



# NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA- 4101-13-02/2012/P/12/105

Katowice, dnia 20 wrzesień 2012 r.

**Pan  
Janusz Koch  
Dyrektor  
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych  
Oddział w Chorzowie**

## WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>1</sup>, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach przeprowadziła kontrolę w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Chorzowie (zwanym dalej „Oddziałem”) w zakresie organizacji systemu orzecznictwa lekarskiego dla celów rentowych w latach 2010–2012 (I półrocze).

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym w dniu 4 września 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

**Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Oddziału w zakresie spraw objętych kontrolą.**

Powyższą ocenę uzasadniają następujące oceny cząstkowe i ustalenia kontroli:

- I. W zakresie działania Oddziału, w okresie objętym kontrolą, w procesie orzekania o niezdolności do pracy dla celów świadczeń rentowych oraz sprawowania nadzoru nad działalnością lekarzy przez głównego lekarza orzecznika Oddziału stwierdzono m.in., że:
  1. Oddział wydał 8 734 pierwszorazowych oraz 23 306 ponownych orzeczeń dla celów rentowych. Orzekanie o niezdolności do pracy dla celów świadczeń rentowych przebiegało zgodnie z obowiązującymi przepisami. w szczególności co do sposobu rozdziału spraw pomiędzy lekarzy orzeczników, dokonywanego przez Głównego Lekarza Orzecznika<sup>2</sup> bądź jego zastępcę, stosownie do głównego schorzenia osoby ubezpieczonej, poprzez rozdział spraw na tzw. *przychodnie lekarskie*: ortopedyczno–chirurgiczną i neurologiczną oraz internistyczną, a następnie w drodze losowania

---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm., w związku z art. 2 ustawy z dnia 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. Nr 227, poz. 1482 ze zm.), w brzmieniu obowiązującym do 1 czerwca 2012 r.

<sup>2</sup> zwanego dalej „GLO”.

(przy wykorzystaniu funkcjonalności aplikacji *Wspomaganie Orzecznictwa*<sup>3</sup>), spośród lekarzy posiadających specjalizacje adekwatne do danej „przychodni”.

2. Na podstawie analizy 45 orzeczeń lekarskich, w tym 30 ustalających *niezdolność do pracy* oraz 15 ustalających *brak niezdolności do pracy* stwierdzono, że:
  - w 34 przypadkach specjalizacja lekarza orzecznika odpowiadała schorzeniu głównemu osoby badanej, w 4 przypadkach zasięgnięto opinii lekarza konsultanta, a w pozostałych 7 przypadkach orzeczenie wydano w oparciu o obszerną dokumentację medyczną (m.in. dotyczącą hospitalizacji szpitalnej, farmakoterapii pod nadzorem specjalisty, leczenia specjalistycznego),
  - wszystkie orzeczenia wydano z wykorzystaniem aplikacji WO, przez co sformalizowano zawarte w nich treści. Orzeczenia zawierały przesłanki wynikające z art. 13 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych<sup>4</sup>, w związku z czym miały one zbliżoną lub identyczną treść, niezależnie od stanu zdrowia i zdolności do pracy osoby, której dane orzeczenie dotyczyło. Wynikało to również z faktu iż formularz orzeczenia, jak wyjaśniła GLO, wydaje się w stosowanym w ZUS systemie WO, który narzuca sposób zapisu przez lekarza orzecznika (stąd „podobieństwo” treści orzeczeń.
  - z dokumentacji źródłowej poddanej badaniu, poza trzema przypadkami<sup>5</sup>, nie wynikało, czy przed wydaniem orzeczeń ustalających niezdolność do pracy analizowano możliwość wydania orzeczenia o celowości przekwalifikowania zawodowego. Powyższe GLO wyjaśniła tym, że „(...) rozpatrując wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy lekarz orzecznik w oparciu o ustalony stan zdrowia ubezpieczonego rozważa zawsze wszystkie możliwe ewentualności objęte ustawą, w tym możliwość przekwalifikowania zawodowego. Uzasadnienie opinii ma jednak charakter głównie medyczny, a jej podsumowanie zawiera wniosek końcowy uwzględniający pytanie organu rentowego. Orzecznik więc nie opisuje wszystkich możliwych ewentualności (choć brał je pod uwagę zgodnie z zasadami orzekania), które w danym przypadku nie zachodzą”,
  - z treści orzeczeń nie wynika jednoznacznie, jak uszczerbek na zdrowiu wpływa na możliwość wykonywania pracy przez ubezpieczonego. Omówienie wyników badań, oceny ich wartości oraz uzasadnienie ustaleń orzecznich znajdują się w opinii lekarskiej sporządzonej przez lekarza orzecznika,
  - wydanie 42 orzeczeń poprzedzono bezpośrednim badaniem ubezpieczonego – zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy<sup>6</sup>, pozostałe 3 wydano na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej – zgodnie z § 4 ust. 2 rozporządzenia MPS. W żadnej ze spraw objętych kontrolą nie zasięmano opinii doradcy zawodowego lub lekarza medycyny pracy. W wyniku analizy dokumentacji w zakresie 15 orzeczeń pierwszorazowych, ustalających niezdolność do pracy ustalono, że w każdym przypadku w dokumentacji znajdował się wywiad zawodowy sporządzony przez pracodawcę. W żadnej ze spraw objętych kontrolą<sup>7</sup> Oddział nie występował o dokumentację potwierdzającą informację o sytuacji zawodowej wnioskodawcy. Wywiady zawodowe sporządzano rzetelnie, tj. zawierały wszystkie informacje umożliwiające niezbędną do wydania orzeczenia ocenę warunków pracy ubezpieczonego.
3. Wydano łącznie 9 orzeczeń o celowości przekwalifikowania zawodowego (tj. 0,1% orzeczeń pierwszorazowych), z czego w 4 przypadkach osoby po przekwalifikowaniu nie pobierają żadnego świadczenia z ZUS, natomiast w 2 nie podjęto przekwalifikowania<sup>8</sup> (z uzyskanych od starostów informacji wynika, że w jednym przypadku osoby nie można było przeszkolić, gdyż jej stan zdrowia nie

<sup>3</sup> zwanej dalej: „aplikacją WO”.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2009 r. nr 153, poz. 1227 ze zm.

<sup>5</sup> sprawy o numerach ewidencyjnych 706708, 683049 i 541006.

<sup>6</sup> Dz. U. nr 273, poz. 2711 ze zm., zwanego dalej: „rozporządzeniem MPS”.

<sup>7</sup> 30 orzeczeń ustalających niezdolność do pracy oraz 15 orzeczeń o braku niezdolności do pracy.

<sup>8</sup> osoby te nie pobierają żadnego świadczenia z ZUS.

był odpowiedni do pracy w poszukiwanych zawodach, a w drugim przypadku preferencje zawodowe osoby koncentrowały się na wykonywaniu prac nie wymagających przygotowania zawodowego w formie kursowej; w obu przypadkach osoby te, przy rozpatrywaniu kolejnego wniosku o rentę, uznano za zdolne do pracy). Pozostałe 3 sprawy były w toku w czasie kontroli NIK.

4. Wydano łącznie 4 989 orzeczeń pierwszorazowych oraz 5 289 orzeczeń ponownych, uzasadniających celowość przyznania świadczenia rehabilitacyjnego. W wyniku analizy 15 dokumentacji w powyższym zakresie<sup>9</sup> ustalono, że:
  - przedmiotowe świadczenia przyznano na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy, tj. zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa<sup>10</sup>,
  - 9 osób skierowano na rehabilitację leczniczą<sup>11</sup>, w przypadku pozostałych 6 osób nie było wskazań medycznych do jej przeprowadzenia,
  - w 12 przypadkach nastąpiło przywrócenie zdolności do pracy, co świadczy o wysokiej skuteczności tej formy pomocy ubezpieczonym (w pozostałych 2 przypadkach orzeczono częściową niezdolność do pracy<sup>12</sup>, w jednym przypadku nastąpił zgon ubezpieczonej).
5. Kierowanie ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą przebiegało zgodnie z zasadami określonymi w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne<sup>13</sup>. W wyniku analizy 15 orzeczeń, w których stwierdzono potrzebę rehabilitacji leczniczej<sup>14</sup> stwierdzono, m.in. że:
  - we wszystkich przypadkach podjęto rehabilitację w terminie do 3 miesięcy od daty wydania danego orzeczenia,
  - w 12 przypadkach podstawą wydania orzeczenia była konieczność rehabilitacji układu ruchu, w dwu rehabilitacji psychosomatycznej oraz w jednym rehabilitacji kardiologicznej,
  - 11 osób objętych rehabilitacją odzyskało zdolność do pracy, jednej orzeczono uprawnienie do pobierania renty, a pozostałym trzem do czasu kontroli NIK nie upłynął jeszcze okres pobierania świadczeń orzeczony przez lekarza orzecznika ZUS.
6. Oddział przygotowano organizacyjnie do wykonywania zadań z zakresu orzecznictwa lekarskiego, i tak:
  - w I półroczu 2012 r. zatrudniano łącznie 62 osoby na pełnych etatach, z czego 18 etatów obejmowało I instancję (lekarze orzecznicy), 17 etatów II instancję (Komisje Lekarskie) oraz 27 pracowników obsługi i administracji<sup>15</sup>,
  - lekarze zatrudnieni posiadali wymagane kwalifikacje<sup>16</sup>, jak również odbyli szkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS<sup>17</sup>, odpowiednio udokumentowane.

<sup>9</sup> po 5 z każdego roku objętego kontrolą.

<sup>10</sup> Dz. U. z 2010 r. nr 77, poz. 512 ze zm.

<sup>11</sup> 1 osoba nie odbyła rehabilitacji – zgon.

<sup>12</sup> 1 przypadek: charakter schorzenia zasadniczego nie wykluczał możliwości uzyskania poprawy w okresie przyznanego świadczenia rehabilitacyjnego, osoba odbyła rehabilitację leczniczą ZUS podczas orzeczonych świadczeń rehabilitacyjnych bez uzyskania poprawy (pogorszenie stanu – pobyt szpitalny); 2 przypadek: schorzenie nie podlegające rehabilitacji ZUS, orzekanie o świadczeniach rehabilitacyjnych nie wykluczało powrotu do pracy (istniały perspektywy intensyfikacji leczenia).

<sup>13</sup> Dz. U. nr 131, poz. 1457.

<sup>14</sup> po 5 z każdego roku objętego kontrolą.

<sup>15</sup> Naczelnik Wydziału, Z-ca Naczelnika Wydziału, 2 osoby wykonujące zadania Prewencji rehabilitacji i świadczeń rzeczowych oraz 23 osoby zatrudnione na stanowisku ds. obsługi postępowania orzeczniczego.

<sup>16</sup> o których mowa w § 11 ust. 1 pkt. 1 rozporządzenia MPS.

<sup>17</sup> o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia MPS.

7. W Oddziale zarejestrowano 2 797 wniesionych sprzeciwów (tj. 7,6% ogółu orzeczeń wydanych w tym okresie), 193 zarzuty wadliwości (tj. 0,5% ogółu orzeczeń) oraz 1 429 odwołań do sądu od orzeczeń lekarzy orzeczników i komisji lekarskich (tj. 3,9% ogółu orzeczeń). NIK zwraca uwagę, że w tym samym okresie sąd wydał 396 wyroków uwzględniających odwołanie ubezpieczonego.

Spośród analizowanych 30 orzeczeń komisji lekarskich (15 podtrzymujących i 15 zmieniających orzeczenia lekarzy orzeczników), w 10 ubezpieczeni odwoływali się do sądu od decyzji wydanych na podstawie orzeczeń komisji lekarskich, z których 4 zmieniono na korzyść odwołującego się. Ubezpieczeni wnosili sprzeciwy od orzeczeń lekarza-orzecznika, nie zgadzając się z danym orzeczeniem, w związku z brakiem potwierdzenia ustaleń orzecznicznych w dokumentacji medycznej.

Na podstawie skontrolowanych 15 zarzutów wadliwości stwierdzono, że 8 z nich miało charakter medyczny (merytoryczny) w zakresie niezgodności orzeczenia ze stanem faktycznym, a 7 dotyczyło błędów formalnych (niezgodności z prawnymi zasadami orzecznictwa) jakie wystąpiły w toku procesu orzekania przez lekarzy orzeczników.

8. Główny Lekarz Orzecznik prawidłowo nadzorował działalność lekarzy orzeczników, z zachowaniem przepisów § 13 rozporządzenia MPS, poprzez m.in. kontrolę wydawanych orzeczeń i prowadzenie szkoleń lekarzy. W 2010 r. z 17 824 orzeczeń, GLO i jego zastępców skontrolowali 6 372 orzeczenia (35,75%)<sup>18</sup>, w 2011 r. z 12 280 orzeczeń, skontrolowano 5 738 (46,72%) a w I półroczu 2012 r. z 6 749 orzeczeń, skontrolowano 3 544 (52,51%)<sup>19</sup>. Ponadto:

- z inicjatywy Oddziału zrealizowano 27 szkoleń (wewnętrznych) lekarzy orzeczników dotyczących m.in. zasad orzekania, roli dokumentacji medycznej w postępowaniu orzecznicznym, pracy w aplikacji WO,
- lekarze orzecznicy, członkowie Komisji lekarskich oraz GLO uczestniczyli również w szkoleniach i kursach organizowanych przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego ZUS.

9. NIK nie wnosi uwag do systemu przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg przez Oddział. W okresie objętym kontrolą do Oddziału wpłynęło łącznie 18 skarg na działalność lekarzy orzeczników, z czego jedną uznano za zasadną<sup>20</sup>.

- II. Na działalność systemu orzecznictwa lekarskiego w okresie objętym kontrolą w Oddziale wydatki ponoszono w sposób celowy, legalny i gospodarny, a mianowicie:

- Oddział na orzecznictwo wydatkował: 6 479 tys. zł w 2010 r., 6 484 tys. zł w 2011 r. oraz 3 355 tys. zł w I półroczu 2012 r.<sup>21</sup>. Przedmiotowe wydatki w ponad 65% przeznaczono na wynagrodzenia wraz z pochodnymi lekarzy orzeczników (ogółem w całym okresie: 10 662 tys. zł) oraz w ponad 20% na wynagrodzenia wraz z pochodnymi pracowników administracji i obsługi (ogółem w całym okresie: 3 363 tys. zł),

<sup>18</sup> ponieważ użytkowany w 2010 r. system Rentier / Manager nie pozwalał wyodrębnić wyłącznie orzeczeń dla celów rentowych, dane uwzględniają również pozostałe orzeczenia wydawane przez lekarzy orzeczników (m.in. orzeczenia w sprawie niezdolności do samodzielnej egzystencji emerytów, orzeczenia o rehabilitacji leczniczej, orzeczenia w sprawie procentowego uszczerbku na zdrowiu, w sprawie świadczeń podlegających koordynacji wspólnotowej i bilateralnej, inne).

<sup>19</sup> liczba orzeczeń podana za rok 2011 i I pół. 2012 r. obejmuje wyłącznie orzeczenia pierwszorazowe i ponowne dla celów rentowych, z tego ustalające: całkowitą niezdolność do pracy, częściową niezdolność do pracy, niezdolność do samodzielnej egzystencji, brak niezdolności do pracy dla celów rentowych, uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego, brak okoliczności uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego, celowość przekwalifikowania zawodowego.

<sup>20</sup> skarga dotyczyła nieetycznego i niestosownego zachowania lekarza orzecznika podczas kontroli zaświadczenia lekarskiego.

<sup>21</sup> prezentowane koszty odnoszą się do wszelkich zadań realizowanych przez pion orzecznictwa, w tym: dotyczących orzekania w sprawach rentowych, są to koszty proste i złożone odnoszące się wyłącznie do miejsc powstania kosztów orzecznictwa tj.: Główny Lekarz Orzecznik, lekarze orzecznicy I instancji, lekarz orzecznicy II instancji, Wydział Orzecznictwa Lekarskiego w tym Prewencja i Rehabilitacja; nie zawierają narzutów na koszty ogólnozakładowe (tj. koszty zarządu i administracji itp.).

- koszt wydania jednego orzeczenia w poszczególnych latach kształtował się na zbliżonym poziomie i wynosił 158,92 zł w 2010 r., 162,04 zł w 2011 r. i 159,12 zł w I półroczu 2012 r.<sup>22</sup>,
- Oddział wydatkował łącznie 513,05 tys. zł na pokrycie kosztów wydania opinii przez lekarzy konsultantów oraz 17,80 tys. zł na pokrycie kosztów badań dodatkowych. Badanie dokumentacji źródłowej w zakresie konsultacji<sup>23</sup> oraz badań dodatkowych<sup>24</sup> wykazało, że ich zlecenie znajdowało uzasadnienie w dokumentacji danej sprawy oraz że opinie konsultacyjne i wyniki badań wykorzystano przy wydawaniu orzeczeń. Umów z konsultantami nie aneksowano, stawki wypłacano konsultantom za wydanie danej opinii zgodnie ze stawkami określonymi w zawartych uprzednio umowach cywilnoprawnych, nie przekraczając maksymalnej kwoty ustalonej przez Prezesa ZUS.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Panu Dyrektorowi prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen i uwag zawartych w tym wystąpieniu.

---

<sup>22</sup> w wyczeniach uwzględniono, poza wydatkami na orzecznictwo rentowe, kwoty wydatkowane w związku z wydawaniem przez lekarzy orzeczników orzeczeń w pozostałych sprawach (w tym w sprawach uszczerbku na zdrowiu, orzeczeń o samodzielnej egzystencji).

<sup>23</sup> na próbie 3 umów zawartych na dany rok kalendarzowy – łącznie 9 umów.

<sup>24</sup> na próbie 3 badań zleconych na podstawie każdej z dwóch umów zawartych na dany rok kalendarzowy – łącznie 18 badań.