



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ-4101-06-01/2012
P/12/105

Rzeszów, września 2012 r.

Pan
Stanisław Wasilewski
Dyrektor Oddziału
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
w Rzeszowie

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. *o Najwyższej Izbie Kontroli* (Dz. U. z 2012 r., poz. 82), zwanej dalej ustawą *o NIK*, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie przeprowadziła – w Oddziale Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w Rzeszowie – kontrolę organizacji systemu orzecznictwa lekarskiego ZUS dla celów rentowych oraz orzekania o niepełnosprawności w latach 2010 – 2012 (I półrocze).

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 17 sierpnia 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie, na podstawie art. 60 ust. 1 ustawy *o NIK*, w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 czerwca 2012 r. – w związku z art. 2 ustawy z dnia 22 stycznia 2010 r. *o zmianie ustawy o NIK* (Dz. U. Nr 227, poz. 1482 ze zm.), zwanej dalej *ustawą nowelizującą*, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie z uchybieniami organizację systemu orzecznictwa lekarskiego ZUS dla celów rentowych oraz orzekania o niepełnosprawności w latach 2010 – 2012 (I półrocze).

Pozytywną ocenę uzasadniają w szczególności:

- przestrzeganie przez lekarzy orzeczników, przy sporządzaniu orzeczeń, wymogów określonych w obowiązujących przepisach,

- prowadzenie postępowania orzeczniczego przez lekarzy, którzy odbyli szkolenie w wymaganym zakresie,
- dokonywanie – przez głównego lekarza orzecznika Oddziału – kontroli orzeczeń wydanych przez lekarzy, w ramach sprawowanego nadzoru,
- realizowanie wniosków po kontrolach, przeprowadzonych przez naczelnego lekarza ZUS, wydanych w związku z nieprawidłowościami dotyczącymi pracy lekarzy orzeczników Oddziału.

Uchybienia, stwierdzone przez Najwyższą Izbę Kontroli, dotyczyły przypadków nieterminowego załatwiania spraw w ramach postępowania orzeczniczego.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że w uzasadnieniach wydawanych orzeczeń przywoływano treść przepisów, zawartych w art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. *o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych* (Dz. U. z 2009 r., Nr 153, poz. 1227 ze zm.).

W kontroli ustalono, że z treści uzasadnień orzeczeń nie wynikało bezpośrednio, jak uszczerbek na zdrowiu wpływał na możliwość wykonywania pracy przez ubezpieczonych, jak też – jakie były przesłanki i ustalenia lekarzy, dotyczące trwałości lub przewidywanego okresu niezdolności do pracy. Nie wynikał z nich także związek przyczynowo – skutkowy z okolicznościami, mającymi decydujący wpływ na ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej. Stwierdzono jednak, że o ile treść uzasadnień orzeczeń była zbliżona – niezależnie od stanu zdrowia i zdolności do pracy osoby, której orzeczenie dotyczyło – to jednak zawierano w niej elementy indywidualne, dotyczące: wyników badań dodatkowych, opinii konsultantów, zaświadczeń o stanie zdrowia, kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, itp. Szczegółowe informacje w ww. zakresie, obejmujące: wywiad lekarski, wywiad zawodowy, wyniki badania przedmiotowego i badań dodatkowych, rozpoznanie oraz podsumowanie i uzasadnienie ustaleń orzecznicznych – zawarte były w treści opinii lekarskich, sporządzanych przez lekarzy orzeczników w trakcie badania.

Oddział dysponował wytycznymi naczelnego lekarza orzecznika ZUS, określającymi sposób opracowania orzeczenia, w tym uzasadnienia, oraz organizował dla lekarzy orzeczników szkolenia w tym zakresie.

W kontroli ustalono, że we wszystkich badanych 45 przypadkach, wydanie orzeczeń poprzedzone zostało przeprowadzeniem bezpośredniego badania i dokonaniem analizy dokumentacji medycznej. W 22 sprawach zasięgnięto opinii u konsultantów lekarzy ZUS lub psychologów, szczególnie w przypadkach, w których specjalizacja lekarza orzecznika nie odpowiadała schorzeniu głównemu osoby ubezpieczonej.

Stwierdzono, że – na 45 objętych badaniem orzeczeń – zaledwie w 6 przypadkach (13,3%) analizowano możliwość wydania orzeczenia o celowości rehabilitacji leczniczej, dokumentując to w treści opinii lekarskich, sporządzanych w trakcie badania przez lekarzy orzeczników, bądź lekarzy konsultantów. W badanych sprawach nie rozważano możliwości wydania orzeczenia o celowości przekwalifikowania zawodowego.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że lekarze orzecznicy, pracujący w Oddziale, podzieleni byli na 3 grupy – w zależności od posiadanej specjalizacji.

Z ustaleń kontroli wynikało, że przydział spraw, do jednej z 3 grup, dokonywany przez lekarzy nadzoru, związany był z charakterem schorzenia, zaś wyznaczenie lekarza orzecznika do rozpatrzenia konkretnego wniosku, odbywało się na zasadzie losowania, z wykorzystaniem aplikacji „*Wspomaganie Orzecznictwa*”. Losowanie to przeprowadzane było w przeddzień badania, o czym nie zawiadamiano osób ubezpieczonych. W treści zawiadomień, kierowanych do ubezpieczonych, podawano informacje o miejscu i czasie przeprowadzania badania, bez informacji dotyczących lekarzy przeprowadzających badanie.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, mechanizmy te wydatnie zmniejszają ryzyko wystąpienia przypadków korupcji.

W kontroli ustalono, że średni czas oczekiwania na badanie, liczony od daty złożenia wniosku do daty badania, w latach 2010 – 2011, wynosił: 18 i 16 dni w przypadku orzeczeń pierwszorazowych, 28 i 18 dni w przypadku orzeczeń ponownych oraz 24 i 17 dni w przypadku orzeczeń o braku niezdolności do pracy. Najdłuższy czas oczekiwania na badanie – dotyczący nr ewid. 2090233 – wynosił 46 dni. W I półroczu 2012 r. wskaźnik ten uległ poprawie i dla orzeczeń pierwszorazowych wyniósł 10 dni, dla pozostałych – 16 dni. Zgodnie z punktem 18 *Procedur wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie ZUS*, okres ten nie powinien przekraczać 14 dni.

W przypadku 24 analizowanych orzeczeń stwierdzono, że nastąpiło odroczenie ich wydania, w tym: w 22 przypadkach – z powodu konieczności uzyskania opinii konsultantów,

w 1 – w celu uzupełnienia dokumentacji medycznej i w 1 – wskutek konieczności wykonania badań dodatkowych. Z analizy tych orzeczeń wynika, że średni czas wydania orzeczenia po przeprowadzonej konsultacji wynosił 14 dni, przy czym – w 10 przypadkach – czas ten był dłuższy i wynosił od 17 do 30 dni. Stwierdzono 3 przypadki, w których osoby ubezpieczone oczekiwały na ostateczne rozstrzygnięcia nawet 2 miesiące, co dotyczyło spraw: nr ewid. 2106964 – 56 dni, nr ewid. 1051132 – 63 dni, nr ewid. 34402668 – 67 dni.

W kontroli ustalono, że w badanym okresie wydano ogółem około 55,6 tys. orzeczeń dot. niezdolności do pracy. Wśród nich – jedynie 12 dotyczyło celowości przekwalifikowania zawodowego ubezpieczonego. Konsekwencją tych 12 orzeczeń – w 7 przypadkach – było wydanie decyzji o przyznaniu rent szkoleniowych. Z korespondencji, prowadzonej przez Oddział z właściwymi miejscowo Powiatowymi Urzędami Pracy, organizatorami szkoleń, wynika, że w 2 przypadkach podjęto szkolenie w celu przekwalifikowania zawodowego, w 2 innych – zabrakło na to środków finansowych, a w 3 przypadkach – ww. urzędy nie udzieliły informacji o ewentualnym podjęciu szkoleń przez osoby ubezpieczone. W żadnym ze zbadanych przypadków nie stwierdzono, aby ubezpieczeni wystąpili – w okresie co najmniej 1 roku od zakończenia przekwalifikowania – o ponowne świadczenie z ZUS.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że – podobnie jak w przypadku orzeczeń o niezdolności do pracy – orzeczenia o celowości przyznania świadczenia rehabilitacyjnego oraz orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej posiadały zbliżoną treść.

Ustalono, że w orzeczeniach takich nie podawano konkretnych informacji o podstawie i okolicznościach przyznania świadczenia, a szczegółowe informacje w tym zakresie znajdowały się w treści opinii lekarskich.

Stwierdzono, że w 20 przypadkach, na 30 zbadanych, osoby ubezpieczone skorzystały z rehabilitacji leczniczej, zaś w pozostałych przypadkach przeprowadzenie rehabilitacji było niemożliwe ze względu na: rodzaj schorzeń nie kwalifikujących się do żadnego profilu rehabilitacji leczniczej ZUS; zbyt krótki okres świadczeń; sytuację rodzinną lub zdrowotną ubezpieczonych. Nie stwierdzono w Oddziale przypadków, aby ww. osoby, które nie skorzystały z rehabilitacji leczniczej, występowały ponownie o świadczenie z tyt. niezdolności do pracy.

W kontroli ustalono, że liczba zarzutów wadliwości wydanych orzeczeń, wniesionych w ramach prowadzonego nadzoru zwierzchniego – w stosunku do liczby takich orzeczeń ogółem – utrzymywała się na podobnym poziomie w badanym okresie i wynosiła ok. 1,5%.

Stwierdzono, że liczba wniesionych – przez osoby ubezpieczone – sprzeciwów do orzeczeń, stanowiła nieco ponad 13% liczby wydanych orzeczeń ogółem. Część z tych sprzeciwów została uznana za słuszne i Oddział zmieniał lub uchylał swoje poprzednie decyzje. Niezależnie od tego, w ok. 6,5% spraw, osoby ubezpieczone korzystały z prawa skierowania odwołań do sądów, z czego – w ok. ¼ przypadków – w sądach I instancji zapadały wyroki zmieniające.

Z uzasadnień wniesionych sprzeciwów, dotyczących spraw objętych kontrolą, wynika, iż główne przesłanki ich wniesienia to – zdaniem ubezpieczonych: konieczność zasięgnięcia opinii lekarzy konsultantów; niewłaściwa ocena stanu zdrowia, dokonana przez lekarzy orzeczników; nieuwzględnienie wszystkich wyników badań stanu zdrowia czy też błędne ustalenie daty powstania niezdolności do pracy.

W 22 sprawach, na 30 objętych kontrolą, komisje lekarskie Oddziału, rozpatrujące sprzeciwy, podjęły dodatkowe działania w celu wydania ponownego orzeczenia, tj.: badania, opinie konsultantów, uzupełnienie dokumentacji o informacje z leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego oraz zaświadczenia, wydane przez lekarzy leczących osoby ubezpieczone. Mimo tych działań, w 10 przypadkach ubezpieczeni wnieśli odwołania do sądów, które – w 3 sprawach – zmieniły decyzje wydane wcześniej przez Oddział.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia dokonywanie – przez głównego lekarza orzecznika Oddziału – kontroli wydawanych orzeczeń, w ramach bezpośredniego nadzoru nad działalnością lekarzy orzeczników.

Ustalono, że kontrolą taką objęto 60 badanych orzeczeń. Stwierdzono, że w 15 przypadkach główny lekarz orzecznik Oddziału, na podstawie upoważnienia, udzielonego przez Prezesa ZUS, zgłosił zarzuty wadliwości orzeczeń i przekazał sprawy do rozpatrzenia przez komisję lekarską Oddziału. Przesłankami wniesienia zarzutów wadliwości były głównie wątpliwości co do zgodności orzeczenia z zasadami orzecznictwa lekarskiego. Większość zgłoszonych zarzutów, tj. 12 – spośród 15 – komisja lekarska uznała za słuszne i zmieniła wcześniejsze orzeczenia. W 6 przypadkach – zdaniem głównego lekarza orzecznika Oddziału – przedłożona dokumentacja nie potwierdzała niezdolności do pracy; w 4 przypadkach ustalono błędne daty powstania niezdolności do pracy; w 1 przypadku należało stwierdzić

brak istnienia związku niezdolności do pracy z wypadkiem przy pracy i – też w 1 przypadku – należało osobę ubezpieczoną uznać za niezdolną do samodzielnej egzystencji.

W okresie: 2010 r. – I półrocze 2012 r., naczelny lekarz ZUS trzykrotnie obejmował kontrolą prawidłowość wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników Oddziału. Ustalenia tych kontroli dotyczyły głównie braku zgodności ustaleń orzecznicznych z zasadami orzecznictwa lekarskiego (w kilku procentach skontrolowanych spraw), co skutkowało koniecznością przekazania sprawy do rozpatrzenia przez komisję lekarską. Ponadto, w latach 2010 i 2011, wskazywano na zbyt długi czas oczekiwania na badania przez lekarzy orzeczników, który – liczony od daty wpływu wniosku do daty wyznaczonego badania – wynosił średnio, odpowiednio: 19 i 17 dni, a nie powinien przekraczać 2 tygodni.

W kontroli ustalono, że wszyscy lekarze orzecznicy – 29 osób, w tym główny lekarz orzecznik i jego 3 zastępcy – zatrudnieni byli w Oddziale na podstawie umów o pracę i przeszli przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS, zgodnie z § 11 ust. 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (Dz. U. z 2004 r. Nr 273, poz. 2711 ze zm.). Są oni specjalistami; każdy z nich posiada specjalizację, w tym – w 9 przypadkach – po dwie specjalizacje, zaś 20 lekarzy orzeczników posiada specjalizację II stopnia. Większość lekarzy to specjaliści w zakresie chorób wewnętrznych, uzupełnieni lekarzami innych specjalizacji, w tym w zakresie: medycyny pracy, endokrynologii, neurologii, chorób płuc, reumatologii, onkologii i medycyny rodzinnej.

W latach 2010 – 2012 (I półrocze) było 10 skarg na działalność lekarzy orzeczników, z tego 9 – uznano za niezasadne. We wszystkich przypadkach skargi załatwiono bez zbędnej zwłoki, skarżącym udzielono wyczerpujących odpowiedzi na sformułowane przez nich zarzuty oraz każdorazowo wyrażono ubolewanie i przeprosiny z powodu sytuacji, które skarżący uznali za niekomfortowe.

Wydatkowanie środków finansowych, przeznaczonych na wykonywanie orzecznictwa, Najwyższa Izba Kontroli ocenia jako celowe i zgodne z obowiązującymi przepisami.

W kontroli ustalono, że wydatki, poniesione na orzecznictwo, utrzymywały się na zbliżonym poziomie i wyniosły w: 2010 r. – 7.279 tys. zł; 2011 r. – 7.189 tys. zł; I połowie

2012 r. – 3.598 tys. zł. Średni koszt wydania 1 orzeczenia w latach 2010 – 2011 nieznacznie przekraczał 300 zł, zaś w I półroczu 2012 r. wynosił 299 zł. Najwyższy udział w wydatkach ogółem miały wydatki na wynagrodzenia i pochodne od wynagrodzeń, wypłacone lekarzom orzecznikom oraz pracownikom administracji i obsługi, które stanowiły ok. 70% wydatków na orzecznictwo. Na pozostałe wydatki, związane z orzekaniem, przeznaczono ok. 20% wydatków ogółem, zaś na wynagrodzenia z tytułu umów cywilno-prawnych – ok. 10%. Analiza rodzajowa kosztów wykazała, że najwyższy udział w pozostałych wydatkach, związanych z orzekaniem – sięgający 50% tych wydatków – miały wydatki dotyczące zwrotu kosztów podróży osób badanych.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, o gospodarnym podejściu do wydatkowania środków na wykonywanie orzecznictwa świadczy sposób wyboru podmiotów – do realizacji usług, związanych z wykonywaniem dodatkowych badań diagnostycznych, zleczanych przez lekarzy orzeczników oraz lekarzy konsultantów i psychologów – wykonujących badania konsultacyjne i opinie specjalistyczne na potrzeby orzecznictwa.

Ustalono, że – mimo braku obowiązku – Oddział stosował w takich przypadkach procedury, związane z realizacją zamówień publicznych, o których mowa w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych* (Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.). Wybierano te podmioty w drodze przetargów nieograniczonych, w których kryteria oceny stanowiły: cena oraz dostępność badań – w przypadku dodatkowych badań; cena – w przypadku konsultacji i opinii. W żadnym przypadku cena usługi za konsultację lub badanie nie przekraczała granicznej wielkości, ustalonej przez Prezesa ZUS dla takiego wydatku.

Taki sposób zlecania zadań miał także wpływ na wielkość ponoszonych w tym zakresie wydatków, które w 2010 r. wyniosły 749 tys. zł, w 2011 r. zmniejszyły się do 682 tys. zł, zaś w I półroczu 2012 r. sięgnęły kwoty 346 tys. zł.

W kontroli ustalono, że plany finansowe Oddziału na lata 2010 – 2012 sporządzane były według kont planistycznych kosztów działalności bieżącej i nie obejmowały podziału na poszczególne komórki merytoryczne, w tym na orzecznictwo lekarskie. Taki system planowania i podziału faktycznie ponoszonych kosztów stosowany jest przez Centralę ZUS. Ponoszone wydatki, przypisane do Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji – poza wydatkami bezpośrednio związanymi z orzecznictwem – obejmowały także wydatki na inne

zadania, wykonywane przez Wydział, np. dotyczące kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy, które to obowiązki wykonuje część pracowników oraz część lekarzy orzeczników. Powoduje to, że dane finansowe w zakresie przypisanym do Wydziału, nie do końca precyzyjnie prezentują rzeczywistą wielkość wydatków ponoszonych na orzecznictwo lekarskie ZUS dla celów rentowych.

Przedstawiając Panu Dyrektorowi powyższe uwagi i oceny, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie, na podstawie art. 60 ust. 2 ustawy o NIK, w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 czerwca 2012 r. – w związku z art. 2 *ustawy nowelizującej*, wnosi o:

- zapewnienie terminowości prowadzenia postępowań orzeczniczych, stosownie do wymogów, określonych w pkt. 18 *Procedur wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie ZUS*;
- rozważenie możliwości częstszego – niż dotychczas – orzekania o celowości przekwalifikowania zawodowego lub o skierowaniu na rehabilitację leczniczą osoby ubezpieczonej, przed wydaniem orzeczenia ustalającego niezdolność do pracy.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie, zwraca się do Pana Dyrektora, o przesłanie w terminie 14 dni od otrzymania niniejszego wystąpienia, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków oraz o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków lub przyczynach niepodjęcia takich działań.

Stosownie do art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 czerwca 2012 r. – w związku z art. 2 *ustawy nowelizującej*, przysługuje Panu Dyrektorowi, w terminie siedmiu dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Rzeszowie umotywowanych zastrzeżeń w sprawie zawartych w nim ocen, uwag i wniosków.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 czerwca 2012 r. – w związku z art. 2 *ustawy nowelizującej*, termin nadesłania informacji, o którym mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały w sprawie rozpatrzenia zastrzeżeń.