



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Poznaniu

LPO-4101-06-04/2012
P/12/105

Poznań, dnia 3 sierpnia 2012 r.

Pani
Elżbieta Jenczak
Dyrektor
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Ostrowie Wlkp.

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 roku o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu skontrolowała Zakład Ubezpieczeń Społecznych oddział w Ostrowie Wlkp. w zakresie organizacji systemu orzecznictwa lekarskiego dla celów rentowych w latach 2010-2012 (do 23 maja).

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 18 lipca 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, w brzmieniu obowiązującym do 1 czerwca 2012 r., w związku z art. 2 ustawy z dnia 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli² przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba kontroli ocenia pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości organizację systemu orzecznictwa lekarskiego dla celów rentowych w oddziale Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Ostrowie Wlkp., zwanym dalej „o/ZUS”.

1. W latach 2010-2012 (do 31 marca) o/ZUS wydał 11.288 orzeczeń pierwszych dla celów rentowych oraz 30.789 orzeczeń rentowych ponownych. W kontrolowanych 30 orzeczeniach lekarskich ustalających niezdolność i w 15 orzeczeniach ustalających brak niezdolności do pracy, lekarze orzecznicy o/ZUS, zgodnie z przepisami art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych³, zwanej dalej „ustawą o emeryturach i rentach z FUS”, dokonali oceny niezdolności do pracy, a następnie ustalili stopień niezdolności do pracy, trwałość lub przewidywany okres tej niezdolności lub brak niezdolności do pracy.

NIK zwraca uwagę na fakt, że orzeczenia lekarskie wydawane dla celów rentowych sporządzane były w sposób lakoniczny i ogólnikowy. Uzasadnienia zawierały jedynie informacje o charakterze przeprowadzonego badania, dokumentacji medycznej, która stanowiła podstawę ustaleń orzeczniczych oraz blankietowe wymienienie okoliczności, jakie brano pod uwagę, na podstawie art. 13 ust.1 pkt 1 i 2 ustawy o emeryturach i rentach z FUS. Nie wskazywano natomiast na związek tych okoliczności z orzeczoną stopniem niezdolności do pracy oraz ustalonym okresem jej trwania. W uzasadnieniach nie zawierano także wzmianki o wpływie stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu na zdolność i możliwości wykonywania pracy zawodowej.

¹ Dz. U. z 2012 r. poz. 82 ze zm.

² Dz. U. z 2010 r. poz. 1482, ze zm.

³ Dz. U. z 2009 r. poz. 1227 ze zm.

Ponadto, jedno z orzeczeń wydane zaocznie, ustalające całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na ponad rok, praktycznie nie zawierało uzasadnienia za wyjątkiem formuły: „Przy dokonywaniu ustaleń orzeczniczych uwzględniono: zaocznie na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej”. Lekarze orzecznicy, w żadnym orzeczeniu ustalającym niezdolność do pracy nie odnieśli się do wpływu naruszenia sprawności organizmu na zdolność i możliwości wykonywania pracy zawodowej. Nie wskazali, także na przesłanki medyczne, na których oparli się uznając, iż dana osoba „w znacznym stopniu” utraciła zdolność do pracy lub utraciła zdolność do wykonywania „jakiegokolwiek” pracy oraz czy istnieją (lub nie) możliwości odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy w określonym czasie.

NIK zwraca uwagę na praktykę wydawania orzeczeń przez lekarzy niebędących specjalistami w orzekanej jednostce chorobowej i jednocześnie korzystanie w takich przypadkach jedynie w niewielkim zakresie, z opinii lekarzy konsultantów o/ZUS. Na 60 orzeczeń rentowych, w tym 15 orzeczeń rentowych zmienionych przez komisje lekarskie ZUS, w 15 sprawach, specjalizacja lekarzy orzekających nie odpowiadała schorzeniu ubezpieczonego. Tylko w sześciu z tych spraw skorzystano z opinii lekarzy konsultantów o/ZUS.

W ocenie NIK, nieprawidłowe było wydawanie przez lekarzy orzeczników o/ZUS orzeczeń w sprawach rentowych, mimo braku wywiadu zawodowego wymaganego przepisami § 2 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności⁴, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie orzekania o niepełnosprawności”. Spośród 45 spraw zakończonych wydaniem orzeczeń ustalających niezdolność do pracy lub jej brak i 15 spraw zakończonych wydaniem orzeczenia o potrzebie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego, dla czterech nie został w ogóle sporządzony wywiad zawodowy, a dla 23 - wywiad zawodowy został zawarty w opinii lekarza orzecznika. Postępowanie takie naruszało obowiązujące w ZUS procedury wydawania orzeczeń lekarskich⁵, bowiem wywiad zawodowy lekarze winni sporządzić na ustalonym wzorze druku N-10 „Wywiad zawodowy dla celów świadczenia z ubezpieczenia społecznego”.

NIK negatywnie ocenia nieprzestrzeganie przez o/ZUS procedur wydawania orzeczeń lekarskich, ustalających czas oczekiwania ubezpieczonego na badanie przez lekarza orzecznika, który nie może przekraczać dwóch tygodni od daty wpływu wniosku o wydanie orzeczenia. W 31 kontrolowanych sprawach ubezpieczeni oczekiwali na badanie przez okres od 2 dni do 35 dni, z tego 23 ubezpieczonych oczekiwało na badanie od 15 dni do 35 dni. NIK zwraca uwagę, że nieprawidłowość ta została już stwierdzona w trakcie inspekcji Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego ZUS przeprowadzonej w 2010 r. oraz ponownie, w trakcie audytu systemu kontroli zarządczej przeprowadzonego w 2012 r.

2. Z ustaleń kontroli NIK wynika, że w kontrolowanym okresie o/ZUS w niewielkim stopniu korzystał z możliwości przekwalifikowania osób niezdolnych do pracy w dotychczasowym zawodzie. Lekarze orzecznicy o/ZUS, w tym czasie, wydali tylko 15 orzeczeń stwierdzających celowość przekwalifikowania zawodowego. Na podstawie dziewięciu prawomocnych orzeczeń lekarskich, o/ZUS wydał dziewięć decyzji. W dwóch z nich, z naruszeniem przepisów art. 119 ust. 2 ustawy o emeryturach i rentach z FUS przyznane zostały renty szkoleniowe na okres siedmiu, zamiast sześciu miesięcy⁶. Konsekwencją tych decyzji było bezpodstawne poniesienie wydatków o/ZUS w związku z nadpłaconą za jeden miesiąc rentą szkoleniową w wysokości ogółem 1.457,14 zł.

W każdej sprawie o/ZUS zawiadomił powiatowy urząd pracy o przyznanej ubezpieczonym rencie szkoleniowej. Z ustaleń kontroli wynika, że na dziewięciu ubezpieczonych, którym przyznano rentę szkoleniową, przeszkolonych zostało tylko trzech, a pozostałych sześciu szkolenia nie podjęło. Tylko w dwóch sprawach, informację o nieprzeszkoleniu ubezpieczonych, powiatowe urzędy pracy przesłały do o/ZUS (w jednej sprawie nastąpiło to dopiero po upływie okresu pobierania renty szkoleniowej, a w drugiej - na 14 dni przed upływem tego okresu).

⁴ Dz. U. Nr 273, poz. 2711

⁵ W kontrolowanym okresie w ZUS obowiązywały procedury wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie ZUS opracowane w dniu 18 grudnia 2009 r. i obowiązujące od 1 stycznia 2010 r. oraz procedury wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie ZUS opracowane 10 maja 2011 r. obowiązujące od 16 maja 2011 r. (uchylające procedury z dnia 18 grudnia 2009 r.)

⁶ dotyczy decyzji z dnia 26 sierpnia 2010 r. nr SZKP 718668/25 decyzji na okres od 1 lipca 2010 r. do 31 stycznia 2011 r. i decyzji z dnia 23 sierpnia 2010 r. (nr SZKP 725812/25) na okres od 1 lipca 2010 r. do 31 stycznia 2011 r.

3. W latach 2010-2012 (do 31 marca) o/ZUS wydał 5.621 orzeczeń pierwszorazowych i 3.076 orzeczeń ponownych o potrzebie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego. Na przykładzie 15 orzeczeń o potrzebie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego NIK ustaliła, że uzasadniono je okolicznościami, o których mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa⁷. Na podstawie kontrolowanych orzeczeń lekarskich o/ZUS przyznał ubezpieczonym prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres od 3 do 12 miesięcy, w tym w 13 sprawach, świadczenie to zostało przyznane po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, a w dwóch było świadczeniem ponownym, przyznany na następny okres 3 lub 6 miesięcy. Spośród 15 ubezpieczonych, którym o/ZUS wydał decyzje o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego na podstawie kontrolowanych orzeczeń, dwóm, po wyczerpaniu dwunastomiesięcznego okresu pobierania tego świadczenia, przyznał rentę (odpowiednio na okres ponad 8 miesięcy z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i na okres ponad 6 miesięcy z tytułu częściowej niezdolności do pracy).

4. O/ZUS, w latach 2010-2012 (do 31 marca) wydał 3.044 orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej, z tego 369 orzeczeń wydanych zostało w wyniku skierowania lekarza leczącego, 844 orzeczenia zostały wydane na wniosek lekarza orzecznika o/ZUS, a 1.831 orzeczeń zostało wydanych w związku z orzeczeniem o celowości przyznania świadczenia rehabilitacyjnego. W skontrolowanych 15 orzeczeniach o potrzebie rehabilitacji leczniczej, lekarze orzecznicy orzekali o celowości przeprowadzenia rehabilitacji w systemie stacjonarnym w zakresie schorzenia ustalonego przez lekarza orzecznika. Spośród ubezpieczonych skierowanych na rehabilitację na podstawie kontrolowanych orzeczeń, 13 ją odbyło, a dwóch było w trakcie. Ośrodki rehabilitacyjne przekazywały do o/ZUS informację o przebytej rehabilitacji lub o niestawieniu się ubezpieczonego na turnus rehabilitacyjny. Spośród 13 ubezpieczonych, którzy zakończyli rehabilitację leczniczą, trzech ubezpieczonych ponownie zostało skierowanych na jej odbycie (po upływie od 272 dni do 495 dni od poprzedniego turnusu rehabilitacyjnego), jeden po upływie trzech dni od jej odbycia uzyskał prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy, a drugi po upływie 97 dni uzyskał prawo do stałej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.

5. W latach 2010-2012 (do 23 maja) do komisji lekarskich zostało wniesionych odpowiednio 1.932, 1.592 i 610 sprzeciwów od orzeczeń lekarzy orzeczników o/ZUS, a zarzut wadliwości GLO zgłosiła w tych latach odpowiednio do 148, 107 i 76 orzeczeń lekarzy orzeczników o/ZUS. W związku ze zmianami organizacyjnymi ZUS od 1 stycznia 2010 r. wniesione sprzeciwy i zarzuty do orzeczeń lekarzy orzeczników o/ZUS rozpatrywały komisje lekarskie ZUS z siedzibą w I oddziale w Poznaniu. Spośród 15 decyzji wydanych na podstawie orzeczeń komisji lekarskich podtrzymujących ustalenia orzeczeń lekarzy orzeczników o/ZUS oraz 16 decyzji wydanych na podstawie orzeczeń komisji lekarskich zmieniających ustalenia orzeczeń lekarzy orzeczników o/ZUS, od dziewięciu decyzji ubezpieczeni złożyli odwołanie do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych. Trzy odwołania sąd uwzględnił i zmienił w ten sposób, że dwie decyzje odmawiające renty zmienił na decyzje przyznające prawo do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy na okres odpowiednio jednego i dwóch lat, a jedną decyzję przyznającą rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy do 30 września 2014 r. zmienił na decyzję przyznającą rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy do czerwca 2014 r.

6. Z ustaleń kontroli wynika, że GLO lub jej zastępca, posiadając upoważnienie Prezesa ZUS, dokonywali wyrywkowej kontroli merytorycznej i formalnej orzeczeń lekarzy orzeczników i zgłaszali zarzuty wadliwości orzeczeń, zgodnie z ustalonymi procedurami w tym zakresie. Spośród 72 badanych orzeczeń lekarskich ustalających niezdolność do pracy lub jej brak, celowość przekwalifikowania i przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego, na 69 odnotowany został fakt ich kontroli przez GLO lub jej zastępców. Do żadnego z tych orzeczeń GLO, ani jej zastępca nie złożyli zarzutu wadliwości. Ubezpieczeni zgłosili natomiast sprzeciw do komisji lekarskich ZUS do 10 z tych orzeczeń, która ustalenia orzecznicze podtrzymała. Trzy decyzje wydane na podstawie kontrolowanych orzeczeń ustalających brak niezdolności do pracy zostały zmienione przez sąd pracy i ubezpieczeń społecznych na korzyść ubezpieczonych. Sąd przyznał im prawo do okresowej renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy na okres odpowiednio 1 roku, 5 lat oraz 1 roku i 21 dni.

⁷ Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512 ze zm.

7. W objętym kontrolą okresie w o/ZUS zatrudnionych było ogółem 31 lekarzy orzeczników, z których każdy spełniał warunek określony w przepisach § 11 pkt 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, bowiem lekarze posiadali specjalizację medyczną drugiego stopnia. Czterech lekarzy orzeczników nie spełniało jednak warunku określonego w przepisach § 11 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (nie odbyli oni szkolenia dla pionu orzecznictwa lekarskiego). Lekarze ci orzekali w o/ZUS bez przeszkolenia w ustalonym przez Prezesa ZUS zakresie przez okres od dwóch do szesnastu miesięcy (z tego dwóch lekarzy już nie pracuje w orzecznictwie o/ZUS). Dwóch lekarzy orzeczników, nadal zatrudnionych w o/ZUS, przeszkoliła GLO, zgodnie z zaleceniami Naczelnego Lekarza ZUS. Ponadto odbyli oni kurs elektroniczny dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników (w systemie e-learning). Na tradycyjne szkolenie lekarze ci zostali skierowani w maju 2012 r. (po upływie od ponad dwóch i trzech miesięcy od ich zatrudnienia w o/ZUS), jednakże w związku z brakiem miejsc zostali zakwalifikowani na następne szkolenie dopiero w październiku 2012 r. (po upływie odpowiednio siedmiu i ośmiu miesięcy od zatrudnienia w o/ZUS). Zwłokę tę GLO wyjaśniła terminarzem szkoleń organizowanych przez centralę ZUS.

W celu realizacji obowiązku prowadzenia szkoleń lekarzy orzeczników w zakresie orzecznictwa o niezdolności do pracy, wynikającego z przepisów § 13 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, GLO sporządziła roczne plany szkoleń. W planach tych na 2010 r. przewidziane zostały cztery szkolenia, na 2011 r. sześć szkoleń, a na 2012 r. trzy szkolenia (ich tematem były m.in. zagadnienia związane z orzecznictwem). Z ustaleń kontroli wynika, że GLO nie dysponowała dokumentacją potwierdzającą datę, czas prowadzenia szkolenia i uczestnictwo lekarzy orzeczników o/ZUS w tych szkoleniach, co NIK ocenia negatywnie ze względu na kryterium rzetelności.

8. Wydatki o/ZUS na orzecznictwo w kontrolowanym okresie (do 30 kwietnia) wyniosły odpowiednio 4.896 tys. zł, 4.736 tys. zł i 1.658 tys. zł. Koszt wydania jednego orzeczenia w tym okresie wyniósł odpowiednio 137,2 zł, 144,9 zł i 138,1 zł. Z tytułu umów o dzieło zawartych na dany rok z 47 lub 46 lekarzami konsultantami o/ZUS na wykonanie badania dodatkowego i wydanie opinii specjalistycznej Oddział poniósł wydatki (w poszczególnych latach) w wysokości 352 tys. zł, 298 tys. zł i 89 tys. zł. W umowach zawartych z lekarzami konsultantami zostały ustalone stawki jednostkowe za wykonanie badania w wysokości od 150 zł do 170 zł, tj. nie przekraczającej limitu ustalonego przez Prezesa ZUS.

Kontroler NIK, badając realizację, w okresie objętym kontrolą, postanowień umów zawartych z lekarzami konsultantami oraz procedur dotyczących współpracy z pięcioma lekarzami konsultantami o/ZUS ustaliła, że należne wynagrodzenie dla tych konsultantów (w wysokości ogółem 212,7 tys. zł) za przeprowadzone badania i sporządzenie opinii specjalistycznej zostało prawidłowo ustalone, naliczone i wypłacone. Stwierdzono natomiast nieprawidłowości polegające na nieterminowym dostarczeniu do o/ZUS, przez trzech lekarzy konsultantów, pięciu rachunków na łączną kwotę 3,8 tys. zł. W umowie z lekarzami ustalono termin czternastodniowy, zaś rachunki wpłynęły z opóźnieniem wynoszącym od 8 do 42 dni. Ponadto, jeden lekarz, z naruszeniem ustalonego w umowie czternastodniowego terminu przekazał do o/ZUS dwie opinie specjalistyczne (nastąpiło to po upływie 15 dni i 17 dni). Ustalono również, że z naruszeniem procedur wydawania orzeczeń lekarskich dotyczących wydawania w ciągu miesiąca nie więcej niż 15 opinii specjalistycznych, pięciu lekarzy wydało od 16 do 20 takich opinii. Każdorazowe przekroczenie liczby opinii wymagało zgody Dyrektora o/ZUS. Naczelnik Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji o/ZUS wyjaśnił, że na każde stwierdzone przekroczenie posiadał zgodę Dyrektora o/ZUS uzyskaną w rozmowie telefonicznej, a taka forma akceptacji wynikała z presji czasu.

Wykorzystanie przez lekarzy orzeczników o/ZUS opinii specjalistycznych lekarzy konsultantów zbadano na przykładzie 52 opinii sporządzonych przez psychologa o/ZUS. Ustalono, że wadliwie zostało sporządzonych dziewięć orzeczeń. W pięciu, lekarze orzecznicy nie przywołali daty sporządzonej w tych sprawach opinii specjalistycznej, w trzech orzeczeniach lekarze w uzasadnieniu ustaleń orzeczniczych nie powołali się na sporządzone w tych sprawach opinie, a w jednym orzeczeniu, lekarz przywołał błędną datę sporządzenia zleconej opinii. Ponadto, w jednej sprawie, w której psycholog zbadał ubezpieczonego i wydał opinię specjalistyczną, nie zostało wydane orzeczenie lekarskie (jak wynikało z wyjaśnień GLO ubezpieczony dostarczył po badaniu przez lekarza orzecznika orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, które uprawniało o/ZUS do wydania decyzji w sprawie renty, bez wydawania orzeczenia lekarza orzecznika).

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

- 1) Zapewnienie wykazywania w uzasadnieniach orzeczeń lekarskich, związku schorzenia ubezpieczonego z orzeczonym stopniem niezdolności do pracy oraz z ustalonym okresem jej trwania.
- 2) Wydawanie orzeczeń po uzyskaniu przez lekarza orzecznika wywiadu zawodowego, a w przypadku jego niedostarczenia na badanie, sporządzanie tego dokumentu przez lekarza orzecznika na przyjętym w ZUS druku N-10.
- 3) Podjęcie działań organizacyjnych w celu zapewnienia maksymalnie czternastodniowego czasu oczekiwania przez ubezpieczonego na badania przez lekarza orzecznika.
- 4) Wydawanie decyzji przyznających prawo do renty szkoleniowej na okres nieprzekraczający sześciu miesięcy.
- 5) Kontynuowanie działań mających na celu zapewnienie orzekania przez lekarzy orzeczników, którzy zostali przeszkoleni w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS.
- 6) Dokumentowanie przez GLO czasu i daty szkoleń dla lekarzy orzeczników i uczestników szkoleń.
- 7) Egzekwowanie od lekarzy konsultantów terminowego przekazywania zleconych przez o/ZUS opinii specjalistycznych i rachunków za sporządzenie tych opinii.
- 8) Zapewnienie rzetelnego sporządzania orzeczeń przez lekarzy orzeczników o/ZUS, w zakresie informacji o opinii lekarza konsultanta, na której opierał się lekarz orzecznik orzekając w sprawie.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, w brzmieniu obowiązującym do 1 czerwca 2012 r., w związku z art. 2 ustawy z dnia 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli oczekuje przedstawienia przez Panią Dyrektora w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków bądź o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków lub przyczyn niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w brzmieniu obowiązującym do 1 czerwca 2012 r., w związku z art. 2 ustawy z dnia 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli⁸ w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego przysługuje Pani prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora Najwyższej Izby Kontroli Delegatury w Poznaniu umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, w brzmieniu obowiązującym do 1 czerwca 2012 r., w związku z art. 2 ustawy z dnia 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli⁹ termin nadesłania informacji, o którym wyżej mowa, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.

⁸ Dz. U. z 2010 r. poz. 1482, ze zm.

⁹ Dz. U. z 2010 r. poz. 1482, ze zm.