E N I E
M I N I S T R A S P R A W W E W N Ę T R Z N Y C H [1)]

z dnia

w sprawie wzoru skierowania do komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych

Na podstawie art. 27 ust. 2 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa wzór formularza skierowania do komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, zwanej dalej „komisją lekarską", kandydata do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Biurze Ochrony Rządu, funkcjonariusza tych służb oraz funkcjonariusza zwolnionego z tych służb, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub renty policyjnej oraz osób niebędących funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej i Państwowej Straży Pożarnej, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy poniosły uszczerbek na zdrowiu lub utraciły życie, a także wzór skierowania do komisji lekarskiej strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej oraz członków ochotniczej straży pożarnej.

§ 2. Wzór formularza skierowania do komisji lekarskiej kandydata do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Biura Ochrony Rządu, funkcjonariusza tych służb oraz funkcjonariusza zwolnionego z tych służb, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub renty policyjnej oraz osób niebędących funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej i Państwowej Straży Pożarnej, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy poniosły uszczerbek na zdrowiu lub utraciły życie określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. Wzór formularza skierowania do komisji lekarskiej strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej oraz członków ochotniczej straży pożarnej określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER SPRAW WEWNĘTRZNYCH

[1)] Minister Spraw Wewnętrznych kieruje działem administracji rządowej – sprawy wewnętrzne, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych (Dz. U. Nr 248, poz. 1491).

Załączniki
do rozporządzenia
Ministra Spraw Wewnętrznych
z dnia … (poz. …)

Załącznik nr 1

WZÓR FORMULARZA

.....
(pieczęć nagłówkowa organu kierującego)

……

(miejscowość, data)

Skierowanie

Do Rejonowej Komisji Lekarskiej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w ……

w celu: ……..

1. Stopień[1)], imię i nazwisko: .....
2. Imiona rodziców: .....
3. Miejsce urodzenia: ..... numer PESEL .....
4. Adres zamieszkania: .....
   (województwo, miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu)
5. Przydział służbowy[1)]: ……...……..
   (jednostka organizacyjna; zajmowane stanowisko służbowe)
6. Funkcjonariusz przewidziany[2)]: ……...……..
7. Data przyjęcia do służby: ……...
8. Data zwolnienia ze służby: ……
9. Data powstania inwalidztwa; przyznana grupa inwalidztwa[3)]: ……..
10. Wywiad zawodowy:
    1) poziom wykształcenia …….....
    2) zawód wyuczony ……..
    3) zawód wykonywany …….
    4) dodatkowe umiejętności ……...
    5) dodatkowe zatrudnienie ……
11. Uwagi: .....

    …….

.....
(imienna pieczątka i podpis kierującego)

[1)] Dotyczy funkcjonariusza.

[2)] Należy wpisać jedną z następujących wskazówek:
– do dalszej służby,
– do służby pełnionej bezpośrednio przy fizycznym zwalczaniu terroryzmu.

[3)] Dotyczy inwalidy kierowanego na kontrolne badania lekarskie.

Załącznik nr 2

WZÓR FORMULARZA

.....
(pieczęć nagłówkowa organu kierującego)
……
(miejscowość, data)

Skierowanie

Do Rejonowej Komisji Lekarskiej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w ……

w celu:

□ ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu strażaka jednostki ochrony przeciwpożarowej który doznał uszczerbku na zdrowiu w związku z udziałem w działaniach ratowniczych lub ćwiczeniach

□ ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu członka ochotniczej straży pożarnej, który doznał uszczerbku na zdrowiu w związku z udziałem w działaniach ratowniczych lub ćwiczeniach

1. Imię i nazwisko: .....
2. Imiona rodziców: .....
3. Miejsce urodzenia: ..... numer PESEL .....
4. Adres zamieszkania: .....

(województwo, miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu)

5. Wywiad zawodowy:
   1) poziom wykształcenia …….
   2) zawód wyuczony…….
   3) zawód wykonywany ……
   4) dodatkowe umiejętności ……..
   5) dodatkowe zatrudnienie …….
6. Uwagi: .....

…….....

(imienna pieczątka i podpis kierującego)

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 25 ust. 2 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …).

Projekt określa wzór formularza skierowania do komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych kandydata do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Biura Ochrony Rządu, funkcjonariusza tych służb oraz funkcjonariusza zwolnionego z tych służb, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub renty policyjnej oraz osób niebędacych funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej i Państwowej Straży Pożarnej, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy poniosły uszczerbek na zdrowiu lub utraciły życie, a także wzór skierowania do komisji lekarskiej strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej oraz członków ochotniczej straży pożarnej.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Podsekretarz Stanu w MSW – Stanisław Rakoczy **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Grażyna Górna – Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia MSW, (22) 508 16 40	**Data sporządzenia** 4 marca 2014 r. **Źródło:** art. ... ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …) **Nr w wykazie prac …….**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Określenie wzorów formularzy skierowania kandydata do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Biura Ochrony Rządu, funkcjonariusza tych służb oraz funkcjonariusza zwolnionego z tych służb, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub renty policyjnej oraz osób niebędacych funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej i Państwowej Straży Pożarnej, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy poniosły uszczerbek na zdrowiu lub utraciły życie, strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej oraz członków ochotniczej straży pożarnej do komisji lekarskiej podległej Ministrowi Spraw Wewnętrznych.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Obowiązek określenia wzorów formularzy skierowania do komisji lekarskiej podległej Ministrowi Spraw Wewnętrznych kandydata do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Biura Ochrony Rządu, funkcjonariusza tych służb oraz funkcjonariusza zwolnionego z tych służb, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub renty policyjnej oraz osób niebędacych funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej i Państwowej Straży Pożarnej, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy poniosły uszczerbek na zdrowiu lub utraciły życie, strażaków jednostek ochrony przeciwpożarowej oraz członków ochotniczej straży pożarnej wynika z art. 25 ust. 2 projektu ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.
Wprowadzenie ww. wzorów ujednolici praktykę ich wystawiania przez kierowników komórek organizacyjnych właściwych w sprawach osobowych danej służby.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Kierownicy komórek organizacyjnych właściwych w sprawach osobowych danej służby			Obowiązek stosowania wzoru skierowania do komisji lekarskiej według wzoru określonego projektem rozporządzenia.
Komisje lekarskie MSW			Obowiązek stosowania wzoru skierowania do komisji lekarskiej według wzoru określonego projektem rozporządzenia.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt rozporządzenia zamieszczony zostanie w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).
Projekt rozporządzenia zamieszczony zostanie także w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny, zgodnie z § 52 ust. 1 Uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).
Projekt rozporządzenia nie wymaga przeprowadzania konsultacji społecznych.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z … r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie spowoduje wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. W aktualnie obowiązujących przepisach wzór skierowania do komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych określony jest w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 9 lipca 1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych (Dz. U. Nr 79, poz. 349, z późn. zm.), zatem wprowadzenie nowych wzorów formularzy nie będzie miało wpływu na sektor finansów publicznych.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z … r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne								

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy

Komentarz:

Projektowane rozporządzenie nie wprowadzi dodatkowych obciążeń regulacyjnych.

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie

Omówienie wpływu	Brak wpływu.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Realizacja obowiązku stosowania nowego formularza skierowania nastąpi z chwilą wejścia w życie projektowanego rozporządzenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Projektowane rozporządzenie będzie stosowane w sposób ciągły, stąd też nie planuje się ewaluacji efektów projektu, a tym samym nie stosuje się mierników dla tej ewaluacji.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak załączników.

Projekt

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI

z dnia

w sprawie ustalenia wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej kandydata do Służby Więziennej, funkcjonariusza Służby Więziennej, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, funkcjonariusza Służby Więziennej zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub do renty policyjnej

Na podstawie art. 27 ust. 3 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór skierowania do komisji lekarskiej kandydata do Służby Więziennej, funkcjonariusza Służby Więziennej, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, funkcjonariusza Służby Więziennej zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub do renty policyjnej, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem …

MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI

Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Sprawiedliwości
z dnia ... (poz. ...)

WZÓR

...., dnia ..... r.
(pieczęć nagłówkowa
organu kierującego)

KARTA SKIEROWANIA

kandydata/funkcjonariusza/emeryta/rencisty[1)]

Do.....
(nazwa komisji lekarskiej)
.....
w celu.....

1. Nazwisko, imię i imiona rodziców .....
2. Nr PESEL……..
3. Miejsce i data urodzenia……..
4. Adres zamieszkania……..
……
5. Adres do korespondencji (wpisać jeśli jest inny niż zamieszkania)
……..
6. Miejsce pełnienia służby…….
.....
(jednostka organizacyjna SW, zajmowane stanowisko, stopień służbowy)
7. Data wstąpienia do Służby Więziennej……..
8. Data zwolnienia ze Służby Więziennej .....
9. Dotychczas wydane orzeczenia (nazwa komisji, numer orzeczenia, data wydania, rozpoznanie określone wyłącznie za pomocą paragrafów) ……
……
10. Załączniki:[2)]
……
11. Uwagi[3)]
……

(organ kierujący)

[1)] Niepotrzebne skreślić.
[2)] Wymienić załączniki dołączone do skierowania np. wyciąg z przebiegu służby, opis stanowiska służbowego, charakter i warunki służby, dokumentację z profilaktycznej opieki zdrowotnej, zgłoszenie podejrzenia związku choroby ze służbą, protokół powypadkowy itd.
[3)] W uwagach należy wpisać informacje istotne dla komisji lekarskiej dla procesu orzeczniczego.

Tu odciąć i przesłać kierującemu/kierowanemu

.... dnia.....r.

……..
(pieczęć nagłówkowa komisji lekarskiej)

Do .....

……

Zawiadamiam, że.....
(stopień, nazwisko, imię i imiona rodziców)

powinien zgłosić się do .....Komisji Lekarskiej przy.....

w dniu .....r.

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie jest wykonaniem upoważnienia zawartego w art. 27 ust. 3 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. ...).

Dotychczas zakres regulacji ujęty był w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 9 lipca 1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Sprawa Wewnętrznych (Dz. U. Nr 79, poz. 349, z późn. zm.). Kandydaci do służby w Służbie Więziennej, funkcjonariusze Służby Więziennej, funkcjonariusze zwolnieni ze służby w Służbie Więziennej kierowani byli do komisji lekarskiej na podstawie skierowania, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do wyżej wymienionego rozporządzenia.

W projekcie rozporządzenia w stosunku do dotychczasowego wzoru formularza:

1) wyszczególniono status osoby kierowanej do komisji lekarskiej poprzez określenie: kandydat/funkcjonariusz/emeryt/rencista,
2) uwzględniono nr PESEL osoby kierowanej do komisji lekarskiej celem jego identyfikacji,
3) dodano punkt dotyczący adresu do korespondencji, co ułatwi dostarczenie zawiadomienia o terminie zgłoszenia do komisji lekarskiej w sytuacji gdy, adres zamieszkania jest inny niż do korespondencji,
4) pominięto punkt dotyczący rozpoznania lekarskiego, ponieważ ujawnienie chorób w skierowaniu może łamać zasady zachowania tajemnicy lekarskiej,
5) dołączono punkt dotyczący wyszczególnienia dotychczas wydanych przez komisje lekarskie orzeczeń lekarskich, co wydaje się istotne z punktu widzenia orzekania,
6) dodano punkt o dołączonych do skierowania załącznikach.

Przedmiotowy projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie ustalenia wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej kandydata do Służby Więziennej, funkcjonariusza Służby Więziennej, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, funkcjonariusza Służby Więziennej zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub do renty policyjnej **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Sprawiedliwości **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Stanisław Chmielewski **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu**	**Data sporządzenia** 3 marca 2014 r. **Źródło:** Zmiana upoważnienia ustawowego **Nr w wykazie prac …….**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Wprowadza się wzór formularza skierowania do komisji lekarskiej kandydata do Służby Więziennej, funkcjonariusza Służby Więziennej, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, funkcjonariusza Służby Więziennej zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub do renty policyjnej.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Przyjęcie projektu pozwoli na ustalenie wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej kandydata do Służby Więziennej, funkcjonariusza Służby Więziennej, funkcjonariusza zwolnionego ze służby, funkcjonariusza Służby Więziennej zwolnionego ze służby, który ma ustalone prawo do emerytury policyjnej lub do renty policyjnej.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Nie przeprowadzano analizy porównawczej.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Kandydaci do służby w SW			
Funkcjonariusze SW			
Funkcjonariusze SW zwolnieni ze służby			
Emeryci SW			
Renciści SW			

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt będzie poddany konsultacjom zgodnie z wymogami odrębnych przepisów.
Wyniki zostaną omówione po ich zakończeniu.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych												
(ceny stałe z … r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0–10)*
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Rozporządzenie nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa. Stosowne środki są zabezpieczone w części 37 budżetu państwa „Sprawiedliwość”.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe								
		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0–10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z … r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Rozporządzenie nie wpływa na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

x☐ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
Komentarz:	

9. Wpływ na rynek pracy

Rozporządzenie nie wpływa na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie

Omówienie wpływu	

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Nastąpi z chwilą wejścia w życie aktu prawnego.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ewaluacja nastąpi po upływie 24 miesięcy od dnia wejścia aktu wykonawczego w życie.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Projekt

ROZPORZĄDZENIE

MINISTRA FINANSÓW[1)]

z dnia

w sprawie wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej

Na podstawie art. 27 ust. 4 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa wzór formularza skierowania do komisji lekarskiej, kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym, a także pracowników wywiadu skarbowego oraz osób udzielających pomocy pracownikom wywiadu skarbowego w wykonywaniu czynności operacyjno-rozpoznawczych, które w czasie udzielania tej pomocy lub w związku z jej udzieleniem poniosły uszczerbek na zdrowiu, zwanego dalej „formularzem skierowania”.

§ 2. Wzór formularza skierowania określa załącznik do rozporządzenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER FINANSÓW

[1)] Minister Finansów kieruje działem administracji rządowej – finanse publiczne na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Finansów (Dz. U. Nr 248, poz. 1481).

Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Finansów
z dnia ... (poz. …)

WZÓR

……
(pieczęć nagłówkowa
organu kierującego)

……
(miejscowość, data)

FORMULARZ SKIEROWANIA DO REJONOWEJ KOMISJI LEKARSKIEJ PODLEGŁEJ MINISTROWI SPRAW WEWNĘTRZNYCH NR …….. W ……

w celu ustalenia stanu zdrowia, zdolności lub niezdolności kandydata/pracownika*) do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej/w wywiadzie skarbowym*) albo stanu zdrowia osoby udzielającej pomocy

1) imię i nazwisko ……
2) imiona rodziców
   ……..
3) data i miejsce urodzenia ……...
4) miejsce zamieszkania ……
   (województwo, miejscowość, kod pocztowy, ulica nr domu, nr lokalu)
   ……..
5) nr i seria dowodu tożsamości ……..
6) miejsce zatrudnienia
   ……..
7) załączniki ……
8) uwagi:
   a) ……...……
   b) ……

……..
(pieczęć imienna i podpis osoby
kierującej)

* Niepotrzebne skreślić.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. ...). Dotychczas upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia m.in. w przedmiotowym zakresie wynikało z art. 42h ust. 2 ustawy z dnia 28 września 1991 r. o kontroli skarbowej (Dz. U. z 2011 r. Nr 41, poz. 214, z późn. zm.). Na podstawie ww. przepisu ustawy o kontroli skarbowej wydane zostało rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 3 stycznia 2011 r. w sprawie orzekania o zdolności fizycznej i psychicznej do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej oraz w wywiadzie skarbowym (Dz. U. Nr 11, poz. 58), który to akt prawny określa warunki i tryb orzekania o zdolności do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, w których zatrudnionym inspektorom i pracownikom przysługuje umundurowanie służbowe i broń służbowa oraz w wywiadzie skarbowym przez komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wykaz, chorób i ułomności, na podstawie którego wydawane jest orzeczenie o stanie zdrowia, kategorie zdolności do pracy, tryb kierowania do komisji lekarskiej oraz wzór karty skierowania do komisji lekarskiej.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych opracowało projekt ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, której celem jest systemowe uregulowanie organizacji struktur orzecznictwa lekarskiego oraz nadanie rangi ustawowej przepisom statuującym ich funkcjonowanie. W związku z powyższym większość regulacji zawartych w przywołanym wyżej rozporządzeniu została przeniesiona do projektowanej ustawy, a w gestii ministra właściwego do spraw finansów publicznych pozostawiono określenie w drodze rozporządzenia (art. 8 ust. 5 projektowanej ustawy) wykazu chorób i ułomności wraz z kategoriami zdolności do pracy, na podstawie którego jest wydawane orzeczenie o stanie zdrowia, o zdolności lub niezdolności kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym, a także pracowników wywiadu skarbowego oraz określenie, również w drodze rozporządzenia, (art. 25 ust. 5 projektowanej ustawy) wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej ww. osób oraz osób udzielających pomocy pracownikom wywiadu skarbowego w wykonywaniu czynności operacyjno-rozpoznawczych, które w czasie udzielania tej pomocy lub w związku z jej udzieleniem poniosły uszczerbek na zdrowiu.

Zgodnie z projektem rozporządzenia w załączniku do niego określony został wzór formularza skierowania do komisji lekarskiej kandydata do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym, a także pracowników wywiadu skarbowego oraz osób udzielających pomocy pracownikom wywiadu skarbowego w wykonywaniu czynności operacyjno-rozpoznawczych, które w czasie udzielania tej pomocy lub w związku z jej udzieleniem poniosły uszczerbek na zdrowiu.

Przewiduje się, iż przedmiotowe rozporządzenie zacznie obowiązywać z dniem wejścia w życie projektowanej ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

Zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia – z chwilą poddania uzgodnieniom międzyresortowym – zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Projekt rozporządzenia nie podlega harmonizacji z prawem unijnym.

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązkowi notyfikacji zgodnie z trybem przewidzianym w przepisach dotyczących sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych.

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia w sprawie wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Finansów **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Agnieszka Królikowska **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Monika Wawrzyniak, Naczelnik Wydziału Prawnego Departamentu WS tel. 22 694-34-48	**Data sporządzenia** 04.03.2014 r. **Źródło:** Upoważnienie ustawowe – art. … ustawy z dnia ... o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych **Nr w wykazie prac**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych opracowało projekt ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, której celem jest systemowe uregulowanie organizacji struktur orzecznictwa lekarskiego oraz nadanie rangi ustawowej przepisom statuującym ich funkcjonowanie. W związku z powyższym większość regulacji zawartych w obowiązującym rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 3 stycznia 2011 r. w sprawie orzekania o zdolności fizycznej i psychicznej do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej oraz w wywiadzie skarbowym (Dz. U. Nr 11, poz. 58) została przeniesiona do projektowanej ustawy, a w gestii ministra właściwego do spraw finansów publicznych pozostawiono określenie w drodze rozporządzenia, (art. 25 ust. 5 projektowanej ustawy) wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej kandydatów do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, inspektorów i pracowników zatrudnionych w tych komórkach oraz kandydatów do pracy w wywiadzie skarbowym, a także pracowników wywiadu skarbowego oraz osób udzielających pomocy pracownikom wywiadu skarbowego w wykonywaniu czynności operacyjno-rozpoznawczych, które w czasie udzielania tej pomocy lub w związku z jej udzieleniem poniosły uszczerbek na zdrowiu, o czym stanowi przedmiotowy projekt.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Osoby ubiegające się o przyjęcie do pracy w komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej, o których mowa w art. 11g ust. 1 ustawy z dnia 28 września 1991 r. o kontroli skarbowej (Dz. U. z 2011 r. Nr 41, poz. 214, z późn. zm.) oraz w wywiadzie skarbowym	37	opracowanie własne	
Inspektorzy i pracownicy komórek organizacyjnych kontroli skarbowej, o których mowa w art. 11g ust. 1 ustawy z dnia	1	opracowanie własne	

28 września 1991 r. o kontroli skarbowej (Dz. U. z 2011 r. Nr 41, poz. 214, z późn. zm.) oraz wywiadu skarbowego.			
Osoby udzielające pomocy pracownikom wywiadu skarbowego w wykonywaniu czynności operacyjno-rozpoznawczych, które w czasie udzielania tej pomocy lub w związku z jej udzieleniem poniosły uszczerbek na zdrowiu.			
Komisje lekarskie podległe ministrowi spraw wewnętrznych.	16 rejonowych i 1 centralna		

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Ze względu na charakter rozporządzenia – określenie wzoru formularza – projekt ten nie wymaga konsultacji społecznych. Zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia – z chwilą poddania uzgodnieniom międzyresortowym – zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0–10)*
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Wydane rozporządzenie nie spowoduje skutków dla sektora finansów publicznych, w tym budżet państwa i jednostek samorządu terytorialnego. Na działanie komisji lekarskich w ramach jednolitej struktury orzeczniczej planowane jest przeznaczenie środków odpowiadającym kosztom wydania orzeczeń lekarskich ponoszonych przez poszczególnych dysponentów budżetu państwa, w tym Ministerstwo Finansów. W praktyce będzie to oznaczać przeniesienie środków zarezerwowanych na ten cel z budżetu Ministerstwa Finansów do budżetu MSW. Koszty orzekania kandydatów do pracy i pracowników wyodrębnionych komórek organizacyjnych kontroli skarbowej oraz wywiadu skarbowego w roku 2013 r. wyniosły 8 550 zł. W poprzednich latach koszty te wyniosły do ok. 15 000 rocznie.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0–10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z … r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje negatywnych skutków społecznych i gospodarczych. Postanowienia niniejszego rozporządzenia nie mają wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki oraz sytuację i rozwój regionalny.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
Komentarz:	

9. Wpływ na rynek pracy

Brak wpływu.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie

Omówienie wpływu	Brak wpływu.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Przewiduje się, iż przedmiotowe rozporządzenie zacznie obowiązywać z dniem wejścia w życie projektowanej ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie przewiduje się mechanizmów ewaluacji efektów projektu.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Projekt

R O Z P O R Z Ą D Z E N I E

M I N I S T R A S P R A W W E W N Ę T R Z N Y C H

z dnia

w sprawie określenia wzoru orzeczenia komisji lekarskiej oraz wzoru rejestru orzeczeń

Na podstawie art. 46 ust. 3 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …) zarządza się co następuje:

§ 1. Określa się:

1) wzór orzeczenia komisji lekarskiej, który stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia;

2) wzór rejestru orzeczeń, który stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER SPRAW WEWNĘTRZNYCH

Załączniki
do rozporządzenia
Ministra Spraw Wewnętrznych
z dnia ... (poz. ...)

Załącznik nr 1

ORZECZENIE Nr ...../.....

KOMISJI LEKARSKIEJ
PODLEGŁEJ MINISTROWI WŁAŚCIWEMU DO SPRAW WEWNĘTRZNYCH
W .....

Dnia ..... 20.... r.

Komisja w składzie: przewodniczący .....
członkowie: 1) .....
2) .....
dokonała badania lekarskiego skierowanego(ej) przez .....

CZĘŚĆ A

1. Imię, nazwisko i imiona rodziców:.....
2. Dokładny adres:.....
3. Stopień lub stanowisko pracy: .....
4. Przydział służbowy lub miejsce pracy: .....
5. Data i miejsce urodzenia: .....
6. Data wstąpienia do służby lub zatrudnienia: .....
7. Data zwolnienia ze służby lub z pracy: .....
8. Data wypadku / choroby / śmierci[1)]: ……
9. Obecnie jest zatrudniony w ……. w charakterze .....
10. Nie pracuje od dnia ..... z powodu .....
11. Tożsamość badanego stwierdzono na podstawie: .....
12. Skargi i wywiad chorobowy: .....
.....

13. Czy i gdzie się leczył, czasowa niezdolność do służby (od-do): .....

.....

14. Wzrost: ..... cm. Waga: ..... kg. Ciśnienie krwi: .....

15. Stan przedmiotowy: .....

.....

16. Wyniki badań lekarzy specjalistów (dodatkowych): .....

.....

17. Rozpoznanie: .....

.....

18. Kategoria zdolności do służby lub do pracy: .....

.....

19. Związek schorzenia (niezdolności do służby, inwalidztwa) ze służbą: .....

.....

20. Uzasadnienie pkt 19: .....

.....

21. Uwagi komisji lekarskiej: .....

.....

CZĘŚĆ B

(dotyczy inwalidztwa)

a) orzeczenie pierwsze
b) orzeczenie ponowne

a) schorzenie podstawowe: ……...
b) schorzenie współistniejące: ……..

I. Rozpoznanie:

.....

.....

II. Wskazania:

1. Badany może wykonywać pracę zarobkową: .....

.....

2. Przeciwwskazane są prace: .....

.....

3. Badany wymaga: .....

.....

III. Orzeczenie:

1. Badany jest zdolny / częściowo niezdolny / całkowicie niezdolny[1)] do pracy.
2. Badany wymaga / nie wymaga[1)] opieki innej osoby.
3. Zalicza się badanego do ..... grupy inwalidów.
4. Inwalidztwo pozostaje / nie pozostaje[1)] w związku ze służbą.
5. Inwalidztwo pozostaje w związku z wypadkiem/chorobą[1)] powstałą w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby.
6. Zalicza się badanego do ..... grupy inwalidów z tytułu schorzeń narządów ruchu / wzroku[1)].
7. Inwalidztwo istnieje od: .....
8. Inwalidztwo jest trwałe/czasowe[1)]. Termin badania kontrolnego: .....

Przed badaniem należy wykonać: .....

.....

IV. Uzasadnienie

orzeczenia dotyczące stanu inwalidztwa .....

.....

CZĘŚĆ C

(dotyczy związku śmierci ze służbą)

1. Przyczyna śmierci: ……..

.....

2. Śmierć miała / nie miała[1)] związku ze służbą.
3. Śmierć była / nie była[1)] następstwem wypadku / choroby[1)] pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby: .....

.....

4. Śmierć była / nie była[1)] następstwem wypadku / choroby[1)] z tytułu której przysługuje świadczenie odszkodowawcze.
5. Uzasadnienie związku śmieci ze służbą: ……

.....

CZĘŚĆ D

(dotyczy uszczerbku na zdrowiu)

1. Określenie stopnia uszkodzenia czynności naruszonego organu / narządu / układu[1)] łącznie z towarzyszącymi powikłaniami: …….....

.....

2. Określenie procentowego stopnia uszczerbku na zdrowiu:……..

3. Stwierdzony uszczerbek na zdrowiu, powstały wskutek wypadku / choroby[1)] pozostaje / nie pozostaje[1)] w związku ze służbą.

4. Uzasadnienie pkt 3: ……..

.....

CZĘŚĆ E

(dotyczy urlopu zdrowotnego)

1. Funkcjonariusz po wykorzystaniu 12 miesięcy zwolnienia od wykonywania obowiązków służbowych z powodu choroby odzyskał / nie odzyskał[1)] zdolności do wykonywania tych obowiązków.

2. Stan zdrowia funkcjonariusza rokuje poprawę w stopniu umożliwiającym dalsze pełnienie służby, istnieje więc potrzeba udzielenia temu funkcjonariuszowi urlopu zdrowotnego na okres: ……..

CZĘŚĆ F

Szczegółowe uzasadnienie orzeczenia[2)]: …..……...

……..

Członkowie Komisji:

1. .....

2. .....

Przewodniczący Komisji:

.....

.....

(data)

---

1) Niewłaściwe skreślić.

2) Należy wypełnić w przypadkach wskazanych w art. 34 ust. 5 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …), o ile uzasadnienie nie zostało wpisane w części A-D.

Załącznik nr 2

REJESTR ORZECZEŃ

KOMISJI LEKARSKICH MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH

Rok ..... Rozpoczęto ..... Zakończono .....

Lp.	Data	Nazwisko, imię oraz imiona rodziców	Określenie osoby badanej1)	Data i miejsce urodzenia	Stopień	Data wstąpienia do służby lub zatrudnienia	Data zwolnienia ze służby lub z pracy	Rozpoznanie	Orzeczenie komisji lekarskiej2)	Orzeczenie komisji lekarskiej o inwalidztwie3)	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

[1)] Należy wskazać, czy osoba badana jest: kandydatem do służby (oraz wskazać rodzaj służby), funkcjonariuszem (oraz wskazać rodzaj służby), kandydatem do pracy (oraz wskazać komórkę organizacyjną), pracownikiem (oraz wskazać komórkę organizacyjną), osobą pomagającą służbom lub pracownikom wywiadu skarbowego, strażakiem jednostek ochrony przeciwpożarowej, członkiem ochotniczej straży pożarnej, emerytem policyjnym, czy rencistą policyjnym.

[2)] Należy wpisać w szczególności: stopień zdolności do służby, związek chorób i ułomności ze służbą.

[3)] Należy wpisać: grupę inwalidztwa, czy inwalidztwo ma związek ze służbą, czy inwalidztwo jest trwałe, czy czasowe (na jaki okres).

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie określenia wzoru orzeczenia komisji lekarskiej oraz wzoru rejestru orzeczeń stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 46 ust. 3 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …).

W dotychczasowym stanie prawnym komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych wydawały swoje orzeczenia zgodnie ze wzorami stanowiącymi załączniki do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 9 lipca 1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych (Dz. U. Nr 79, poz. 349, z późn. zm.). Rozporządzenie to określa sześć wzorów orzeczeń komisji lekarskiej, tj. orzeczenie o stanie zdrowia i stopniu zdolności do służby, orzeczenie ustalające po raz pierwszy związek schorzeń i ułomności ze służbą oraz zaliczenie do jednej z grup inwalidzkich, orzeczenie wydawane w ramach kontrolnych badań lekarskich, orzeczenie, które ustala stopień uszczerbku na zdrowiu spowodowany wypadkiem lub chorobą, orzeczenie, które ustala związek śmierci ze służbą oraz orzeczenie o potrzebie udzielenia urlopu zdrowotnego. Wyżej wymienione rozporządzenie utraci moc z dniem 1 stycznia 2015 r. na skutek uchylenia z tym dniem przepisów stanowiących upoważnienie ustawowe do wydania tego aktu wykonawczego.

Zgodnie z delegacją ustawową zawartą w art. 44 ust. 3 wyżej wymienionej ustawy, akt wykonawczy ma określić tylko jeden wzór orzeczenia komisji lekarskiej, który będzie stosowany do wszystkich orzeczeń w sprawach należących do właściwości komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych. W związku z powyższym projektowane orzeczenie stanowiące załącznik nr 1 do przedmiotowego rozporządzenia składa się z sześciu części, które będą wypełniane odpowiednio przez członków komisji lekarskiej, w zależności od przedmiotu orzekania. Zaproponowany wzór orzeczenia opiera się zasadniczo na obecnie obowiązujących wzorach orzeczeń oraz na przepisach materialnych wyżej wymienionej ustawy, zawierających wskazania, co powinno zawierać orzeczenie komisji lekarskiej.

W dotychczasowym stanie prawnym komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych zobligowane są do prowadzenia księgi orzeczeń, w której wpisywane są podstawowe ustalenia zawarte w orzeczeniach komisji lekarskich. Wzór księgi orzeczeń stanowi załącznik do rozporządzenia Ministra spraw Wewnętrznych z dnia 9 lipca

1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych, które jak wskazano powyżej utraci moc z dniem 1 stycznia 2015 r. Zgodnie z delegacją ustawową zawartą w art. 44 ust. 3 wyżej wymienionej ustawy, akt wykonawczy ma określić wzór rejestru orzeczeń. Rejestr orzeczeń zastąpi obecnie prowadzoną księgę orzeczeń, dlatego projektowany załącznik nr 2 do przedmiotowego orzeczenia opiera się zasadniczo na wzorze księgi orzeczeń.

Przewiduje się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., ponieważ powinno ono wejść w życie tego samego dnia, co ustawa z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

Projektowany akt prawny nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projektowany akt prawny nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega procedurze notyfikacji określonej w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm).

Projektowany akt prawny nie wymaga przedłożenia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu w celu uzyskania opinii, dokonania konsultacji lub uzgodnienia.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

1. Podmioty, na które będzie oddziaływało projektowane rozporządzenie

1) funkcjonariusze, funkcjonariusze zwolnieni ze służby i kandydaci do służby w Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biurze Ochrony Rządu, Służbie Więziennej i Centralnym Biurze Antykorupcyjnym,
2) emeryci i renciści policyjni,
3) pracownicy, inspektorzy i kandydaci do pracy w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych kontroli skarbowej oraz pracownicy i kandydaci do pracy w wywiadzie skarbowym,
4) osoby niebędące funkcjonariuszami Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej lub Centralnego Biura Antykorupcyjnego, które w czasie korzystania lub w związku z korzystaniem przez te służby z ich pomocy poniosły uszczerbek na zdrowiu lub utraciły życie,
5) osoby udzielające pomocy pracownikom wywiadu skarbowego w wykonywaniu czynności operacyjno-rozpoznawczych które w czasie udzielania tej pomocy lub w związku z jej udzielaniem poniosły uszczerbek na zdrowiu lub śmierć,
6) członkowie komisji lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

2. Konsultacje społeczne

Projekt zostanie poddany konsultacjom z następującymi partnerami społecznymi:

1) Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Policjantów,
2) Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Funkcjonariuszy Straży Granicznej,
3) Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Pracowników Pożarnictwa,
4) Związek Zawodowy Strażaków „Florian”,
5) Krajową Sekcję Pożarnictwa NSZZ „Solidarność”,
6) Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa,
7) Związek Emerytów i Rencistów Pożarnictwa RP,
8) Stowarzyszenie Emerytów i Rencistów Policyjnych,
9) Forum Związków Zawodowych,
10) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,

11) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”.

Ponadto stosownie do postanowień art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny oraz na stronie internetowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa, ani dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Wejście w życie rozporządzenia nie wpłynie na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Wejście w życie rozporządzenia nie wpłynie na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie rozporządzenia nie wpłynie na sytuację i rozwój regionalny.

Nazwa projektu
Projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie wzoru orzeczenia komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych oraz wzoru rejestru orzeczeń

Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych

Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu
Podsekretarz Stanu w MSW – Stanisław Rakoczy

Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu
Grażyna Górna – Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia MSW, (22) 508 16 40

Data sporządzenia
7 marca 2014 r.

Źródło:
art. … ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. …)

Nr w wykazie prac …….

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Określenie wzoru orzeczenia komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych oraz wzoru rejestru orzeczeń.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Obowiązek określenia wzoru orzeczenia komisji lekarskiej podległej ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych oraz wzoru rejestru orzeczeń wynika z art. … projektu ustawy o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.
Wprowadzenie ww. wzorów ustandaryzuje i ujednolici praktykę ich stosowania przez rejonowe komisje lekarskie oraz Centralną Komisję Lekarską MSW.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
rejonowe komisje lekarskie podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych	1		Obowiązek wydawania orzeczeń oraz prowadzenia rejestru orzeczeń, według wzorów określonych w projekcie rozporządzenia
Centralna Komisja Lekarska			Obowiązek wydawania orzeczeń oraz prowadzenia rejestru orzeczeń, według wzorów określonych w projekcie rozporządzenia

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt rozporządzenia zamieszczony zostanie w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).
Projekt rozporządzenia zamieszczony zostanie także w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny, zgodnie z § 52 ust. 1 Uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z … r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Wydatki ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie spowoduje wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. W aktualnie obowiązujących przepisach wzór orzeczenia i wzór rejestru orzeczeń określony jest w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 9 lipca 1991 r. w sprawie właściwości i trybu postępowania komisji lekarskich podległych Ministrowi Spraw Wewnętrznych (Dz. U. Nr 79, poz. 349, z późn. zm.), zatem wprowadzenie nowych wzorów formularzy nie będzie miało wpływu na sektor finansów publicznych.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z … r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne								

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
Komentarz: Projektowane rozporządzenie nie wprowadzi dodatkowych obciążeń regulacyjnych.	

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie

Omówienie wpływu	Brak wpływu.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Realizacja obowiązku stosowania nowych wzorów nastąpi z chwilą wejścia w życie projektowanego rozporządzenia

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Projektowane rozporządzenie będzie stosowane w sposób ciągły, stąd też nie planuje się ewaluacji efektów projektu, a tym samym nie stosuje się mierników dla tej ewaluacji.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak załączników.

Projekt

ROZPORZĄDZENIE
PREZESA RADY MINISTRÓW
z dnia

w sprawie orzekania przez komisje lekarskie
Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu

Na podstawie art. 59a ust. 11 ustawy z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu (Dz. U. z 2010 r. Nr 29, poz. 154, z późn. zm.[1)]) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

1) właściwość i tryb postępowania komisji lekarskich Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu w sprawach o których mowa w art. 59a ust. 1 ustawy z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu, zwanej dalej „ustawą”;
2) tryb kierowania do komisji lekarskich, o których mowa w pkt 1, oraz podmioty właściwe w tych sprawach;
3) szczegółowy sposób orzekania w sprawach, o których mowa w art. 59a ust. 1 ustawy;
4) niezbędną dokumentację medyczną i inne dokumenty mogące stanowić podstawę orzekania przez komisje lekarskie, o których mowa w pkt 1;
5) wzory orzeczeń komisji lekarskich, o których mowa w pkt 1, w tych sprawach.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

1) „ABW” – Agencję Bezpieczeństwa Wewnętrznego;
2) „jednostka organizacyjna” – jednostkę organizacyjną ABW;
3) „funkcjonariusz” – funkcjonariusza ABW;

[1)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 182, poz. 1228 i Nr 238, poz. 1578, z 2011 r. Nr 53, poz. 273, Nr 84, poz. 455, Nr 117, poz. 677 i Nr 230, poz. 1371, z 2012 r. poz. 627 i 908 oraz z 2013 r. poz. 628, 675, 1247 i 1351.

4) „emeryt i rencista policyjny” – emeryta i rencistę Urzędu Ochrony Państwa, ABW;
5) „uprawniony wnioskodawca” – członków rodziny, o których mowa w art. 131 ust. 2 ustawy;
6) „komisje lekarskie” – komisje lekarskie podległe Szefowi ABW albo Szefowi AW, o których mowa w art. 59 ustawy;
7) „czynności orzecznicze” – całokształt czynności związanych z orzekaniem o inwalidztwie funkcjonariusza oraz emeryta i rencisty policyjnego;
8) „osoba skierowana” – funkcjonariusza, emeryta i rencistę policyjnego;
9) organ kierujący – podmiot wymieniony w § 3–5;
10) przełożony w sprawach osobowych – kierownik jednostki organizacyjnej, która zajmuje się w ABW sprawami kadrowymi funkcjonariuszy;
11) „ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym” – ustawę z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji (...)[2)].

§ 3. 1. Do regionalnej komisji lekarskiej, w przypadku, o którym mowa w art. 59a ust. 1 pkt 1 ustawy, kieruje się z urzędu lub na wniosek osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia lekarskiego.

2. Organem kierującym jest:
1) kierownik jednostki organizacyjnej, w której funkcjonariusz pełni służbę lub do której został on przeniesiony, delegowany lub wyznaczony do wykonywania określonych zadań;
2) dyrektor Centralnego Ośrodka Szkolenia ABW wobec funkcjonariusza odbywającego szkolenie w COS ABW;
3) przełożony w sprawach osobowych wobec funkcjonariusza pozostającego w dyspozycji szefa ABW, oddelegowanego do pełnienia służby poza ABW lub zwolnionego ze służby.

§ 4. 1. Organem kierującym do regionalnej komisji lekarskiej, w przypadku, o którym mowa w art. 59a ust. 1 pkt 2 ustawy, są wobec:
1) funkcjonariusza:
   a) zastępca Szefa ABW – Szef ABW lub upoważniony przez niego funkcjonariusz,
   b) kierownik lub zastępca kierownika jednostki organizacyjnej – Szef ABW albo upoważniony przez nich funkcjonariusz,

2)

c) pełniącego służbę w Centralnym Ośrodku Szkolenia ABW oraz delegaturach ABW – kierownik jednostki organizacyjnej,

d) pełniącego służbę w pozostałych jednostkach organizacyjnych – przełożony w sprawach osobowych;

2) emeryta i rencistę policyjnego – organ emerytalny.

2. Do regionalnej komisji lekarskiej kieruje się:

1) z urzędu:

a) funkcjonariusza, którego stan zdrowia daje podstawę do przypuszczeń, że stopień jego zdolności do służby uległ zmianie lub że dalsze pełnienie przez niego służby na zajmowanym stanowisku jest niemożliwe – na wniosek lekarza zakładu opieki zdrowotnej ABW albo z inicjatywy właściwego organu kierującego,

b) funkcjonariusza, w celu ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu doznanego wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem służby lub choroby pozostającej w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby – na wniosek lekarza zakładu opieki zdrowotnej ABW albo z inicjatywy właściwego organu kierującego,

c) funkcjonariusza, w celu ustalenia związku śmierci tego funkcjonariusza z wypadkiem lub chorobą pozostającą w związku ze szczególnymi warunkami lub właściwościami służby – na wniosek właściwego organu kierującego,

d) funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby oraz emeryta i rencistę policyjnego, w celu uznania go za inwalidę oraz uznania go za niezdolnego do samodzielnej egzystencji – na wniosek lekarza zakładu opieki zdrowotnej ABW albo z inicjatywy właściwego organu kierującego,

e) funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby oraz emeryta i rencistę policyjnego, w celu ustalenia związku śmierci tego funkcjonariusza, funkcjonariusza zwolnionego ze służby oraz emeryta i rencistę policyjnego ze służbą – na wniosek właściwego organu kierującego;

2) na własną prośbę:

a) funkcjonariusza,

b) emeryta i rencistę policyjnego.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 2 lit. a, funkcjonariusz składa prośbę na piśmie, drogą służbową, do właściwego organu kierującego.

4. W uzasadnionych przypadkach organ kierujący może skierować osobę skierowaną do regionalnej komisji lekarskiej z pominięciem jej właściwości terytorialnej.

§ 5. Organem kierującym do komisji lekarskiej, w przypadku, o którym mowa w art. 59a ust. 1 pkt 3 ustawy, jest:

1) przełożony w sprawach osobowych, na wniosek, kierownika jednostki organizacyjnej, w której służbę pełni funkcjonariusz wykorzystujący zwolnienie lekarskie albo do której został przeniesiony, delegowany lub wyznaczony do wykonywania określonych zadań;
2) dyrektor Centralnego Ośrodka Szkolenia – wobec funkcjonariusza odbywającego szkolenie w COS ABW;
3) przełożony w sprawach osobowych – wobec funkcjonariusza pozostającego w dyspozycji Szefa ABW lub oddelegowanego do pełnienia służby poza ABW.

§ 6. 1. Skierowanie do regionalnej komisji lekarskiej sporządza organ kierujący na formularzu karty skierowania, której wzór określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

2. Skierowanie do regionalnej komisji lekarskiej traci ważność po upływie 30 dni od daty pierwszego badania wyznaczonego przez regionalną komisję lekarską.

§ 7. 1. Właściwość miejscową komisji lekarskich określają przepisy o zasadach oceny zdolności fizycznej i psychicznej do służby.

2. Regionalne komisje lekarskie są właściwe w zakresie:

1) badań lekarskich funkcjonariusza oraz kontrolnych badań lekarskich emeryta i rencisty policyjnego;
2) kierowania osób, o których mowa w pkt 1, na konsultacje, badania specjalistyczne i dodatkowe;
3) wydawania orzeczeń w sprawach, o których mowa w § 6, w stosunku do funkcjonariusza oraz emeryta i rencisty policyjnego zamieszkałego w miejscowości objętej terytorialnym zasięgiem działania komisji;
4) żądania od osoby skierowanej dokumentacji niezbędnej do prawidłowej oceny jej stanu zdrowia, w ramach orzekania w sprawach, o których mowa w § 6.

3. Centralne Komisje Lekarskie są właściwe w zakresie:

1) rozpatrywania odwołań od orzeczeń regionalnych komisji lekarskich;

2) sprawowania merytorycznego nadzoru nad orzecznictwem regionalnych komisji lekarskich;
3) wydawania orzeczeń w trybie nadzoru w przypadku uchylenia orzeczenia regionalnej komisji lekarskiej;
4) udzielania konsultacji w zakresie orzecznictwa lekarskiego oraz rozstrzygania kwestii spornych lub nasuwających szczególne wątpliwości orzecznicze;
5) współpracy z instytucjami naukowo-lekarskimi w celu podnoszenia poziomu orzecznictwa lekarskiego.

§ 8. Komisje lekarskie orzekają w dwóch instancjach:
1) w pierwszej instancji – regionalne komisje lekarskie;
2) w drugiej instancji – Centralne Komisje Lekarskie.

§ 9. Komisje lekarskie, orzekając o inwalidztwie funkcjonariusza oraz emeryta i rencisty policyjnego, orzekają również o:
1) związku schorzeń i chorób ze służbą, o których mowa w art. 20 ust. 3 pkt 4 i 5 ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym;
2) inwalidztwie i związku tego inwalidztwa ze służbą na skutek choroby lub wypadku;
3) związku śmierci ze służbą na skutek choroby lub wypadku.

§ 10. 1. Regionalna komisja lekarska przeprowadza badanie lekarskie osoby skierowanej i sporządza protokół badania komisji lekarskiej. Oceny stanu zdrowia tej osoby dokonuje na podstawie protokołu badania lekarskiego, wyników zleconych badań specjalistycznych, wywiadu chorobowego, dokumentacji medycznej będącej wynikiem obserwacji szpitalnej, leczenia ambulatoryjnego i sanatoryjnego oraz innych dokumentów medycznych istotnych do dokonania tej oceny.

2. Jeżeli w toku badania lekarskiego powstało uzasadnione podejrzenie, że osoba skierowana rozmyślnie spowodowała u siebie uszkodzenie ciała albo schorzenie, regionalna komisja lekarska orzeka o stanie zdrowia tej osoby, zgodnie z ust. 1, i powiadamia organ kierujący o podejrzeniu.

3. Protokół badania lekarskiego, o którym mowa w ust. 1, zawiera wyszczególnienie wszystkich schorzeń i chorób fizycznych lub psychicznych, w tym także tych, które nie obniżają zdolności do służby. Protokół badania lekarskiego podpisują wszyscy członkowie składu orzekającego.

4. Rozpoznanie wpisuje się w protokół badania lekarskiego regionalnej komisji lekarskiej w języku polskim, z uwzględnieniem lokalizacji schorzenia i choroby, a w przypadkach wymagających dodatkowego uściślenia – stopnia ich nasilenia.

5. Protokół badania lekarskiego regionalnej komisji lekarskiej, w wyniku którego stwierdzono po raz pierwszy związek schorzeń i chorób ze służbą, oraz zaliczenie do jednej z grup inwalidztwa sporządza się w dwóch egzemplarzach, według wzoru określonego w załączniku nr 2 do rozporządzenia. Jeden egzemplarz protokołu badania lekarskiego przechowuje się w aktach regionalnej komisji lekarskiej, drugi egzemplarz przesyła się wraz z orzeczeniem, o którym mowa w § 15 ust. 1, do Centralnej Komisji Lekarskiej.

§ 11. 1. Regionalna komisja lekarska wydaje orzeczenie o pogorszeniu stanu zdrowia niezależnie od związku schorzenia i choroby ze służbą.

2. Regionalna komisja lekarska, wydając orzeczenie o trwałej niezdolności do służby, orzeka również o związku schorzeń i chorób ze służbą oraz o inwalidztwie i związku tego inwalidztwa ze służbą.

3. Jeżeli przy orzekaniu o zdolności do służby regionalna komisja lekarska stwierdziła trwały uszczerbek na zdrowiu, spowodowany schorzeniami i chorobami pozostającymi w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby, to poza orzeczeniem o zdolności do służby wydaje orzeczenie o trwałym uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wcześniej orzeczenie w tej sprawie nie zostało wydane.

4. Związek schorzeń i chorób ze służbą regionalna komisja lekarska ustala na podstawie:

1) dokumentacji lekarskiej, o której mowa w § 7 ust. 1**,** związanej z orzekanym schorzeniem i chorobą;
2) wyników przeprowadzonego śledztwa lub dochodzenia;
3) wyroków sądowych;
4) protokołów powypadkowych;
5) informacji dotyczącej warunków i przebiegu służby, ze szczególnym uwzględnieniem opisu warunków służby w okresie powstania schorzenia i choroby lub znaczącego pogorszenia stanu zdrowia;
6) oświadczeń przełożonych i świadków.

5. Orzeczenie regionalnej komisji lekarskiej o związku schorzeń i chorób ze służbą powinno być uzasadnione i zawierać jedno z następujących określeń:

1) trwała niezdolność do służby pozostaje w związku ze służbą;
2) trwała niezdolność do służby nie pozostaje w związku ze służbą.

§ 12. Regionalna komisja lekarska, wydając orzeczenie o inwalidztwie funkcjonariusza, jest obowiązana do:

1) stwierdzenia, czy nastąpiła trwała niezdolność do służby wskutek stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu oraz czy istnieje zdolność do pracy;
2) ustalenia grupy inwalidztwa, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym, do której funkcjonariusz zostaje zaliczony;
3) ustalenia grupy inwalidztwa w związku ze schorzeniami narządu ruchu, wzroku i słuchu;
4) ustalenia, w odniesieniu do każdej stwierdzonej grupy inwalidztwa, czy inwalidztwo pozostaje w związku ze służbą oraz czy powstało wskutek choroby lub wypadku pozostających w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby;
5) ustalenia daty lub okresu powstania inwalidztwa albo daty pogorszenia stanu zdrowia, powodującego zmianę grupy inwalidztwa;
6) ustalenia, czy inwalidztwo jest okresowe albo trwałe;
7) ustalenia, czy inwalida jest zdolny do samodzielnej egzystencji;
8) określenia stopnia zdolności do pracy oraz wskazań i przeciwwskazań dotyczących pracy inwalidy;
9) wyznaczenia terminu kontrolnego badania lekarskiego.

§ 13. 1. Regionalna komisja lekarska, wydając orzeczenie o związku inwalidztwa ze służbą, stosuje kryteria, o których mowa w art. 20 ust. 3 i 5 ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym.

2. Orzeczenie regionalnej komisji lekarskiej w sprawach, o których mowa w ust. 1, powinno być uzasadnione i zawierać jedno z następujących określeń:

1) inwalidztwo pozostaje w związku ze służbą na skutek choroby;
2) inwalidztwo pozostaje w związku ze służbą na skutek wypadku;
3) inwalidztwo nie pozostaje w związku ze służbą.

§ 14. 1. Za datę powstania inwalidztwa przyjmuje się datę ustaloną przez regionalną komisję lekarską.

2. Jeżeli regionalna komisja lekarska nie ma możliwości ustalenia daty powstania inwalidztwa, natomiast ustaliła okres, w którym ono powstało, za datę powstania inwalidztwa przyjmuje się datę końcową tego okresu.

3. Jeżeli regionalna komisja lekarska nie ma możliwości ustalenia ani daty, ani okresu powstania inwalidztwa, za datę jego powstania przyjmuje się datę skierowania do regionalnej komisji lekarskiej.

§ 15. Regionalna komisja lekarska, wydając orzeczenie o związku śmierci ze służbą funkcjonariusza, emeryta i rencisty policyjnego, ustala, czy śmierć jest następstwem wypadku lub schorzeń i chorób pozostających w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby.

§ 16. 1. Regionalna komisja lekarska wydaje orzeczenie po zebraniu wszystkich niezbędnych dokumentów, o których mowa w § 8 ust. 4.

2. Jeżeli regionalna komisja lekarska nie może wydać orzeczenia z powodu braku dokumentów, o których mowa w § 8 ust. 4, zawiadamia o tym osobę skierowaną, zobowiązując ją do ich dostarczenia w terminie 14 dni, lub kieruje tę osobę na dodatkowe badania specjalistyczne lub obserwację szpitalną.

3. Regionalna komisja lekarska może zwrócić się o dostarczenie dokumentów, o których mowa w § 8 ust. 4, do organu kierującego.

4. Po upływie terminu wyznaczonego do dostarczenia brakujących dokumentów, o których mowa w § 8 ust. 4, lub też w razie odmowy osoby skierowanej poddania się zleconym dodatkowym badaniom specjalistycznym lub obserwacji szpitalnej, regionalna komisja lekarska wydaje orzeczenie na podstawie posiadanych dokumentów i dokonanej oceny stanu zdrowia osoby skierowanej.

§ 17. 1. Regionalna komisja lekarska orzeka większością głosów. Orzeczenie podpisują wszyscy członkowie składu orzekającego.

2. Członek regionalnej komisji lekarskiej mający w sprawie orzeczenia zdanie odrębne może je wnieść na piśmie wraz z uzasadnieniem do protokołu badania regionalnej komisji lekarskiej.

§ 18. 1. Orzeczenie regionalnej komisji lekarskiej stwierdzające po raz pierwszy związek schorzeń i chorób ze służbą oraz zaliczenie do jednej z grup inwalidztwa sporządza się w 4 egzemplarzach, według wzoru określonego w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

2. Orzeczenie, o którym mowa w ust. 1, otrzymuje po jednym egzemplarzu osoba skierowana i właściwy organ kierujący, trzeci egzemplarz przechowuje się w aktach regionalnej komisji lekarskiej, natomiast czwarty egzemplarz orzeczenia wraz z protokołem badania regionalnej komisji lekarskiej, o którym mowa w § 7 ust. 5 zdanie drugie, przesyła się do wiadomości Centralnej Komisji Lekarskiej.

3. Orzeczenie regionalnej komisji lekarskiej ustalające związek śmierci funkcjonariusza, emeryta i rencisty ze służbą sporządza się w 3 egzemplarzach, według wzoru określonego w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

4. Orzeczenie, o którym mowa w ust. 3, otrzymuje po jednym egzemplarzu uprawniony wnioskodawca i właściwy organ kierujący, trzeci egzemplarz przechowuje się w aktach regionalnej komisji lekarskiej.

§ 19. 1. Podstawowe ustalenia zawarte w protokole badania lekarskiego oraz orzeczeniu regionalnej komisji lekarskiej wpisuje się do rejestru orzeczeń. W rejestrze członkowie składu orzekającego składają podpisy po zakończeniu każdego dnia pracy regionalnej komisji lekarskiej.

2. Rejestr orzeczeń prowadzi się według wzoru określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia.

§ 20. 1. Niezwłocznie po wydaniu orzeczenia, o którym mowa w § 15 ust. 1 i 3, przewodniczący regionalnej komisji lekarskiej wręcza je odpowiednio osobie skierowanej lub uprawnionemu wnioskodawcy oraz właściwemu organowi kierującemu, informując jednocześnie o prawie do wniesienia odwołania. W przypadku osobistego odbioru orzeczenia osoba skierowana albo uprawniony wnioskodawca oraz właściwy organ kierujący potwierdzają jego odbiór w rejestrze orzeczeń.

2. Przewodniczący regionalnej komisji lekarskiej może również przesłać orzeczenie, o którym mowa w ust. 1, odpowiednio osobie skierowanej lub uprawnionemu wnioskodawcy oraz właściwemu organowi kierującemu pocztą za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.

§ 21. 1. Odwołanie do Centralnej Komisji Lekarskiej od orzeczenia regionalnej komisji lekarskiej wnosi się na piśmie w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia za pośrednictwem regionalnej komisji lekarskiej, która wydała orzeczenie.

2. Uprawniony wnioskodawca może wnieść odwołanie od orzeczenia regionalnej komisji lekarskiej ustalającego związek śmierci funkcjonariusza, emeryta i rencisty policyjnego ze służbą.

3. Przedmiotem odwołania może być orzeczenie w całości lub w części i nie wymaga szczegółowego uzasadnienia.

§ 22. 1. Regionalna komisja lekarska przesyła odwołanie, w tym wniesione po terminie, wraz z zaskarżonym orzeczeniem i protokołem badania regionalnej komisji lekarskiej oraz pozostałą dokumentacją orzeczniczą do Centralnej Komisji Lekarskiej w terminie 14 dni od dnia otrzymania odwołania.

2. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu przez Centralną Komisję Lekarską.

3. W przypadku naruszenia terminu do wniesienia odwołania z przyczyn niezależnych od osoby skierowanej, Centralna Komisja Lekarska, na uzasadniony wniosek tej osoby, rozpatruje odwołanie pomimo upływu terminu do jego wniesienia.

§ 23. Centralna Komisja Lekarska rozpatruje odwołanie w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania, na podstawie wszystkich dokumentów dotyczących danej sprawy oraz, w razie potrzeby, po zleceniu dodatkowych badań specjalistycznych lub po dostarczeniu, na jej żądanie, dodatkowych dokumentów przez osobę skierowaną.

§ 24. 1. Centralna Komisja Lekarska po rozpatrzeniu odwołania:

1) utrzymuje w mocy zaskarżone orzeczenie albo
2) uchyla zaskarżone orzeczenie i wydaje nowe, albo
3) uchyla zaskarżone orzeczenie i zarządza ponowne przeprowadzenie czynności orzeczniczych i wydanie nowego orzeczenia przez regionalną komisję lekarską.

2. Centralna Komisja Lekarska nie może wydać nowego orzeczenia na niekorzyść osoby skierowanej, chyba że zaskarżone orzeczenie jest sprzeczne z prawem lub zostało wydane z pominięciem istotnych okoliczności faktycznych.

3. Do postępowania odwoławczego prowadzonego przez Centralną Komisję Lekarską stosuje się odpowiednio przepisy o postępowaniu przed regionalnymi komisjami lekarskimi w pierwszej instancji.

4. Wzór orzeczenia wydawanego przez Centralną Komisję Lekarską określa odpowiednio załącznik nr 3 lub nr 4 do rozporządzenia.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, Centralna Komisja Lekarska niezwłocznie zwraca całość dokumentacji orzeczniczej do regionalnej komisji lekarskiej. Regionalna komisja lekarska wydaje nowe orzeczenie w terminie 30 dni.

§ 25. 1. Orzeczenia regionalnych komisji lekarskich, od których w terminie nie wniesiono odwołania, oraz orzeczenia, o których mowa w § 21 ust. 1 pkt 1 i 2, są prawomocne.

2. O utrzymaniu w mocy zaskarżonego orzeczenia regionalnej komisji lekarskiej bądź o jego uchyleniu Centralna Komisja Lekarska zawiadamia na piśmie osobę skierowaną lub uprawnionego wnioskodawcę oraz właściwy organ kierujący. Wzór zawiadomienia określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

§ 26. 1. Centralna Komisja Lekarska może uchylić w trybie nadzoru orzeczenie regionalnej komisji lekarskiej sprzeczne z prawem lub wydane z pominięciem istotnych okoliczności faktycznych bądź zawierające błędy orzecznicze i zażądać od tej komisji przekazania całości dokumentacji orzeczniczej.

2. Centralna Komisja Lekarska, uchylając orzeczenie, o którym mowa w ust. 1:

1) wydaje nowe orzeczenie, które jest prawomocne, albo
2) zarządza ponowne poddanie osoby skierowanej czynnościom orzeczniczym przez wyznaczoną regionalną komisję lekarską.

3. Do czynności orzeczniczych, o których mowa w ust. 2 pkt 1, stosuje się odpowiednio przepisy o postępowaniu przed regionalnymi komisjami lekarskimi w pierwszej instancji.

§ 27. 1. Prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich podlega kontroli komisji lekarskich.

2. W celu kontroli komisja lekarska może:

1) przeprowadzić badanie lekarskie funkcjonariusza:
   b) w wyznaczonym miejscu,
   c) w miejscu jego pobytu;

2) skierować funkcjonariusza na badanie specjalistyczne;
3) zażądać od wystawiającego zaświadczenie lekarskie udostępnienia dokumentacji medycznej dotyczącej funkcjonariusza stanowiącej podstawę wydania zaświadczenia lekarskiego lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie;
4) zlecić wykonanie badań pomocniczych w wyznaczonym terminie.

3. Funkcjonariusz udostępnia posiadaną dokumentację medyczną lekarzowi przeprowadzającemu badanie, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 i 2.

§ 28. 1. Komisja lekarska zawiadamia funkcjonariusza o wyznaczonym terminie badania przez komisję lekarską albo lekarza konsultanta lub obowiązku dostarczenia posiadanych wyników badań pomocniczych. Wezwanie zawiera informację o skutkach niestawienia się na badanie lub niedoręczenia badań.

2. Komisja lekarska sporządza protokół badania według wzorów stanowiących załącznik do niniejszego rozporządzenia.

§ 29. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich, a w szczególności gdy zaświadczenie lekarskie zostało wystawione:
1) bez przeprowadzenia bezpośredniego badania funkcjonariusza,
2) bez udokumentowania rozpoznania stanowiącego podstawę orzeczonej czasowej niezdolności do służby

– komisja lekarska powiadamia lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

§ 30. Od orzeczenia regionalnej komisji lekarskiej przysługuje funkcjonariuszowi odwołanie do Centralnej Komisji Lekarskiej na zasadach określonych w przepisach dotyczących odwołań od orzeczeń regionalnej komisji lekarskiej, z tym że odwołanie wnosi się w terminie 7 dni od dnia doręczenia orzeczenia regionalnej komisji lekarskiej.

§ 31. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

PREZES RADY MINISTRÓW

Załączniki
do rozporządzenia
Prezesa Rady Ministrów
z dnia ... (poz. ...)

Załącznik nr 1

WZÓR

.....
(pieczęć nagłówkowa
organu kierującego)

..... dnia .....

KARTA SKIEROWANIA DO REGIONALNEJ KOMISJI LEKARSKIEJ

Nr .... AGENCJI .....
w .....

w celu: .....
1. Stopień[1)], imię i nazwisko, imiona rodziców, adres zamieszkania:
   .....
   .....
2. Data i miejsce urodzenia: ..... nr PESEL: .....
3. Przydział służbowy[1)] (jednostka organizacyjna; zajmowane stanowisko służbowe):
   .....
   .....
4. Funkcjonariusz przewidziany[2)]: .....
5. Data wstąpienia do służby: .....
6. Data zwolnienia ze służby: .....
7. Data powstania inwalidztwa; przyznana grupa inwalidztwa:
   .....
   .....
8. Uwagi: .....

.....
(imienna pieczątka i podpis
organu kierującego)

---

1) Dotyczy funkcjonariusza.

2) Należy wpisać jedną z następujących wskazówek:
   – do służby w grupie antyterrorystycznej,
   – do służby związanej z wykonywaniem czynności operacyjno-rozpoznawczych lub dochodzeniowo-śledczych,
   – do dalszej służby.

Załącznik nr 2

WZÓR

.....
(pieczęć nagłówkowa
komisji lekarskiej)

PROTOKÓŁ BADANIA Nr ..... /.....
..... KOMISJI LEKARSKIEJ Nr[1)] ..... AGENCJI .....
w .....

Dnia .....
Komisja w składzie: przewodniczący .....
członkowie: 1) .....
2) .....
dokonała badania lekarskiego osoby skierowanej przez: .....
.....

CZĘŚĆ A (dotyczy orzekania o zdolności do służby)

1. Imię, nazwisko, imiona rodziców: .....
2. Adres zamieszkania: .....
3. Stopień[2)]: .....
4. Przydział służbowy[2)]: .....
5. Data i miejsce urodzenia: ..... nr PESEL: .....
6. Wskazówka o przeznaczeniu do służby[3)]: .....
7. Data wstąpienia do służby[2/4)]: .....
8. Data zwolnienia ze służby[2/4)]: .....
9. Aktualnie wykonywana praca i jej charakter[4)]: .....
   .....
10. Nie pracuje od dnia[4)] ..... z powodu: ....
    .....
11. Tożsamość badanego stwierdzono na podstawie: .....
    .....
12. Skargi i wywiad chorobowy: .....
    .....
    .....
    .....
    .....
13. Czy i gdzie się leczył; czasowa niezdolność (okresy): .....
    .....
    .....
14. Wzrost: ..... cm. Waga: ..... kg. Ciśnienie tętnicze:
    ..... mmHg.
15. Stan przedmiotowy: .....
    .....
    .....
    .....

16. Wyniki badań specjalistycznych i dodatkowych: .....
.....
.....
.....
.....
17. Rozpoznanie:
a) schorzenia powodujące niezdolność do służby:
.....
.....
b) schorzenia współistniejące:
.....
.....
18. Kategoria zdolności do służby ustalona na podstawie: .....
.....
.....
19. Określenie uzupełniające ustaloną kategorię zdolności do służby: .....
.....
.....
20. Związek schorzeń (niezdolności do służby) ze służbą: .....
.....
.....
.....
.....
21. Uzasadnienie pkt 20: .....
.....
.....
.....
.....
22. Uwagi komisji lekarskiej; miejsce na zdanie odrębne: .....
.....
.....
.....
.....

CZĘŚĆ B (dotyczy orzekania o inwalidztwie)

I. Rozpoznanie

a) Schorzenia powodujące inwalidztwo:
.....
.....
.....
.....
b) Schorzenia współistniejące:
.....
.....

.....

II. Wskazania

1. Badany może wykonywać pracę zarobkową: .....
2. Przeciwwskazane są prace: .....
3. Badany wymaga: .....

III. Orzeczenie

1. Badany jest zdolny* - częściowo niezdolny* - całkowicie niezdolny* do pracy.
2. Badany wymaga* - nie wymaga* opieki innej osoby.
3. Zalicza się badanego do ..... grupy inwalidztwa.
4. Inwalidztwo pozostaje* - nie pozostaje* w związku ze służbą.
5. Inwalidztwo pozostaje* - nie pozostaje* w związku z chorobą* - wypadkiem* pozostającą(ym)* w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby.
6. Zalicza się badanego do ..... grupy inwalidztwa z tytułu schorzeń narządów ruchu* - wzroku* - słuchu*.
7. Inwalidztwo istnieje od: .....
8. Inwalidztwo jest trwałe* - okresowe*; termin badania kontrolnego*: .....
   Przed badaniem należy wykonać*: .....
   .....
   .....
   .....
9. Uwagi komisji lekarskiej; miejsce na zdanie odrębne: .....
   .....
   .....

IV. Uzasadnienie orzeczenia

dotyczące stanu inwalidztwa ..... ur. .....
.....
.....
.....
.....
.....

Członkowie komisji lekarskiej:

1. .....
2. .....

Przewodniczący komisji lekarskiej:

.....
(imienna pieczątka i podpis)

mp.

.....
(data)

*** Niepotrzebne skreślić.**

STANOWISKO CENTRALNEJ KOMISJI LEKARSKIEJ AGENCJI .....

Członkowie komisji lekarskiej:
1. .....
2. .....

Przewodniczący komisji lekarskiej:

.....
(imienna pieczątka i podpis)

mp.

.....
(data)

---

1) Nr wpisuje właściwa regionalna komisja lekarska.
2) Dotyczy funkcjonariusza.
3) Wpisuje się wskazówkę dotyczącą kandydata lub funkcjonariusza zawartą w skierowaniu do komisji lekarskiej.
4) Dotyczy inwalidy.

Załącznik nr 3

WZÓR

....
(pieczęć nagłówkowa komisji lekarskiej) (miejscowość i data)

ORZECZENIE Nr ..... / .....
..... KOMISJI LEKARSKIEJ Nr[1)] ..... AGENCJI .....
w .....

W sprawie Pana(i): ..... data urodzenia: .....
adres zamieszkania: .....
orzeczeniem ..... Komisji Lekarskiej nr[1)] ... AGENCJI ...
w ..... stwierdzono, co następuje:

1. Stopień zdolności do służby: .....
   Badany jest zdolny* - częściowo niezdolny* - całkowicie niezdolny* do pracy.
2. Związek schorzeń (niezdolności do służby) ze służbą: istnieje* - nie istnieje*.
3. Nie stwierdzono podstaw do zaliczenia badanego do jednej z grup inwalidztwa* - zalicza się badanego do ..... grupy inwalidztwa*.
4. Inwalidztwo pozostaje* - nie pozostaje* w związku ze służbą.
5. Inwalidztwo pozostaje* - nie pozostaje* w związku z chorobą* - wypadkiem* pozostającą(ym)* w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby.
6. Zalicza się badanego do ..... grupy inwalidztwa z tytułu schorzeń narządów ruchu* - wzroku* - słuchu*.
7. Badany wymaga* - nie wymaga* opieki innej osoby.
8. Inwalidztwo istnieje od: .....
9. Inwalidztwo jest trwałe* - okresowe*; termin badania kontrolnego*: .....
   Przed badaniem należy wykonać*: .....
10. Uzasadnienie .....
    .....

*** Niepotrzebne skreślić.**

POUCZENIE

Od orzeczenia regionalnej komisji lekarskiej przysługuje odwołanie do Centralnej Komisji Lekarskiej Agencji .... w terminie 14 dni od dnia otrzymania

orzeczenia. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem regionalnej komisji lekarskiej, która wydała orzeczenie.
Orzeczenie regionalnej komisji lekarskiej, od którego w terminie nie wniesiono odwołania, jest prawomocne.
Orzeczenie wydane przez Centralną Komisję Lekarską Agencji .... jest prawomocne i nie przysługuje od niego odwołanie[2].

Członkowie komisji lekarskiej:
1 ..... mp.

Przewodniczący komisji lekarskiej:
.....
(imienna pieczątka i podpis)

2. .....

Stanowisko Centralnej Komisji Lekarskiej Agencji .....
.....
Centralna Komisja Lekarska Agencji .....:
- utrzymuje w mocy orzeczenie nr ... regionalnej komisji lekarskiej nr... Agencji ..... w .....[3]
- uchyla orzeczenie nr ... regionalnej komisji lekarskiej nr .. Agencji ..... w ..... i zarządza ponowne przeprowadzenie czynności orzeczniczych przez regionalną komisję lekarską nr ... Agencji .... w .....[3]

Uzasadnienie stanowiska Centralnej Komisji Lekarskiej Agencji .....:

.....
.....
.....
.....

Członkowie komisji lekarskiej:
1. .....

Przewodniczący komisji lekarskiej:
.....
(imienna pieczątka i podpis)

2. .....

mp.

.....
(data)

---

1) Nr wpisuje właściwa regionalna komisja lekarska.
2) Dotyczy wyłącznie orzeczenia wydanego przez Centralną Komisję Lekarską.
3) Niepotrzebne skreślić.

Załącznik nr 4

WZÓR

.....
(pieczęć nagłówkowa
komisji lekarskiej)

ORZECZENIE Nr ..... / .....
..... KOMISJI LEKARSKIEJ Nr[1)] ..... AGENCJI .....
w .....

Dnia .....
Komisja w składzie: przewodniczący .....
członkowie: 1) .....
2) .....
na wniosek: .....
w sprawie ustalenia związku śmierci ze służbą stwierdza:
1. Imię, nazwisko i imiona rodziców: .....
2. Adres zamieszkania: .....
3. Stopień[2)]: .....
4. Przydział służbowy[2)]:.....
5. Data i miejsce urodzenia: ..... nr PESEL: .....
6. Data wstąpienia do służby: .....
7. Data zwolnienia ze służby: .....
8. Data zgonu: .....
9. Przyczyna zgonu (na podstawie dokumentacji): .....
.....
10. Związek śmierci ze służbą: .....
11. Uzasadnienie pkt 10: .....
.....
.....
.....

POUCZENIE

Od orzeczenia regionalnej komisji lekarskiej przysługuje odwołanie do Centralnej Komisji Lekarskiej Agencji .... w terminie 14 dni od dnia otrzymania orzeczenia. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem regionalnej komisji lekarskiej, która wydała orzeczenie.
Orzeczenie regionalnej komisji lekarskiej, od którego w terminie nie wniesiono odwołania, jest prawomocne.
Orzeczenie wydane przez Centralną Komisję Lekarską Agencji ...
.....jest prawomocne
i nie przysługuje od niego odwołanie[3)].

Członkowie komisji lekarskiej:
1 .....
2. .....

Przewodniczący komisji lekarskiej:
.....
(imienna pieczątka i podpis)

mp.

.....
(data)

Stanowisko Centralnej Komisji Lekarskiej Agencji .....
.....

Centralna Komisja Lekarska Agencji .....:
- utrzymuje w mocy orzeczenie nr ... regionalnej komisji lekarskiej nr ... Agencji ..... w .....[4)]
- uchyla orzeczenie nr ... regionalnej komisji lekarskiej nr .. Agencji ..... w ..... i zarządza ponowne przeprowadzenie czynności orzeczniczych przez regionalną komisję lekarską nr ... Agencji .... w .....[4)]

Uzasadnienie stanowiska Centralnej Komisji Lekarskiej Agencji
.....:

.....
.....
.....
.....

Członkowie komisji lekarskiej:
1. .....
2. .....

Przewodniczący komisji lekarskiej:
.....
(imienna pieczątka i podpis)

mp.

.....
(data)

---

1) Nr wpisuje właściwa regionalna komisja lekarska.
2) Dotyczy funkcjonariusza.
3) Dotyczy wyłącznie orzeczenia wydanego przez Centralną Komisję Lekarską.
4) Niepotrzebne skreślić.

Załącznik nr 5

WZÓR

REJESTR ORZECZEŃ

.....KOMISJI LEKARSKIEJ Nr[1)] ...
AGENCJI .....
w .....

Rok .....
Rozpoczęto .....
Zakończono .....

Lp. (numer orzeczenia)	Data	Stopień[2)], imię i nazwisko	Data i miejsce urodzenia	Przydział służbowy[2)]	Wskazówka o przeznaczeniu do służby[3)]	Orzeczenie komisji lekarskiej (z określeniem zdolności do służby)	Związek schorzeń ze służbą	Orzeczona grupa inwalidztwa; związek inwalidztwa ze służbą	Termin kontrolnego badania lekarskiego	% uszczerbku na zdrowiu (z określeniem podstawy ustalenia)	Podpisy członków składu orzekającego	Podpis potwierdzający odbiór orzeczenia
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

1) Nr wpisuje właściwa regionalna komisja lekarska.
2) Dotyczy funkcjonariusza.
3) Wpisuje się wskazówkę dotyczącą kandydata lub funkcjonariusza zawartą w skierowaniu do komisji lekarskiej.

Załącznik nr 6

WZÓR

..... Egz. nr .....
(pieczęć nagłówkowa
komisji lekarskiej)

.....
(miejscowość, data)

ZAWIADOMIENIE NR .....
CENTRALNEJ KOMISJI LEKARSKIEJ
AGENCJI .....

Centralna Komisja Lekarska Agencji ..... w Warszawie zawiadamia, iż orzeczenie regionalnej komisji lekarskiej nr ..... Agencji .....
w ..... z dnia .....
zostało utrzymane w mocy[1)] - uchylone[1)] przez Centralną Komisję Lekarską Agencji[2)].....
.....
.....
.....
.....

Przewodniczący Centralnej Komisji
Lekarskiej Agencji .....

.....
(pieczątka imienna i podpis)

---

1) Niepotrzebne skreślić.
2) Wypełnia się w przypadku uchylenia orzeczenia regionalnej komisji lekarskiej, podając dalszy tok czynności orzeczniczych.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie orzekania przez komisje lekarskie Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 59a ust. 11 ustawy z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu (Dz. U. z 2010 r. Nr 29, poz. 154, z późn. zm).

Przedmiotowe rozporządzenie reguluje:

1) właściwość i tryb postępowania komisji lekarskich Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu w sprawach o których mowa w art. 59a ust. 1 ustawy z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu, zwanej dalej „ustawą”,
2) tryb kierowania do komisji lekarskich, o których mowa w pkt 1, oraz podmioty właściwe w tych sprawach,
3) szczegółowy sposób orzekania w sprawach, o których mowa w art. 59a ust. 1 ustawy,
4) niezbędną dokumentację medyczną i inne dokumenty mogące stanowić podstawę orzekania przez komisje lekarskie, o których mowa w pkt 1,
5) wzory orzeczeń komisji lekarskich, o których mowa w pkt 1, w tych sprawach.

Zgodnie z § 3 komisje lekarskie podległe Szefowi odpowiednio ABW oraz AW będą dwuinstancyjne.

W § 4 ustalono podmioty właściwe w sprawie kierowania do komisji lekarskich podległych Szefowi odpowiednio ABW oraz AW, jak również przypadki kierowania z urzędu lub na własną prośbę do tych komisji.

W § 6 określono właściwość regionalnych oraz Centralnej Komisji Lekarskiej.

Od § 6 do § 17 wprowadzono regulacje dotyczące trybu postępowania przed komisjami lekarskimi właściwej Agencji.

Od § 18 do § 23 określono tryb odwoławczy od orzeczeń regionalnych komisji lekarskich do Centralnej Komisji Lekarskiej.

Ponadto przedmiotowe rozporządzenie określa niezbędną dokumentację medyczną oraz inne dokumenty mogące stanowić podstawę do wydania orzeczenia zarówno przez regionalne jak i Centralną Komisję Lekarską.

Przedmiotowe rozporządzenie określa również wzory orzeczeń komisji lekarskich podległych Szefowi odpowiednio ABW oraz AW.

Ponadto w rozporządzeniu ustalono tryb kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby z powodu choroby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego.

Projekt rozporządzenia nie podlega notyfikacji zgodnie z trybem przewidzianym w przepisach dot. sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych, ponieważ nie zawiera przepisów technicznych.

Projekt rozporządzenia nie był przedstawiany instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu, celem uzyskania opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia, ponieważ przepisy przedmiotowego rozporządzenia pozostają poza zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia zostanie udostępniony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej ABW, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).

Przedmiot regulacji pozostaje poza zakresem prawa Unii Europejskiej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI (OSR)

1. Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny

Przedmiotowy projekt rozporządzenia był konsultowany z zainteresowanymi jednostkami organizacyjnymi ABW oraz AW. Rozwiązania prawne przyjęte w projekcie rozporządzenia dotyczą wyłącznie funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu oraz emerytów i rencistów policyjnych.

2. Wyniki przeprowadzonych konsultacji społecznych

Wąski zakres podmiotowy rozporządzenia oraz brak szerszych skutków społecznych, jakie może wywołać wejście w życie omawianej regulacji, spowodował odstąpienie od poddawania go konsultacjom społecznym.

3. Wpływ aktu normatywnego na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Przedmiotowy projekt nie wpłynie na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ aktu normatywnego na rynek pracy

Wejście w życie przedmiotowego projektu nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ aktu normatywnego na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Przedmiotowy projekt nie będzie miał wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ aktu normatywnego na sytuację i rozwój regionalny

Przedmiotowy projekt nie będzie miał wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wskazanie źródeł finansowania

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa, w części której dysponentem jest Szef ABW lub Szef AW. Nowa instytucja, jaką jest kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do służby lub prawidłowości wykorzystania zwolnienia lekarskiego będzie się odbywała w ramach istniejących już struktur komisji lekarskich podległych Szefowi odpowiednio ABW oraz AW.

6-06-dg

Projekt

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI

z dnia

w sprawie przeprowadzania testu sprawności fizycznej
w Służbie Więziennej

Na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2014 r. poz. 173) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Rozporządzenie określa zakres i sposób przeprowadzania testu sprawności fizycznej.

2. Test sprawności fizycznej dla:

1) kandydatów do Służby Więziennej, zwanych dalej „kandydatami”, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia;

2) dla funkcjonariuszy Służby Więziennej, zwanych dalej „funkcjonariuszami”, określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 2. 1. Testy sprawności fizycznej kandydatów i funkcjonariuszy przeprowadza się w zakładach karnych, aresztach śledczych, Centralnym Ośrodku Szkolenia Służby Więziennej, ośrodkach szkolenia Służby Więziennej lub ośrodkach doskonalenia kadr Służby Więziennej wyznaczonych przez organy Służby Więziennej, o których mowa w art. 7 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej.

2. W uzasadnionych przypadkach możliwe jest przeprowadzenie testów sprawności fizycznej w innych miejscach, w szczególności w obiektach lub halach sportowych.

3. Za przeprowadzenie testu sprawności fizycznej odpowiada kierownik jednostki, w której funkcjonariusz pełni służbę lub kandydat został zakwalifikowany.

§ 3. 1. Funkcjonariusz albo pracownik Służby Więziennej, zwany dalej „pracownikiem”, realizujący zagadnienia kadrowe ustala datę oraz miejsce testu sprawności fizycznej kandydata, testu sprawności fizycznej funkcjonariusza oraz poprawkowego testu sprawności fizycznej i informuje o tym kandydata lub funkcjonariusza.

2. Kandydat przystępuje do testu sprawności fizycznej po uzyskaniu zaświadczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 39 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej.

3. Pozytywna ogólna ocena sprawności fizycznej kandydata stanowi podstawę do skierowania kandydata do komisji lekarskiej.

§ 4. 1. Test sprawności fizycznej funkcjonariuszy przeprowadza się co najmniej raz na cztery lata, z tym że funkcjonariuszom pełniącym służbę na stanowiskach w wyspecjalizowanej grupie interwencyjnej zabezpieczającej bezpieczeństwo jednostek organizacyjnych i konwojów nie rzadziej niż raz na dwa lata.

2. Testowi, o którym mowa w ust. 1, podlegają również funkcjonariusze w wieku powyżej 50 roku życia, którzy nie osiągnęli 25 lat służby lub wykonują zadania z zakresu ochrony jednostek organizacyjnych Służby Więziennej.

§ 5. 1. Test sprawności fizycznej funkcjonariuszy przeprowadza się w terminie:

1) od dnia 1 kwietnia do dnia 31 maja;

2) od dnia 15 września do dnia 30 października – dla funkcjonariuszy, którzy nie uzyskali pozytywnej oceny w terminie, o którym mowa w pkt 1, lub z powodu usprawiedliwionej nieobecności nie uczestniczyli w teście sprawności fizycznej, w terminie, o którym mowa w pkt 1.

2. Test sprawności fizycznej kandydatów przeprowadza się w terminach wyznaczonych przez kierownika jednostki, o którym mowa w § 2 ust. 2.

3. Test sprawności fizycznej funkcjonariuszy powinien być przeprowadzony w godzinach pełnienia służby.

4. Funkcjonariusze, którzy z powodu nieusprawiedliwionej nieobecności nie uczestniczyli w teście sprawności fizycznej w terminie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, uzyskują ocenę negatywną z testu sprawności fizycznej, którą uwzględnia się przy sporządzaniu opinii służbowej.

5. Funkcjonariusz, który uzyskał negatywną ogólną ocenę sprawności fizycznej przystępuje do poprawkowego testu sprawności fizycznej.

§ 6. 1. Wyniki testu sprawności fizycznej kandydata oraz ogólną ocenę sprawności fizycznej kandydata wpisuje się do „Indywidualnej karty sprawności fizycznej kandydata do Służby Więziennej”, której wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

2. Wyniki testu sprawności fizycznej funkcjonariusza oraz ogólną ocenę sprawności fizycznej funkcjonariusza wpisuje się do „Indywidualnej karty sprawności fizycznej funkcjonariusza Służby Więziennej”, której wzór określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 7. Wyniki testów sprawności fizycznej oraz ogólna ocena sprawności fizycznej funkcjonariusza wpisane do indywidualnej karty sprawności fizycznej kandydata do Służby Więziennej i indywidualnej karty sprawności fizycznej funkcjonariusza Służby Więziennej, na podstawie dotychczasowych przepisów, zachowują ważność, jednak na czas nie dłuższy niż przez okres 36 miesięcy od daty ich przeprowadzenia.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.[2)]

MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI

[2)] Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2011 r. w sprawie wymagań w zakresie zdolności fizycznej i psychicznej do Służby Więziennej (Dz. U. Nr 20, poz. 108), które traci moc z dniem wejścia w życie art. … ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. …).

Załączniki
do rozporządzenia
Ministra Sprawiedliwości
z dnia ... (poz. ...)

Załącznik nr 1

TEST SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ KANDYDATA DO SŁUŻBY WIĘZIENNEJ

Test sprawności fizycznej składa się z 4 prób. Przeznaczony jest dla kandydatów ubiegających się o przyjęcie do Służby Więziennej. Zawarte w teście próby: siły, mocy, zwinności i szybkości są miernikami zdolności motorycznych człowieka.

OGÓLNE ZASADY PROWADZENIA PRÓB SPRAWNOŚCIOWYCH

We wszystkich próbach badani występują w stroju sportowym. Próby przeprowadza się w następującej kolejności: próba siły, mocy, zwinności i szybkości. Przed przystąpieniem do prób należy przeprowadzić rozgrzewkę, w której będą zawarte elementy ruchowe występujące w poszczególnych próbach sprawnościowych. Wszystkie próby przeprowadzone powinny być w sali sportowej, z wyjątkiem próby siły i mocy, które mogą być przeprowadzone na powietrzu (boisko). Próby składające się na test sprawności fizycznej określają następujące zdolności motoryczne :

1) rzut piłką lekarską 2 kg - mierzymy siłę dynamiczną kosztem napięcia wielu grup mięśniowych;
2) skok w dal z miejsca - mierzymy moc (skoczność), czyli zdolność do szybkiego i maksymalnego wykorzystania siły w krótkim czasie;
3) bieg zygzakiem w prostokącie 3 x 5 m - mierzymy zwinność. Określamy zdolność do szybkiej zmiany kierunku ruchu ciała i jego części, pozycji i postaw;
4) bieg 10 x 10 m (mężczyźni) i bieg 6 x 10 m (kobiety) - mierzymy szybkość, czyli zdolność do wykonywania ruchów z dużą szybkością i częstotliwością.

OPIS, NORMY I WARUNKI PRZEPROWADZANIA PRÓB SPRAWNOŚCIOWYCH.

1) PRÓBA SIŁY - RZUT PIŁKĄ LEKARSKĄ - 2 kg

a) sposób wykonania:

Przyrządy i przybory: piłki lekarskie 2 kg, taśma miernicza, kreda.

Miejsce: sala gimnastyczna, boisko.

Po wyznaczeniu linii rzutów badany staje przodem przed linią w lekkim rozkroku. Stopy ustawione równolegle do linii, piłkę trzyma oburącz. Wykonuje lekkie ugięcie nóg w stawach kolanowych oraz zamach rękoma, z jednoczesnym skłonem tułowia w tył. Energicznie wyrzuca piłkę łagodnym łukiem w przód. Jeżeli badany przekroczy linię wyrzutu lub oderwie nogi od podłoża, rzut uznaje się za nieważny. Badany wykonuje trzy rzuty, z których zaliczany jest najdalszy. Pomiaru dokonuje się z dokładnością do 10 cm. Przed przystąpieniem do próby badany ma prawo do wykonania 2 rzutów próbnych. Badany wykonuje 3 rzuty konkursowe, z czego zalicza się najlepszy.

b) punktacja wyników:

Lp.	Mężczyźni (wynik)	Punkty	Kobiety (wynik)
1	15.00	100	12.00
2	14.90	99	11.90
3	14.80	98	11.80
4	14.70	97	11.70
5	14.60	96	11.60
6	14.50	95	11.50
7	14.40	94	11.40
8	14.30	93	11.30
9	14.20	92	11.20
10	14.10	91	11.10

11	14.00	90	11.00
12	13.90	89	10.90
13	13.80	88	10.80
14	13.70	87	10.70
15	13.60	86	10.60
16	13.50	85	10.50
17	13.40	84	10.40
18	13.30	83	10.30
19	13.20	82	10.20
20	13.10	81	10.10
21	13.00	80	10.00
22	12.90	79	9.90
23	12.80	78	9.80
24	12.70	77	9.70
25	12.60	76	9.60
26	12.50	75	9.50
27	12.40	74	9.40
28	12.30	73	9.30
29	12.20	72	9.20
30	12.10	71	9.10
31	12.00	70	9.00
32	11.90	69	8.90
33	11.80	68	8.80
34	11.70	67	8.70
35	11.60	66	8.60
36	11.50	65	8.50
37	11.40	64	8.40
38	11.30	63	8.30
39	11.20	62	8.20
40	11.10	61	8.10
41	11.00	60	8.00
42	10.90	59	7.90
43	10.80	58	7.80
44	10.70	57	7.70
45	10.60	56	7.60
46	10.50	55	7.50
47	10.40	54	7.40
48	10.30	53	7.30
49	10.20	52	7.20
50	10.10	51	7.10
51	10.00	50	7.00
52	9.90	49	6.90
53	9.80	48	6.80

54	9.70	47	6.70
55	9.60	46	6.60
56	9.50	45	6.50
57	9.40	44	6.40
58	9.30	43	6.30
59	9.20	42	6.20
60	9.10	41	6.10
61	9.00	40	6.00
62	8.90	39	5.90
63	8.80	38	5.80
64	8.70	37	5.70
65	8.60	36	5.60
66	8.50	35	5.50
67	8.40	34	5.40
68	8.30	33	5.30
69	8.20	32	5.20
70	8.10	31	5.10
71	8.00	30	5.00

2) PRÓBA MOCY - SKOK W DAL Z MIEJSCA

a) sposób wykonania:

Przyrządy i przybory: kreda, taśma miernicza.

Miejsce: sala gimnastyczna, boisko.

Badany staje w małym rozkroku z ustawionymi równolegle stopami przed wyznaczoną linią, następnie pochyla tułów, ugina nogi (półprzysiad), z równoczesnym zamachem obu rąk dołem w tył, po czym wykonuje wymach rąk w przód i odbijając się jednocześnie energicznie od podłoża skacze jak najdalej. Długość skoku mierzy się od wyznaczonej linii do najbliższego śladu pozostawionego przez piętę skaczącego. Jeżeli skaczący po wykonaniu skoku przewróci się do tyłu, to skok powtarza. Próbę wykonuje się trzy razy, zaliczając najlepszy wynik.

b) punktacja wyników:

Lp.	Mężczyźni (wynik)	Punkty	Kobiety (wynik)
1	240	100	170
2	239	99	169
3	238	98	168
4	237	97	167
5	236	96	166
6	235	95	165
7	234	94	164
8	233	93	163
9	232	92	162
10	231	91	161
11	230	90	160
12	229	89	159
13	228	88	158
14	227	87	157

15	226	86	156
16	225	85	155
17	224	84	154
18	223	83	153
19	222	82	152
20	221	81	151
21	220	80	150
22	219	79	149
23	218	78	148
24	217	77	147
25	216	76	146
26	215	75	145
27	214	74	144
28	213	73	143
29	212	72	142
30	211	71	141
31	210	70	140
32	209	69	139
33	208	68	138
34	207	67	137
35	206	66	136
36	205	65	135
37	204	64	134
38	203	63	133
39	202	62	132
40	201	61	131
41	200	60	130
42	199	59	129
43	198	58	128
44	197	57	127
45	196	56	126
46	195	55	125
47	194	54	124
48	193	53	123
49	192	52	122
50	191	51	121
51	190	50	120
52	189	49	119
53	188	48	118
54	187	47	117
55	186	46	116
56	185	45	115
57	184	44	114

58	183	43	113
59	182	42	112
60	181	41	111
61	180	40	110
62	179	39	109
63	178	38	108
64	177	37	107
65	176	36	106
66	175	35	105
67	174	34	104
68	173	33	103
69	172	32	102
70	171	31	101
71	170	30	100

3) PRÓBA ZWINNOŚCI - BIEG ZYGZAKIEM W PROSTOKĄCIE 3 x 5 m

a) sposób wykonania:

Przyrządy i przybory: taśma miernicza, kreda, 5 palików (chorągiewek), stoper.

Miejsce: sala gimnastyczna.

Bieg „zygzakiem" przeprowadzany jest na trasie usytuowanej w prostokącie 5 x 3 m. We wszystkich rogach prostokąta oraz na przecięciu przekątnych umieszczone są paliki (chorągiewki) mające około 1,5 m wysokości. Osoba badana startuje z pozycji wykrocznej - wysoki start - omijając paliki (chorągiewki), a następnie biegnie po wyznaczonej trasie. Próba ta obejmuje trzykrotne przebiegnięcie trasy. Czas mierzymy z dokładnością do 0,1 s.

Próbę wykonuje się 1 raz.

b) punktacja wyników:

Lp.	Mężczyźni (wynik)	Punkty	Kobiety (wynik)
1	22,0	100	24,0
2	22,1	99	24,1
3	22,2	98	24,2
4	22,3	97	24,3
5	22,4	96	24,4
6	22,5	95	24,5
7	22,6	94	24,6
8	22,7	93	24,7
9	22,8	92	24,8
10	22,9	91	24,9
11	23,0	90	25,0
12	23,1	89	25,1
13	23,2	88	25,2
14	23,3	87	25,3
15	23,4	86	25,4
16	23,5	85	25,5
17	23,6	84	25,6

18	23,7	83	25,7
19	23,8	82	25,8
20	23,9	81	25,9
21	24,0	80	26,0
22	24,1	79	26,1
23	24,2	78	26,2
24	24,3	77	26,3
25	24,4	76	26,4
26	24,5	75	26,5
27	24,6	74	26,6
28	24,7	73	26,7
29	24,8	72	26,8
30	24,9	71	26,9
31	25,0	70	27,0
32	25,1	69	27,1
33	25,2	68	27,2
34	25,3	67	27,3
35	25,4	66	27,4
36	25,5	65	27,5
37	25,6	64	27,6
38	25,7	63	27,7
39	25,8	62	27,8
40	25,9	61	27,9
41	26,0	60	28,0
42	26,1	59	28,1
43	26,2	58	28,2
44	26,3	57	28,3
45	26,4	56	28,4
46	26,5	55	28,5
47	26,6	54	28,6
48	26,7	53	28,7
49	26,8	52	28,8
50	26,9	51	28,9
51	27,0	50	29,0
52	27,1	49	29,1
53	27,2	48	29,2
54	27,3	47	29,3
55	27,4	46	29,4
56	27,5	45	29,5
57	27,6	44	29,6
58	27,7	43	29,7
59	27,8	42	29,8
60	27,9	41	29,9

61	28,0	40	30,0
62	28,1	39	30,1
63	28,2	38	30,2
64	28,3	37	30,3
65	28,4	36	30,4
66	28,5	35	30,5
67	28,6	34	30,6
68	28,7	33	30,7
69	28,8	32	30,8
70	28,9	31	30,9
71	29,0	30	31,0

4) PRÓBA SZYBKOŚCI: BIEG WAHADŁOWY 10 x 10 m - MĘŻCZYŹNI; BIEG WAHADŁOWY 6 x 10 m - KOBIETY

a) sposób wykonania:

Przyrządy i przybory: dwa paliki (chorągiewki), kreda, stoper, taśma miernicza.

Miejsce: sala gimnastyczna.

Należy ustawić dwa paliki (chorągiewki) w odległości 10 metrów od siebie. Wykreślić linię startu przy pierwszym paliku (chorągiewce), która jest jednocześnie linią startu i mety. Badany staje przed linią startu. Na sygnał biegnie szybko w kierunku drugiego palika (chorągiewki) i obiega go. Biegnący pokonuje łącznie 10 odcinków 10 - metrowych, co daje sumę odcinka 100 metrów. Dla kobiet trasa biegu wynosi 6x10 metrów, co daje sumę 60 metrów. Czas mierzymy z dokładnością do 0,1 s. Próbę wykonuje się tylko jeden raz. Warunki wykonania próby dla kobiet są identyczne jak dla mężczyzn.

b) punktacja wyników:

Lp.	**Mężczyźni (wynik)**	**Punkty**	**Kobiety (wynik)**
1	27,5	100	17,5
2	27,6	99	17,6
3	27,7	98	17,7
4	27,8	97	17,8
5	27,9	96	17,9
6	28,0	95	18,0
7	28,1	94	18,1
8	28,2	93	18,2
9	28,3	92	18,3
10	28,4	91	18,4
11	28,5	90	18,5
12	28,6	89	18,6
13	28,7	88	18,7
14	28,8	87	18,8
15	28,9	86	18,9
16	29,0	85	19,0
17	29,1	84	19,1
18	29,2	83	19,2
19	29,3	82	19,3
20	29,4	81	19,4

21	29,5	80	19,5
22	29,6	79	19,6
23	29,7	78	19,7
24	29,8	77	19,8
25	29,9	76	19,9
26	30,0	75	20,0
27	30,1	74	20,1
28	30,2	73	20,2
29	30,3	72	20,3
30	30,4	71	20,4
31	30,5	70	20,5
32	30,6	69	20,6
33	30,7	68	20,7
34	30,8	67	20,8
35	30,9	66	20,9
36	31,0	65	21,0
37	31,1	64	21,1
38	31,2	63	21,2
39	31,3	62	21,3
40	31,4	61	21,4
41	31,5	60	21,5
42	31,6	59	21,6
43	31,7	58	21,7
44	31,8	57	21,8
45	31,9	56	21,9
46	32,0	55	22,0
47	32,1	54	22,1
48	32,2	53	22,2
49	32,3	52	22,3
50	32,4	51	22,4
51	32,5	50	22,5
52	32,6	49	22,6
53	32,7	48	22,7
i 54	32,8	47	22,8
55	32,9	46	22,9
. 56	33,0	45	23,0
57	33,1	44	23,1
58	33,2	43	23,2
59	33,3	42	23,3
60	33,4	41	23,4
61	33,5	40	23,5
62	33,6	39	23,6
63	33,7	38	23,7

64	33,8	37	23,8
65	33,9	36	23,9
66	34,0	35	24,0
67	34,1	34	24,1
68	34,2	33	24,2
69	34,3	32	24,3
70	34,4	31	24,4
71	34,5	30	25,0

PUNKTACJA KOŃCOWA I OCENY

a) mężczyźni:

Lp.	**OCENA**	**WIEK**	
		do 28 lat	**29 lat i więcej**
		punkty	**punkty**
1	**5,0**	**300 i wyżej**	**270 i wyżej**
2	**4,5**	**270 - 299**	**240 - 269**
3	**4,0**	**240 - 269**	**210 - 239**
4	**3,5**	**220 - 239**	**190 - 209**
5	**3,0**	**210 - 219**	**180 - 189**
6	**2,0**	**poniżej 210**	**poniżej 180**

b) kobiety:

Lp.	**OCENA**	**WIEK**	
		do 28 lat	**29 lat i więcej**
		punkty	**punkty**
1	**5,0**	**290 i wyżej**	**270 i wyżej**
2	**4,5**	**260 - 289**	**240 - 269**
3	**4,0**	**230 - 259**	**210 - 239**
4	**3,5**	**210 - 229**	**190 - 209**
5	**3,0**	**200 - 209**	**180 - 189**
6	**2,0**	**poniżej 200**	**poniżej 180**

Załącznik nr 2

TEST SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ FUNKCJONARIUSZA SŁUŻBY WIĘZIENNEJ

Test składa się z pięciu prób sprawnościowych umożliwiających dokonanie pomiaru podstawowych zdolności motorycznych, tj. szybkości, zwinności, siły, mocy (skoczności) oraz gibkości. Konstrukcja testu zakłada realizację następujących celów:

- możliwość dokonywania bieżącej oceny sprawności fizycznej funkcjonariuszy w trakcie trwania kariery zawodowej,
- motywowanie funkcjonariuszy do podejmowania inicjatyw ukierunkowanych na troskę o własną sprawność fizyczną.

Przy określaniu wymagań dotyczących poziomu poszczególnych zdolności motorycznych uwzględniono kryterium wieku (podział na grupy wiekowe) oraz rodzaj i zakres wykonywanych czynności (podział uwzględniający przynależność do działu służby).

I. ORGANIZACJA I SPOSÓB PRZEPROWADZANIA TESTU

Do przeprowadzenia testu sprawności fizycznej ogólnej dla funkcjonariuszy Służby Więziennej ustala się podział na następujące grupy wiekowe:

1) specjalizacja pozaochronna:

I - do 29 lat
II - 30 - 39 lat
III - 40 - 49 lat

2) Specjalizacja ochronna:

I - do 29 lat
II - 30 - 39 lat
III - 40 - 49 lat
IV - 50 i więcej lat

II. OPIS PRZEPROWADZANIA POSZCZEGÓLNYCH PRÓB SPRAWNOŚCIOWYCH, NORMY I OCENY SPRAWNOŚCI

Poziom sprawności fizycznej ogólnej funkcjonariusza ocenia się na podstawie wyników przeprowadzonych prób sprawnościowych. Test umożliwia dokonanie pomiaru następujących zdolności motorycznych: szybkości, zwinności, mocy (skoczności), gibkości, siły. Próby należy przeprowadzać w następującej kolejności:

a) moc (skoczność) - skok w dal z miejsca,
b) siła - rzut piłką lekarską 2 kg przodem,
c) gibkość - skłon tułowia w przód (postawa stojąc),
d) zwinność - bieg zygzakiem w prostokącie 3 x 5 m,
e) szybkość - bieg wahadłowy 10 x 10 - mężczyźni,
f) bieg wahadłowy 6 x 10 - kobiety; dział ochrony od 50 roku życia bieg wahadłowy 6 x 10 kobiety i mężczyźni.

1) PRÓBA SIŁY - RZUT PIŁKĄ LEKARSKĄ 2 kg

a) sposób wykonania:

Przyrządy i przybory: piłka lekarska 2 kg, taśma miernicza.

Po wyznaczeniu linii rzutów, badany staje przodem przed linią w lekkim rozkroku. Stopy ustawione równolegle do linii, piłkę trzyma oburącz. Wykonuje lekkie ugięcie nóg w stawach kolanowych oraz zamach rękoma z jednoczesnym skłonem tułowia w tył. Energicznie wyrzuca piłkę łagodnym łukiem w przód. Jeżeli badany przekroczy linię wyrzutu lub oderwie nogi od podłoża, rzut uznaje się za nieważny. Pomiaru dokonuje się z dokładnością do 10 cm. Przed przystąpieniem do próby badany ma prawo do wykonania 2 rzutów próbnych. Badany wykonuje 3 rzuty konkursowe, z czego zalicza się najlepszy.

b) punktacja wyników:

- **mężczyźni**:

Lp.	Ocena	Wynik	Punkty
1	negatywna	poniżej 8 m	0
2	przeciętna	8 m	1

3	dostateczna	8,00 - 9,50	2
4	dobra	9,60 - 10,90	3
5	bardzo dobra	11,00 - 12,50	4
6	wysoka	12,60 - 14,90	5
7	bardzo wysoka	15 m i dalej	6

- **kobiety**:

Lp.	Ocena	Wynik	Punkty
1	negatywna	poniżej 4 m	0
2	przeciętna	4 m	1
3	dostateczna	4,00 - 5,50	2
4	dobra	5,60 - 6,90	3
5	bardzo dobra	7,00 - 8,50	4
6	wysoka	8,60 - 10,90	5
7	bardzo wysoka	11 m i dalej	6

2) PRÓBA MOCY - SKOK W DAL Z MIEJSCA

a) sposób wykonania:

Przyrządy i przybory: kreda, taśma miernicza.

Badany staje w małym rozkroku z ustawionymi równolegle stopami przed wyznaczoną linią, następnie pochyla tułów do przodu, ugina nogi (półprzysiad) z równoczesnym zamachem obu rąk dołem w tył, po czym wykonuje wymach rąk wprzód i odbijając się jednocześnie energicznie od podłoża, skacze jak najdalej. Długość skoku mierzy się od wyznaczonej linii do najbliższego śladu pozostawionego przez piętę skaczącego. Jeżeli skaczący po wykonaniu skoku przewróci się do tyłu, wówczas skok powtarza. Próbę wykonuje się 3 razy, zaliczając najlepszy wynik.

b) punktacja wyników:

- **mężczyźni:**

Lp.	Ocena	Wynik	Punkty
1	negatywna	poniżej 150 cm	0
2	przeciętna	150 - 159 cm	1
3	dostateczna	160 - 179	2
4	dobra	180 - 199	3
5	bardzo dobra	200 - 219	4
6	wysoka	220 - 244	5
7	bardzo wysoka	245 cm i dalej	6

- **kobiety:**

Lp.	Ocena	Wynik	Punkty
1	negatywna	poniżej 80 cm	0
2	przeciętna	80 - 90 cm	1
3	dostateczna	90 - 109	2
4	dobra	110 - 129	3
5	bardzo dobra	130 - 149	4
6	wysoka	150 - 174	5
7	bardzo wysoka	175 cm i dalej	6

3) PRÓBA GIBKOŚCI - SKŁON W PRZÓD

a) <u>sposób wykonania:</u>

Badany staje w pozycji na baczność. Nie zginając nóg w kolanach, wykonuje ruchem ciągłym skłon w przód.

b) punktacja wyników:

- **kobiety i mężczyźni**

Lp.	Ocena	Wynik	Punkty
1	negatywna	niewykonanie żadnego ćwiczenia z lp. 2-7	0
2	przeciętna	chwyć oburącz kostki	1
3	dostateczna	palcami obu rak dotknij palców stóp	2
4	dobra	palcami obu rąk dotknij do podłoża	3
5	bardzo dobra	wszystkimi palcami (obu rak) dotknij do podłoża	4
6	wysoka	dotknij całymi dłońmi do podłoża	5
7	bardzo wysoka	dotknij głową kolan	6

4) ZWINNOŚĆ - BIEG ZYGZAKIEM W PROSTOKĄCIE 3x5m

a) sposób wykonania:

<u>Przyrządy i przybory:</u> taśma miernicza, kreda, stoper, 5 palików (chorągiewek).

Bieg „zygzakiem" przeprowadzany jest na trasie usytuowanej w prostokącie 5 x 3 m. We wszystkich rogach prostokąta oraz na przecięciu przekątnych umieszczone są paliki (chorągiewki) mające około 1,5 m wysokości. Osoba badana startuje z pozycji wykrocznej - wysoki start - omijając paliki (chorągiewki), a następnie biegnie po wyznaczonej trasie. Próba ta obejmuje trzykrotne przebiegnięcie trasy. Czas mierzymy z dokładnością do 0,1 s. Próbę wykonuje się 1 raz.

b) punktacja wyników:

- **kobiety:**

Lp.	Ocena	Wynik	Punkty
1	negatywna	powyżej 33,0	0
2	przeciętna	33,0	1
3	dostateczna	31,0 - 32,9	2
4	dobra	29,0 - 30,9	3
5	bardzo dobra	27,0 - 28,9	4
6	wysoka	24,1 - 26,9	5
7	bardzo wysoka	24,0 i mniej	6

- **mężczyźni:**

Lp.	Ocena	Wynik	Punkty
1	negatywna	powyżej 31,0	0
2	przeciętna	31,0	1
3	dostateczna	29,0 - 30,9	2
4	dobra	27,0 - 28,9	3
5	bardzo dobra	25,0 - 26,9	4
6	wysoka	22,1 - 24,9	5
7	bardzo wysoka	22,0 i mniej	6

5) SZYBKOŚĆ - BIEG WAHADŁOWY

a) sposób wykonania:

Przyrządy i przybory: dwa paliki (chorągiewki), kreda, stoper, taśma miernicza. Należy ustawić dwa paliki (chorągiewki) w odległości 10 metrów od siebie. Wykreślić linię startu przy pierwszym paliku (chorągiewce), która jest jednocześnie linią startu i mety. Badany staje przed linią startu. Na sygnał biegnie szybko w kierunku drugiego palika (chorągiewki) i obiega go. Biegnący pokonuje łącznie 10 odcinków 10-metrowych, co daję sumę odcinka 100 metrów. Dla kobiet trasa biegu wynosi 6 x 10 metrów, co daje sumę 60 metrów. Warunki wykonania próby dla kobiet są identyczne jak dla mężczyzn. Czas mierzymy z dokładnością do 0,1 s. Próbę wykonuje się tylko 1 raz.

b) punktacja wyników:

- **mężczyźni 10 x 10 m**:

Lp.	**Ocena**	**Wynik**	**Punkty**
1	negatywna	powyżej 34,5	0
2	przeciętna	34,5	1
3	dostateczna	32,9 - 34,4	2
4	dobra	31,3 - 32,8	3
5	bardzo dobra	29,7 - 31,2	4
6	wysoka	27,1 - 29,6	5
7	bardzo wysoka	27,0 i mniej	6

- kobiety 6 x 10 m:

Lp.	**Ocena**	**Wynik**	**Punkty**
1	negatywna	powyżej 24,5	0
2	przeciętna	24,5	1
3	dostateczna	22,9 - 24,4	2
4	dobra	21,3 - 22,8	3
5	bardzo dobra	19,7 - 21,2	4
6	wysoka	17,1 - 19,6	5
7	bardzo wysoka	17,0 i mniej	6

c) bieg wahadłowy 6 x 10 m dla funkcjonariuszy działu ochrony - grupa wiekowa od 50 lat kobiety i mężczyźni:

- **mężczyźni**:

Lp.	**Ocena**	**Wynik**	**Punkty**
1	negatywna	powyżej 26,0	0
2	przeciętna	26,0	1
3	dostateczna	24,4 - 25,9	2
4	dobra	22,8 - 24,3	3
5	bardzo dobra	21,2 - 22,7	4
6	wysoka	18,6 - 21,1	5
7	bardzo wysoka	18,5 i mniej	6

- **kobiety**:

Lp.	Ocena	Wynik	Punkty
1	negatywna	powyżej 27,5	0
2	przeciętna	27,5	1
3	dostateczna	25,9 - 27,4	2
4	dobra	24,3 - 25,8	3
5	bardzo dobra	22,7 - 24,2	4
6	wysoka	20,1 - 22,6	5
7	bardzo wysoka	20,0 i mniej	6

III. NORMY I OCENY DLA POSZCZEGÓLNYCH KATEGORII WIEKU KOBIET I MĘŻCZYZN

Punkty uzyskane w poszczególnych próbach sprawnościowych należy zsumować i odczytać uzyskany wynik w poniższych tabelach, uwzględniając wiek, płeć oraz przynależność do działu służby.

1) specjalizacja pozaochronna:

	PUNKTY		
WIEK/OCENA	**do 29 lat**	**30 - 39 lat**	**40 - 49 lat**
negatywna	poniżej 7	poniżej 6	poniżej 5
przeciętna	7 - 10	6 -9	5 - 8
dostateczna	11 - 14	10 - 13	9 - 12
dobra	15 - 18	14 - 17	13 - 16
bardzo dobra	19 - 22	18 - 21	17 - 20
wysoka	23 - 28	22 - 27	21 - 26
bardzo wysoka	29 - 30	28 - 30	27 - 30

2) specjalizacja ochronna:

	PUNKTY			
WIEK/OCENA	**do 29 lat**	**30 - 39 lat**	**40 - 49 lat**	**50 lat i więcej**
negatywna	poniżej 9	poniżej 8	poniżej 7	poniżej 6
przeciętna	9 - 12	8 - 11	7 - 10	6 - 9
dostateczna	13 - 16	12 - 15	11 - 14	10 - 13
dobra	17 - 20	16 - 19	15 - 18	14 - 17
bardzo dobra	21 - 24	20 - 23	19 - 22	18 - 21
wysoka	25 - 28	24 - 28	23 - 28	22 - 27
bardzo wysoka	29 - 30	29 - 30	29 - 30	28 - 30

Załącznik nr 3

Indywidualna karta sprawności fizycznej kandydata do Służby Więziennej

Nr identyfikacyjny:	Imię:	Nazwisko:
Data urodzenia:	Wiek kandydata:	Nazwa jednostki organizacyjnej SW:

Uwagi:	
m-c	dzień

Rzut piłką lekarską 2 kg		**Skok w dal z miejsca**		**Bieg zygzakiem**		**Bieg wahadłowy**		**Suma uzyskanych punktów**
wynik	punkty	wynik	punkty	wynik	punkty	wynik	punkty	

Podpisy członków Komisji przeprowadzającej test sprawności fizycznej (czytelnie: imię i nazwisko, oraz podpis):

1. ……..……...

2. ……..……...

3. ……..……...

4. ……..……...

ZAŁĄCZNIK nr 4

Wzór

Indywidualna karta sprawności fizycznej funkcjonariusza Służby Więziennej

Nr identyfikacyjny funkcjonariusza:	Imię:	Nazwisko:

Data testu	stopień służbowy	stanowisko służbowe	specjalizacja (pion administracyjny, służba zdrowia, penitencjarny, ochronny, inne)	UWAGI:

Data urodzenia	rok	m-c	dzień
Data przyjęcia do SW	rok	m-c	dzień

Wiek	Grupa wiekowa

Data sprawdzianu lub sprawdzianu poprawkowego, kontrolujący: stopień, imię i nazwisko	**Rzut piłką lekarską 2 kg**		**Skok w dal z miejsca**		**Skłon w przód**		**Bieg zygzakiem**		**Bieg wahadłowy**		**Suma uzyskanych punktów**	**Ocena podpis kontrolującego**
	wynik	**punkty**	**wynik**	**punkty**	**wynik**	**punkty**	**wynik**	**punkty**	**wynik**	**punkty**		
…… …… ……												
…… …… ……												
…… …… ……												
…… …… ……												
…… …… ……												

UZASADNIENIE

Celem projektowanego rozporządzenia jest wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w przepisie art. 110 ust. 2 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2014 r. poz. 173, z późn. zm.).

Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2011 r. w sprawie wymagań w zakresie zdolności fizycznej i psychicznej do Służby Więziennej (Dz. U. Nr 20, poz. 108), które traci moc z dniem wejścia w życie art. ... ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. …), zmieniającego brzmienie upoważnienia.

Podobnie, jak dotychczasowym rozporządzeniu przyjęto, że sprawność fizyczna jest istotnym elementem przydatności zawodowej funkcjonariusza, która powinna podlegać ocenie nie tylko u kandydatów do służby, ale również i u funkcjonariuszy pełniących służbę. Uwzględniając wytyczną zawartą w upoważnieniu, aby ocenę zdolności do pełnienia służby uzależnić od charakteru służby i warunków jej pełnienia, przyjęto, że każdy funkcjonariusz, którego zakres czynności obejmuje zagadnienia dotyczące ochrony w aresztach śledczych i zakładach karnych, podlegać będzie testowi sprawności fizycznej, przez cały okres służby w tym pionie służby, także w wieku powyżej 50 lat życia. Pozostali funkcjonariusze podlegają ocenie sprawności fizycznej do 50 roku życia, z możliwością przystąpienia do testu także w wieku późniejszym. Zdaniem projektodawców, funkcjonariuszy – zwłaszcza pełniących służbę w pionie ochronnym na „pierwszej linii”, na stanowiskach strażników, oddziałowych, w bezpośrednim kontakcie z osadzonymi – powinna cechować wysoka sprawność fizyczna. Częstotliwość przeprowadzania testu minimum jeden raz na 4 lata i uzyskiwane wyniki byłyby jednym z wielu elementów oceny funkcjonariusza w opinii służbowej oraz podstawowym instrumentem wiedzy dla przełożonych, czy funkcjonariusz jest sprawny fizycznie do wykonywania powierzonych zadań służbowych. Uzyskiwanie przez funkcjonariusza negatywnych wyników z testu sprawności fizycznej z kolei byłoby sygnałem dla przełożonych uzasadniającym wyznaczenie funkcjonariusza do innych zadań oraz skierowanie do komisji lekarskiej, celem kompleksowego zbadania jego stanu zdrowia i dalszej przydatności na zajmowanym stanowisku.

Przy określaniu wymagań dotyczących poziomu poszczególnych zdolności motorycznych uwzględniono kryterium wieku (podział na grupy wiekowe) oraz rodzaj i zakres wykonywanych czynności (podział uwzględniający przynależność do działu służby).

Określając ostatecznie minimalne wartości poszczególnych zdolności motorycznych wykorzystano literaturę przedmiotu z zakresu wychowania zdrowotnego oraz teorii treningu osób dorosłych. Dokonując doboru prób sprawnościowych uwzględniono niekiedy znacznie ograniczone możliwości organizacyjne jednostek podstawowych więziennictwa (słaba baza lokalowo-sprzętowa).

W stosunku do funkcjonariuszy pełniących służbę, wprowadzenie testu pozwoli na realizację następujących celów:

1) możliwość dokonywania bieżącej oceny sprawności fizycznej funkcjonariuszy w trakcie trwania kariery zawodowej,
2) umotywowanie funkcjonariuszy do podejmowania inicjatyw ukierunkowanych na troskę o własną sprawność fizyczną.

Podkreślić należy, że wychowanie fizyczne jest integralną częścią doskonalenia zawodowego i stanowi istotny element wyszkolenia funkcjonariusza Służby Więziennej. Sprawność i kondycja fizyczna funkcjonariusza ma istotny wpływ na jego działanie i pracę w różnych warunkach i okolicznościach. Dlatego też dbałość o wszechstronny rozwój fizyczny jest jednym z podstawowych zadań wymagających szczególnej uwagi w procesie doskonalenia zawodowego.

Określając ostatecznie minimalne wartości poszczególnych zdolności motorycznych, wykorzystano literaturę przedmiotu z zakresu wychowania zdrowotnego oraz teorii treningu osób dorosłych. Dokonując doboru prób sprawnościowych, uwzględniono niekiedy znacznie ograniczone możliwości organizacyjne jednostek podstawowych więziennictwa (słaba baza lokalowo-sprzętowa).

Dla celów dokumentacyjnych i porządkowych wprowadzono jak przy dotychczasowym rozwiązaniu „Indywidualną kartę sprawności fizycznej funkcjonariusza Służby Więziennej”. Taka sama karta w odniesieniu do kandydata będzie załącznikiem do rozporządzenia.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

Projekt nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega procedurze notyfikacji w trybie przewidzianym w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny, stosownie do art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia

prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) i § 52 ust. 1 uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

Nazwa projektu Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie przeprowadzania testu sprawności fizycznej w Służbie Więziennej **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Sprawiedliwości **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Pan Stanisław Chmielewski – Podsekretarz Stanu **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu**	**Data sporządzenia** **Źródło:** Upoważnienie ustawowe **Nr w wykazie prac:**

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1. Określenie testów sprawności fizycznych kandydatów do służby w Służbie Więziennej i funkcjonariuszy Służby Więziennej w związku z nowelizacją upoważnienia.
2. Wprowadzenie nowych prób sprawnościowych w celu zwiększenia wymogów dla kandydatów i funkcjonariuszy oraz poprawy sprawności fizycznej funkcjonariuszy już pełniących służbę.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

W celu uregulowania ww. zagadnień konieczne jest wydanie rozporządzenia, zgodnie z upoważnieniem zawartym w art. 110 ust. 2 ustawy z dnia 9 kwietnia o Służbie Więziennej, w brzmieniu nadanym przez art. 56 pkt 2 ustawy z dnia … o komisjach lekarskich podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Projektowana regulacja ze względu na jej na stopień jej szczegółowości nie była poddawana analizie prawnoporównawczej.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
1. Kandydaci do służby w Służbie Więziennej 2. Funkcjonariusze Służby Więziennej	1. W trakcie prowadzonych już postępowań kwalifikacyjnych na dzień 20 lutego 2014 r. – 181 osób 2. Funkcjonariuszy zatrudnionych na dzień 20 lutego 2014 r.- 2731 osób	Informacja z jednostek organizacyjnych Więziennictwa (dane statystyczne zgromadzone w programie VSP).	Testy sprawności fizycznej dla kandydatów i funkcjonariuszy stanowią podstawę oceny ogólnej sprawności. W stosunku do kandydatów testy stanowią element oceny zdolności fizycznej w postepowaniu kwalifikacyjnym, o którym mowa w art. 39 ustawy o Służbie Więziennej. W stosunku do funkcjonariuszy częstotliwość przeprowadzania testu i uzyskiwane wyniki byłyby jednym z wielu elementów

			oceny funkcjonariusza oraz podstawowym instrumentem wiedzy dla przełożonych, czy funkcjonariusz jest sprawny fizycznie do wykonywania powierzonych zadań służbowych.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt rozporządzenia zostanie przekazany do zaopiniowania Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Niezależnemu Samorządnemu Związkowi Zawodowemu „Solidarność" oraz Niezależnemu Samorządnemu Związkowi Zawodowemu Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa.

Wyniki konsultacji zostaną omówione po ich zakończeniu.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z … r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	Powyższa zmiana nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa. Środki finansowe zostały ujęte w części 37 budżetu państwa „Sprawiedliwość".

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z … r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne								

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Powyższa zmiana nie będzie oddziaływać na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie

	☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
Komentarz:	

9. Wpływ na rynek pracy

Powyższa zmiana nie będzie oddziaływać na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie
Omówienie wpływu		

11.Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Wykonanie przepisów aktu prawnego nastąpi z chwilą wejścia w życie.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ewaluacja nastąpi po upływie 24 miesięcy po wejściu przepisu w życie. Zostanie dokonana ocena i porównanie wyników

testów przeprowadzanych na podstawie dotychczasowych i nowych prób sprawnościowych.
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Projekt

R O Z P O R Z Ą D Z E N I E

M I N I S T R A S P R A W I E D L I W O Ś C I

z dnia

w sprawie nagród i zapomóg dla funkcjonariuszy Służby Więziennej

Na podstawie art. 205 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2014 r. poz. 173 i 502) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

1) wysokość funduszu na nagrody roczne, nagrody uznaniowe i zapomogi dla funkcjonariuszy Służby Więziennej, zwanego dalej „funduszem”;
2) sposoby ustalania i warunki zwiększania wysokości funduszu dla poszczególnych jednostek organizacyjnych Służby Więziennej, zwanych dalej „jednostkami organizacyjnymi”;
3) tryb zwiększenia funduszu o środki finansowe uzyskane z tytułu zmniejszenia uposażeń, o których mowa w art. 60f ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej, zwanej dalej „ustawą”;
4) tryb postępowania oraz właściwość przełożonych w zakresie przyznawania i wypłaty nagród rocznych, uznaniowych i zapomóg.

§ 2. Fundusz tworzy się w jednostkach organizacyjnych posiadających status jednostek budżetowych.

§ 3. 1. Fundusz stanowią środki w wysokości 9,5% planowanych na dany rok kalendarzowy środków na uposażenia zasadnicze funkcjonariuszy Służby Więziennej, zwanych dalej „funkcjonariuszami” wraz z dodatkami o charakterze stałym, ujętych w części 37 budżetu państwa, pozostających w dyspozycji Ministra Sprawiedliwości.

2. Wysokość środków, o których mowa w ust. 1, może być podwyższana przez Ministra Sprawiedliwości w ramach łącznej sumy środków na uposażenia zasadnicze funkcjonariuszy wraz z dodatkami o charakterze stałym.

3. Wysokość funduszu w ramach środków, o których mowa w ust. 1, ustala:

1) Dyrektor Generalny Służby Więziennej, zwany dalej „Dyrektorem Generalnym”, w bezpośrednio mu podległych jednostkach organizacyjnych;

2) dyrektor okręgowy Służby Więziennej, zwany dalej „dyrektorem okręgowym”, w podległych mu jednostkach organizacyjnych.

§ 4. 1. Wysokość funduszu zwiększa się o środki finansowe, o których mowa w art. 60f i 60h ustawy.

2. Zwiększenia funduszu o środki finansowe, o których mowa w ust. 1, dokonuje się zgodnie z maksymalnym czasem trwania okresu rozliczeniowego, o którym mowa w art. 60h ust. 3 ustawy.

3. Wysokość funduszu w ramach środków, o których mowa w ust. 1, ustala kierownik jednostki organizacyjnej w podległej mu jednostce organizacyjnej.

4. W funduszu wyodrębnia się środki określone w ust. 1 z przeznaczeniem na cele wskazane w art. 60h ust. 1 ustawy.

§ 5. 1. Przełożonym właściwym do przyznania nagród rocznych, nagród uznaniowych i zapomóg, zwanym dalej „przełożonym”, jest:

1) kierownik jednostki organizacyjnej, w której funkcjonariusz stale pełni służbę;
2) przełożony określony w art. 63 ust. 2 ustawy, w przypadku funkcjonariuszy zajmujących wyższe stanowiska kierownicze w Służbie Więziennej oraz funkcjonariuszy pozostających w jego dyspozycji.

2. Nagrody uznaniowe może przyznać także:

1) Dyrektor Generalny – wszystkim funkcjonariuszom;
2) dyrektor okręgowy – funkcjonariuszom pełniącym służbę w podległych mu jednostkach organizacyjnych;
3) dyrektor okręgowy, komendant Centralnego Ośrodka Szkolenia Służby Więziennej, komendant ośrodka szkolenia Służby Więziennej, komendant ośrodka doskonalenia kadr Służby Więziennej, dyrektor zakładu karnego albo dyrektor aresztu śledczego:
   a) funkcjonariuszom delegowanym do czasowego pełnienia służby w podległych im jednostkach organizacyjnych,
   b) funkcjonariuszom pozostającym w ich dyspozycji.

3. Nagrody uznaniowe przyznaje przełożony z własnej inicjatywy bądź na wniosek bezpośredniego przełożonego funkcjonariusza.

4. Nagrody uznaniowe ze środków finansowych, o których mowa w art. 60f i 60h ustawy, przyznaje przełożony z urzędu.

§ 6. Zapomogi przyznaje przełożony z własnej inicjatywy, na pisemny wniosek zainteresowanego funkcjonariusza, a w uzasadnionych przypadkach także na wniosek:

1) bezpośredniego przełożonego funkcjonariusza;
2) osoby wyznaczonej do załatwiania spraw kadrowych lub socjalnych w jednostce organizacyjnej;
3) organizacji związku zawodowego funkcjonariuszy.

§ 7. 1. Wniosek o przyznanie zapomogi składa się do komórki kadrowej w jednostce organizacyjnej.

2. Funkcjonariusz może zostać obowiązany do udokumentowania okoliczności mających wpływ na sytuację osobistą oraz materialną jego i rodziny, w szczególności do:

1) potwierdzenia wysokości dochodów osiąganych przez funkcjonariusza poza służbą, jego współmałżonka i członków jego rodziny;
2) przedłożenia dokumentów uzasadniających przyznanie zapomogi, w szczególności zaświadczeń właściwych organów pomocy społecznej, dokumentacji medycznej, rachunków i faktur.

§ 8. Nagrody roczne, nagrody uznaniowe i zapomogi wypłaca niezwłocznie jednostka organizacyjna właściwa w sprawach wypłaty uposażenia funkcjonariusza.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia i ma zastosowanie do nagród rocznych, nagród uznaniowych i zapomóg dla funkcjonariuszy od dnia 1 czerwca 2014 r.[1)]

MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI

W porozumieniu:
MINISTER PRACY
I POLITYKI SPOŁECZNEJ

[1)] Rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2011 r. w sprawie nagród i zapomóg dla funkcjonariuszy Służby Więziennej (Dz. U. Nr 22, poz. 118), które traci moc z dniem wejścia w życie ustawy z dnia 24 stycznia 2014 r. o zmianie ustawy o Policji, ustawy o Straży Granicznej, ustawy o Państwowej Straży Pożarnej, ustawy o Biurze Ochrony Rządu, ustawy o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu, ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, ustawy o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, ustawy o Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służbie Wywiadu Wojskowego, ustawy o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego, ustawy o Służbie Więziennej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 502), w związku z art. 17 i 19 tej ustawy.

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie jest wykonaniem upoważnienia zawartego w art. 205 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej, w brzmieniu nadanym przez art. 9 pkt 8 ustawy z dnia 24 stycznia 2014 r. o zmianie ustawy o Policji, ustawy o Straży Granicznej, ustawy o Państwowej Straży Pożarnej, ustawy o Biurze Ochrony Rządu, ustawy o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu, ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, ustawy o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, ustawy o Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służbie Wywiadu Wojskowego, ustawy o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego, ustawy o Służbie Więziennej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 502).

Dotychczas zakres regulacji był przedmiotem rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2011 r. w sprawie nagród i zapomóg dla funkcjonariuszy Służby Więziennej (Dz. U. Nr 22, poz. 118), które utraci moc z dniem wejścia w życie wymienionej ustawy z dnia 24 stycznia 2014 r., w związku z art. 17 i 19 tej ustawy.

W stosunku do dotychczas obowiązującego rozporządzenia, wprowadzono następujące zmiany:

1) zgodnie z treścią nowego upoważniania poszerzono zakres regulacji o określenie trybu zwiększenia funduszu o środki finansowe uzyskane z tytułu zmniejszenia uposażeń, o którym mowa w art. 60f ustawy o Służbie Więziennej, a także trybu postępowania oraz właściwość przełożonych w zakresie przyznawania nagród uznaniowych dla funkcjonariuszy zastępujących funkcjonariuszy przebywających na zwolnieniach lekarskich. Zgodnie z intencją ustawy z dnia 24 stycznia 2014 r. środki finansowe uzyskane z tytułu zmniejszenia uposażeń w okresie przebywania na zwolnieniu lekarskim mają być przekazywane w całości na nagrody uznaniowe za wykonywanie zadań służbowych w zastępstwie przebywających na zwolnieniach lekarskich funkcjonariuszy. Oznacza to, że na fundusz mają być przekazywane środki w każdym przypadku, gdy wystąpi zmniejszenie uposażenia z tytułu przebywania na zwolnieniu lekarskim. Chodzi zarówno o środki uzyskane z tytułu zmniejszenia do 80% uposażeń funkcjonariuszy w okresie przebywania na zwolnieniach lekarskich oraz o środki będące efektem kontroli zwolnień lekarskich przeprowadzanych przez przełożonych i komisje lekarskie. Dla zapewnienia spójności projektu z nowymi przepisami ustawy o Służbie

Więziennej w projekcie wskazano, że wysokość funduszu jest zwiększana o środki finansowe, o których mowa w art. 60f i 60h ustawy o Służbie Więziennej,

2) proponuje się odejście od enumeratywnego wyliczenia jednostek organizacyjnych, w których wyżsi przełożeni ustalają wysokość funduszu w podległych im jednostkach organizacyjnych, na rzecz bardziej elastycznego sformułowania uwzględniającego zmiany w zakresie podległości tych jednostek. W chwili obecnej, np. dyrektor okręgowy Służby Więziennej, w ramach jednostek organizacyjnych mu podległych, nie posiada ośrodka doskonalenia kadr Służby Więziennej, a jedyny aktualnie ośrodek tego typu podlega bezpośrednio Dyrektorowi Generalnemu Służby Więziennej, co również w przyszłości, na podstawie odrębnych przepisów, może ulec zmianie,

3) projektuje się, że wysokość funduszu w ramach środków finansowych uzyskanych z tytułu zmniejszenia uposażeń, które zwiększają fundusz na nagrody i zapomogi ustala we własnym zakresie kierownik w podległej mu jednostce organizacyjnej, co znacznie usprawni procedurę i postępowanie w zakresie przyznawania nagród uznaniowych dla funkcjonariuszy zastępujących nieobecnych w służbie z powodu absencji chorobowej,

4) wprowadza się regulację, że nagrody uznaniowe ze środków finansowych, o których mowa w art. 60h ustawy, przyznaje przełożony z urzędu, zgodnie z kompetencjami w sprawach osobowych funkcjonariuszy.

W przedmiotowym projekcie, analogicznie jak w przepisach dotychczasowych:

1) utrzymano dotychczasową wysokość funduszu na poziomie 9,5% planowanych na dany rok kalendarzowy środków na uposażenia zasadnicze wraz z dodatkami o charakterze stałym, która będzie mogła być podwyższana przez Ministra Sprawiedliwości,

2) zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania budżetu (Dz. U. Nr 245, poz. 1637), dysponentem środków budżetu państwa jest zarówno dysponent części budżetowej, jak i każdy z kierowników podległych mu jednostek budżetowych; zatem fundusz tworzy się we wszystkich jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej posiadających status jednostek budżetowych, a jego wysokość, zgodnie z podległością służbową tych jednostek, wynikającą z art. 11 i 12 ustawy o Służbie Więziennej ustala odpowiednio Dyrektor Generalny Służby Więziennej i dyrektor okręgowy Służby Więziennej; powyższy sposób ustalania wysokości funduszu pozwala na prowadzenie celowej i racjonalnej polityki w zakresie dysponowania tymi środkami oraz umożliwia dokonywanie zmian w okresie roku budżetowego, jak również koordynowanie tych zmian,

3) właściwość przełożonych w zakresie przyznawania i wypłaty nagród i zapomóg; przełożonym właściwym do przyznawania nagród rocznych, uznaniowych i zapomóg jest, co do zasady, kierownik jednostki organizacyjnej Służby Więziennej, w której funkcjonariusz pełni służbę, oraz wyższy przełożony w stosunku do funkcjonariuszy zajmujących wyższe stanowiska kierownicze w Służbie Więziennej (art. 63 ust. 2 ustawy o Służbie Więziennej) oraz w stosunku do funkcjonariuszy pozostających w jego dyspozycji,

4) w zakresie przyznawania nagród uznaniowych, niezależnie od właściwości kierownika jednostki i właściwości wyższego przełożonego w stosunku do funkcjonariuszy zajmujących wyższe stanowiska kierownicze w Służbie Więziennej, nagrody uznaniowe może przyznać także odpowiednio Dyrektor Generalny Służby Więziennej, dyrektor okręgowy Służby Więziennej, komendant Centralnego Ośrodka Szkolenia Służby Więziennej, komendant ośrodka szkolenia i komendant ośrodka doskonalenia kadr Służby Więziennej; zgodnie z art. 203 ustawy o Służbie Więziennej nagrody uznaniowe mogą być przyznane funkcjonariuszowi za sumienne wykonywanie zadań służbowych, wykonywanie zadań wymagających znacznego nakładu pracy, a także dokonanie czynu świadczącego o odwadze funkcjonariusza; mając na uwadze hierarchiczną strukturę organizacyjną Służby Więziennej, prestiż przełożonego i sam charakter nagrody uznaniowej, zgodnie z projektem rozporządzenia nagrodę uznaniową może przyznać Dyrektor Generalny Służby Więziennej – wszystkim funkcjonariuszom, natomiast dyrektor okręgowy Służby Więziennej – funkcjonariuszom pełniącym służbę w podległych mu jednostkach organizacyjnych; zgodnie z art. 10 ust. 2 i art. 12 ust. 3 ustawy o Służbie Więziennej, Dyrektor Generalny Służby Więziennej i dyrektor okręgowy Służby Więziennej, jest przełożonym wszystkich funkcjonariuszy w podległych im jednostkach organizacyjnych; możliwość przyznawania nagród uznaniowych posiadają także wszyscy kierownicy jednostek organizacyjnych Służby Więziennej, w stosunku do funkcjonariuszy delegowanych do ich jednostki ze względu na potrzeby służby, w trybie art. 70 ustawy o Służbie Więziennej; kierownik jednostki organizacyjnej jest przełożonym funkcjonariusza delegowanego do podległej mu jednostki organizacyjnej, przez cały okres delegowania; kierownik jednostki organizacyjnej, w którego dyspozycji pozostaje funkcjonariusz w okresie delegowania tym samym ma możliwość przyznania nagrody uznaniowej, w wysokości uwzględniającej zaangażowanie funkcjonariusza na rzecz realizacji obowiązków w podległej mu jednostce organizacyjnej; w innym przypadku, np. Dyrektor Generalny Służby Więziennej, który podjął decyzję o delegowaniu funkcjonariusza z aresztu śledczego lub zakładu karnego do Centralnego

Zarządu Służby Więziennej musiałby wnioskować do dyrektora tej jednostki o przyznanie nagrody uznaniowej z tytułu służby pełnionej w innej jednostce organizacyjnej; z podobnych względów nagrodę uznaniową może przyznać dyrektor okręgowy Służby Więziennej, komendant Centralnego Ośrodka Szkolenia Służby Więziennej, komendant ośrodka szkolenia Służby Więziennej, komendant ośrodka doskonalenia kadr Służby Więziennej, dyrektor zakładu karnego albo dyrektor aresztu śledczego funkcjonariuszowi delegowanemu do czasowego pełnienia służby w tej jednostce albo funkcjonariuszowi pozostającemu w jego dyspozycji; tryb przyznawania nagród uznaniowych jest analogiczny, jak w przypadkach przyznawania wyróżnienia w formie nagrody pieniężnej, w trybie art. 169 ustawy o Służbie Więziennej,

5) nagrody roczne, nagrody uznaniowe i zapomogi będzie wypłacać jednostka organizacyjna właściwa w sprawach wypłaty uposażenia funkcjonariusza; określenie podmiotu dokonującego wypłaty, jako jednostki, w której funkcjonariusz stale pełni służbę z punktu widzenia prawa podatkowego ułatwia dokonywanie rozliczeń,

6) w projekcie precyzuje się tryb postępowania w sprawie przyznawania zapomóg funkcjonariuszom Służby Więziennej; projektowane uregulowania ujednolicają sposób postępowania w zakresie przyznawania zapomóg, który jest oparty o wewnętrzne decyzje kierowników jednostek organizacyjnych Służby Więziennej; zapomogi przyznaje przełożony z własnej inicjatywy, na pisemny wniosek w sprawie przyznania zapomogi, zainteresowanego funkcjonariusza, a w uzasadnionych przypadkach, także na wniosek: bezpośredniego przełożonego funkcjonariusza, osoby wyznaczonej do załatwiania spraw kadrowych lub socjalnych w jednostce organizacyjnej Służby Więziennej lub organizacji związku zawodowego funkcjonariuszy; wniosek w sprawie przyznania zapomogi składa się do komórki kadrowej lub osoby wyznaczonej do załatwiania spraw kadrowych lub socjalnych w jednostce organizacyjnej Służby Więziennej; funkcjonariusz może zostać obowiązany do udokumentowania okoliczności mających wpływ na sytuację osobistą oraz materialną jego i rodziny, a w szczególności do:

a) potwierdzenia wysokości dochodów funkcjonariusza spoza służby, współmałżonka i członków jego rodziny,

b) przedłożenia dokumentów uzasadniających przyznanie zapomogi, w szczególności zaświadczeń właściwych organów pomocy społecznej, dokumentacji medycznej, rachunków i faktur.

Projektowany termin wejścia w życie rozporządzenia (§ 9) i data stosowania jego przepisów do nagród rocznych, nagród uznaniowych i zapomóg dla funkcjonariuszy Służby Więziennej nie stoją w sprzeczności z zasadami demokratycznego państwa prawnego.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

Projekt nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega procedurze notyfikacji w trybie przewidzianym w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny, stosownie do art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) i § 52 ust. 1 uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979). Żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania, w trybie i na zasadach ustawy, pracami nad projektem rozporządzenia.

Nazwa projektu Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie nagród i zapomóg dla funkcjonariuszy Służby Więziennej. **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Sprawiedliwości **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Pan Stanisław Chmielewski – Podsekretarz Stanu **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Grażyna Leoncewicz; tel. (22) 52-12-449; e-mail: leoncewicz@ms.gov.pl	**Data sporządzenia** 11 kwietnia 2014 r. **Źródło:** Upoważnienie ustawowe **Nr w wykazie prac: WPL MS: A47**

O C E N A S K U T K Ó W R E G U L A C J I

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1. Określenie wysokości funduszu na nagrody roczne, nagrody uznaniowe i zapomogi dla funkcjonariuszy Służby Więziennej.

2. Określenie trybu zwiększania funduszu, na nagrody roczne, nagrody uznaniowe i zapomogi dla funkcjonariuszy Służby Więziennej o środki finansowe uzyskane z tytułu zmniejszenia uposażeń funkcjonariuszy, o których mowa w art. 60f ustawy o Służbie Więziennej.

3. Określenie trybu postępowania oraz właściwości przełożonych, w zakresie przyznawania nagród uznaniowych dla funkcjonariuszy zastępujących funkcjonariuszy przebywających na zwolnieniach lekarskich.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

W celu uregulowania wyżej wymienionych zagadnień konieczne jest wydanie rozporządzenia, zgodnie z upoważnieniem zawartym w art. 205 ustawy z dnia 9 kwietnia o Służbie Więziennej, w brzmieniu nadanym przez art. 9 pkt 8 ustawy z dnia 24 stycznia 2014 r. o zmianie ustawy o Policji, ustawy o Straży Granicznej, ustawy o Państwowej Straży Pożarnej, ustawy o Biurze Ochrony Rządu, ustawy o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu, ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, ustawy o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, ustawy o Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służbie Wywiadu Wojskowego, ustawy o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego, ustawy o Służbie Więziennej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 502).

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Projektowana regulacja ze względu na jej na stopień jej szczegółowości nie była poddawana analizie prawnoporównawczej.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Funkcjonariusze Służby Więziennej	27594 funkcjonariuszy	Informacja z jednostek organizacyjnych SW (dane	1. W zakresie oszczędności z tytułu zwolnień lekarskich

		statystyczne zgromadzone w programie VSP)	dotyczy funkcjonariuszy, którzy będą wykonywali zadania służbowe w zastępstwie funkcjonariuszy przebywających na zwolnieniach lekarskich. 2. W zakresie nagrody rocznej dotyczy wszystkich funkcjonariuszy uprawnionych do nagrody rocznej.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt rozporządzenia zostanie przekazany do zaopiniowania Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Niezależnemu Samorządnemu Związkowi Zawodowemu „Solidarność" oraz Niezależnemu Samorządnemu Związkowi Zawodowemu Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa.

Wyniki konsultacji zostaną omówione po ich zakończeniu.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z … r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												

budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													

Źródła finansowania	Powyższa zmiana nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa w części 37 „Sprawiedliwość”. Środki finansowe przeznaczone na fundusz nagród i zapomóg dla funkcjonariuszy Służby Więziennej, pozostają na wysokości 9,5% planowanych na dany rok kalendarzowy środków na uposażenie zasadnicze wraz z dodatkami o charakterze stałym, (w rozumieniu art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych) zostały ujęte w części 37 budżetu państwa „Sprawiedliwość”. Ewentualne zwiększenie wysokości funduszy przez Ministra Sprawiedliwości będzie możliwe wyłącznie w ramach posiadanych funduszy. Dodatkowe środki finansowe przeznaczone na wypłatę nagród uznaniowych dla funkcjonariuszy za wykonywanie zadań służbowych w zastępstwie funkcjonariuszy przebywających na zwolnieniach lekarskich zostaną uzyskane z tytułu zmniejszenia uposażeń funkcjonariuszy przebywających na zwolnieniach lekarskich.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie* (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z … r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							

	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne								

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Powyższa zmiana nie będzie oddziaływać na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☒ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie

	☐ nie dotyczy
Komentarz:	

9. Wpływ na rynek pracy

Powyższa zmiana nie będzie oddziaływać na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja ☐ zdrowie

Omówienie wpływu	

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Wykonanie przepisów aktu prawnego nastąpi z chwilą jego wejścia w życie.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ewaluacja nastąpi na koniec okresu rozliczeniowego po wejściu aktu w życie. Okres rozliczeniowy będzie trwał nie krócej niż miesiąc kalendarzowy i nie dłużej niż 3 miesiące kalendarzowe, przy czym wybór okresu rozliczeniowego będzie uzależniony od wielkości środków finansowych uzyskanych z tytułu zmniejszenia uposażeń funkcjonariuszy. Miernik: procentowy wzrost funduszu nagród rocznych, uznaniowych i zapomóg. Ponadto ewaluacja efektów nastąpi po upływie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia. Zgodnie bowiem z art. 18 ustawy z dnia 24 stycznia 2014 r. o zmianie ustawy o Policji, ustawy o Straży Granicznej, ustawy o Państwowej Straży Pożarnej, ustawy o Biurze Ochrony Rządu, ustawy o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu, ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, ustawy o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym, ustawy o Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służbie Wywiadu Wojskowego, ustawy o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego, ustawy o Służbie Więziennej oraz niektórych innych ustaw nastąpi ocena funkcjonowania ustawy i wydanego z jej upoważnienia rozporządzenia.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)