



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ-4101-06 -05/2012
P/12/105

Rzeszów, dnia października 2012 r.

Pani
Krystyna Domaradzka
Dyrektor Oddziału
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
w Jaśle

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 w Jaśle (Oddziale) – 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 13 września 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie, na podstawie art. 60 ust. 1 i 2 ustawy o *NIK*¹, przekazuje Pani Dyrektor niniejsze

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

Pozytywną ocenę uzasadnia w szczególności:

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

¹ w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 czerwca 2012 r. dla kontroli rozpoczętych przed tym dniem – 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.)

- dokonywanie – przez głównego lekarza orzecznika Oddziału – kontroli orzeczeń wydanych przez lekarzy, w ramach sprawowanego nadzoru.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła fakt, iż w okresie objętym kontrolą czterech lekarzy uczestniczyło w postępowaniach orzeczniczych, mimo iż nie odbyli oni szkolenia wymaganego postanowieniem § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. *w sprawie orzekania o niezdolności do pracy* (Dz. U. Nr 273, poz. 2711 ze zm.).

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

W kontroli ustalono, że Oddział dysponuje procedurą wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników - *Procedura Wydawania Orzeczeń przez Lekarzy Orzeczników i Komisje Lekarskie*. Procedura ta nie zawiera szczegółowych wskazań co do sposobu opracowania orzeczenia, a w szczególności wytycznych co do sposobu orzekania w konkretnych przypadkach schorzeń. Losowy przydział spraw do lekarzy orzeczników dokonywany był przy wykorzystaniu systemów elektronicznych – obecnie Kompleksowy System Informatyczny Wspomaganie Orzecznictwa, przy pomocy którego również sporządzano orzeczenia. System ten, służący do technicznego sporządzania orzeczeń lekarskich, umożliwia wydawanie (opracowanie) orzeczenia tylko w dniu badania i nie pozwala na dokonywanie poprawek w treści orzeczenia po dacie jego wydania.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, funkcjonujące w Oddziale zasady przydziału spraw i sporządzania orzeczeń, skutecznie zmniejszają ryzyko wystąpienia przypadków korupcji.

W kontroli ustalono, iż z treści uzasadnień orzeczeń nie wynikał związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy stwierdzonym uszczerbkiem na zdrowiu a jego wpływem na możliwość wykonywania pracy przez ubezpieczonych. W uzasadnieniach orzeczeń nie wskazywano też, jakie okoliczności uznano za podstawę przyjęcia trwałości – lub przewidywanego – okresu niezdolności do pracy. Treść tych uzasadnień była do siebie podobna, natomiast zawierano w niej elementy odnoszące się do wyłącznie do osoby badanej, np. wyniki badań dodatkowych, opinie konsultantów, zaświadczenia o stanie zdrowia, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, itp. Inne informacje, takie jak: wywiad lekarski, wywiad zawodowy, wyniki badania przedmiotowego i badań dodatkowych, rozpoznanie oraz podsumowanie i uzasadnienie ustaleń orzeczniczych – zawarte były w treści opinii lekarskich, sporządzanych przez lekarzy orzeczników w trakcie badania, które znajdują się w części zabezpieczonej przed dostępem osób trzecich.

W kontroli ustalono, iż Oddział wydał ogółem 2.470 orzeczeń pierwszorazowych w 2010 r., 2.955 takich orzeczeń w 2011 r. oraz 1.601 orzeczeń – w I połowie 2012 r., a dominujący udział miały

orzeczenia dla celów rentowych, ustalające uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego, tj. od 53% w 2010 r. do 56,9% w I półroczu 2012 r. Liczba wydanych orzeczeń ponownych w 2010 r. wyniosła 6.947, w 2011 r. – 7.498, a w I półroczu 2012 r. – 4.198. Dominujący udział, w ich ogólnej liczbie, miały orzeczenia dla celów rentowych ustalające częściową niezdolność do pracy – od 57,4% w I półroczu 2012 r. do 58% w 2011 r.

Na podstawie analizy 45 spraw (30 orzeczeń ustalających niezdolność do pracy i 15 orzeczeń o braku niezdolności do pracy), ustalono że:

- w 44 przypadkach wydanie orzeczeń poprzedzone zostało przeprowadzeniem bezpośredniego badania i dokonaniem analizy dokumentacji medycznej. W jednym przypadku orzeczenie zostało wydane tylko na podstawie analizy dokumentacji medycznej, co wynikało z rodzaju i zaawansowania schorzenia. W 13 przypadkach wyznaczenie lekarza dokonane zostało w oparciu o specjalizację właściwą schorzeniu ubezpieczonego, zaś w 5 przypadkach zlecana była konsultacja specjalistyczna;
- w dokumentacji 41 orzeczeń nie stwierdzono adnotacji bądź wpisów, dotyczących analizowania możliwości wydania orzeczenia o celowości rehabilitacji leczniczej, bowiem nie przewidziano żadnych procedur w tym zakresie. W 4 przypadkach wydano orzeczenia o celowości rehabilitacji leczniczej, a ich uzasadnieniem były opinie, sporządzone przez lekarzy orzeczników. W badanej grupie orzeczeń nie stwierdzono wpisów w dokumentacji, dotyczących analizowania możliwości wydania orzeczenia o celowości przekwalifikowania zawodowego;
- w 40 przypadkach Główny Lekarz Orzecznik dokonał kontroli orzeczeń, zaś w jednej sprawie zgłosił zarzut wadliwości, którego powodem był „*brak wystarczającego uzasadnienia dla orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy*”. Po rozpatrzeniu sprawy komisja lekarska Oddziału zmieniła ustalenia lekarza orzecznika i ustaliła że „*ubezpieczony nie jest całkowicie niezdolny do pracy*”.

Średni czas oczekiwania na badanie, liczony od daty złożenia wniosku do daty badania, w latach 2010 – 2011 i w I – półroczu 2012 r. wynosił - odpowiednio: 18, 15 i 16 dni - w przypadku orzeczeń pierwszorazowych; 28, 21 i 20 dni – w przypadku orzeczeń ponownych oraz: 18, 25 i 27 dni – w przypadku orzeczeń o braku niezdolności do pracy. Najdłuższy czas oczekiwania na badanie – (dotyczący nr ewid. 239173 i 154165). – wynosił 33 dni. Zgodnie z punktem 18 *Procedur wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie ZUS*, okres ten nie powinien przekraczać 14 dni.

W okresie objętym kontrolą wydano 5 orzeczeń o celowości przekwalifikowania zawodowego (w 2010 r. – 4, w I półroczu 2012 r. - 1). Orzeczenia takie wydawane były jedynie w takich przypadkach, w których – zdaniem lekarza orzecznika bądź komisji lekarskiej – wystąpiły okoliczności, uzasadniające

stwierdzenie celowości takiego przekwalifikowania. Przekwalifikowanie zawodowe okazało się we wszystkich przypadkach skuteczne – ubezpieczeni, na dzień zakończenia kontroli, nie pobierali świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

W kontroli ustalono, że w 2010 r. Oddział wydał 2123 orzeczenia o celowości przyznania świadczenia rehabilitacyjnego, w 2011 r. – 2230 tych orzeczeń, a w 2012 (I półrocze) – 1251. W wyniku analizy 15 takich orzeczeń stwierdzono, iż okres na jaki przyznawano świadczenie wynosił od 3 do 6 miesięcy. W przypadku wydawania przez lekarza orzecznika orzeczenia o dalszym ustaleniu uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, każdorazowo podstawą do takiego ustalenia było stwierdzenie istnienia rokowań co do odzyskania zdolności do pracy w okresie orzeczonych uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

W kontroli ustalono, iż liczba wydanych orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej wynosiła: 1.514 – w 2010 r., 1.405 – w 2011 r. oraz 804 – w I półroczu 2012 r. Największy udział w ich ogólnej liczbie miały orzeczenia wydane w związku z orzeczeniem o celowości przyznania świadczenia rehabilitacyjnego: 50,5% w 2010 r., 47,5% w 2011 r. i 44% w I półroczu 2012 r.

Spośród 15 takich orzeczeń, objętych analizą NIK, we wszystkich przypadkach orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej zostało wydane w ramach prewencji rentowej ZUS. W 14 spośród zbadanych spraw, ubezpieczeni zostali objęci rehabilitacją, a w 1 przypadku (z 2012 r.) ubezpieczony oczekiwał na wyznaczenie terminu rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego. Rehabilitacja lecznicza rozpoczynała się w terminie od ok. 1 do ok. 3 miesięcy od daty wydania orzeczenia o celowości jej przeprowadzenia.

Spośród 15 analizowanych orzeczeń, w 12 przypadkach osiągnięto cel związany z przeprowadzeniem rehabilitacji leczniczej ZUS. Ubezpieczeni w 10 przypadkach nie pobierają świadczeń z ubezpieczenia społecznego, gdyż nie utracili zdolności do pracy, a w 2 przypadkach pobierane jest świadczenie ustalone w czasie orzekania o celowości rehabilitacji leczniczej. W 3 przypadkach cel ten nie został osiągnięty, ponieważ – pomimo podjętej próby zapobieżenia utracie zdolności do pracy – schorzenia, będące udziałem ubezpieczonych, nadal powodowały istnienie niezdolności do pracy.

Ogólna liczba osób, w stosunku do których zostały wydane orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej, a osoby te nie skorzystały z rehabilitacji (rezygnacje i niestawiennictwa) wynosiła: w 2010 r. – 384 (25,4% w stosunku do liczby takich orzeczeń), w 2011 r. – 312 (22,2% takich orzeczeń), oraz

w I półroczu 2012 r. – 139 (17,3% takich orzeczeń). Powodem rezygnacji z rehabilitacji leczniczej lub niestawiennictwa w wyznaczonym terminie była m.in. nagła zmiana sytuacji rodzinnej lub zdrowotnej.

W kontroli ustalono, iż ubezpieczeni korzystali z prawa do wniesienia sprzeciwu od orzeczenia, a liczba sprzeciwów wyniosła: w 2010 r. – 1.104, w 2011 r. – 820, a w I półroczu 2012 r. – 492. Z uzasadnień wniesionych sprzeciwów, dotyczących 30 spraw objętych kontrolą NIK wynika, iż główne przesłanki ich wniesienia to – w opinii skarżących - niewłaściwa ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarzy orzeczników lub nieuwzględnienie wszystkich wyników badań stanu zdrowia. Spośród objętych analizą 15 orzeczeń komisji lekarskiej, zmieniających orzeczenia wydane przez lekarzy orzeczników, w 1 przypadku osoba ubezpieczona wniosła odwołanie do sądu, który zmienił decyzję Oddziału i ustalił prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy. Na 15 badanych orzeczeń komisji lekarskiej, podtrzymujących orzeczenia wydane przez lekarzy orzeczników, w 1 przypadku osoba ubezpieczona wniosła odwołanie do sądu, który zmienił decyzję Oddziału i ustalił prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy.

W kontroli ustalono, iż zarzutów wadliwości wydanych orzeczeń, wniesionych przez głównego lekarza orzecznika w Oddziale w ramach prowadzonego nadzoru zwierzchniego, było: w 2010 r. – 217, w 2011 r. – 97, w I półroczu 2012 r. – 67. W wyniku szczegółowej analizy 15 zarzutów wadliwości stwierdzono, że 12 z nich miało związek z orzeczeniami ustalającymi niezdolność do pracy dla świadczeń rentowych, 2 orzeczenia dotyczyły ustalenia uprawnień do dodatku pielęgnacyjnego, a 1 orzeczenie dotyczyło wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu. Głównymi przesłankami wniesienia zarzutów wadliwości były wątpliwości co do zgodności orzeczenia z zasadami orzecznictwa lekarskiego. Wszystkie zgłoszone zarzuty wadliwości zostały rozpatrzone przez Komisję Lekarską, która: w 13 przypadkach uznała zgłoszone zarzuty za zasadne i zmieniła wcześniejsze orzeczenia, a w 2 przypadkach nie uznała zasadności zarzutów i nie zmieniła treści orzeczeń.

W latach 2010 – 2012 (I półrocze) ubezpieczeni złożyli 19 skarg na działalność lekarzy orzeczników; wszystkie uznano za niezasadne, z czego 18 skarg załatwiono bez zbędnej zwłoki. Jedna skarga została załatwiona w terminie 38 dni, a przyczyną tego było rozpatrzenie sprzeciwu przez komisję lekarską. Skarżącym udzielono wyczerpujących odpowiedzi na sformułowane przez nich zarzuty.

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

W kontroli ustalono, że wszyscy lekarze orzecznicy – 17 osób, w tym główny lekarz orzecznik i jego zastępca – zatrudnieni byli w Oddziale na podstawie umów o pracę. Każdy z nich posiada specjalizację drugiego stopnia, a czterech – po 2 takie specjalizacje. Większość lekarzy to specjaliści w zakresie medycyny rodzinnej.

Czterej lekarze nie spełniali wymogów, określonych w § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. Nie odbyli oni przeszkolenia w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS, określonego w § 11 ust. 1 pkt 2 cyt. rozporządzenia. Lekarze ci orzekali, w okresie od 1 sierpnia 2011 r. (pierwszy z nich) do 8 maja 2012 r., łącznie w 2648 sprawach, mimo iż – zgodnie z powołanym przepisem – nie spełniali warunku, umożliwiającego im orzekanie bądź członkostwo w komisji lekarskiej. Osoby te zostały skierowane na szkolenie, którego pierwotny termin – 21-24 maja 2012 r. – uległ zmianie z przyczyn niezależnych od Oddziału. W dniu 5 sierpnia 2012 r. skierowano tych lekarzy ponownie na szkolenie, którego termin ustalono na 22-25 października br.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia dopuszczenie do orzekania 4 lekarzy, którzy nie spełniali wymogów, określonych cyt. przepisem ww. rozporządzenia.

Naczelnny lekarz ZUS dwukrotnie – w maju 2011 r. oraz w styczniu 2012 r. – obejmował kontrolą prawidłowość wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników Oddziału. Ustalenia tych kontroli dotyczyły głównie braku właściwego dokumentowania ustaleń orzecznicznych; nieprawidłowych ustaleń orzecznicznych, które dokonywane będą w oparciu o przeprowadzone badania oraz dokumentacje z przebiegu leczenia; a także skrócenia okresu oczekiwania na badanie przez lekarza orzecznika. Zalecenia Naczelnego lekarza ZUS dotyczyły, między innymi, zapewnienia: prawidłowego dokonywania ustaleń orzecznicznych, właściwego ich dokumentowania oraz skrócenia czasu oczekiwania osoby ubezpieczonej na badania przez lekarza orzecznika.

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

W kontroli ustalono, że wydatki, poniesione na orzecznictwo, ulegały zmniejszeniu i wynosiły: w 2010 r. – 3.076 tys. zł; w 2011 r. 2.540 tys. zł (82,6% w porównaniu do 2010 r.), w I połowie 2012 r. – 1.383 tys. zł. Dominujący 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%. Średni koszt wydania 1 orzeczenia wynosił: w 2010 r. – 327 zł, w 2011 r. – 243 zł, w I połowie 2012 r. – 238 zł.

Badania konsultacyjne i opinie specjalistyczne na potrzeby orzecznictwa w latach 2010 – 2011 były wykonywane na podstawie umów, zawieranych z usługodawcami. W postępowaniach na wybór wykonawców badań pomocniczych lub kardiologicznych, podstawowym i jedynym kryterium była cena i możliwość wykonywania wszystkich badań określonych w zaproszeniu do składania ofert. W przypadku konsultacji i opinii, jedynym kryterium wyboru była cena. Ustalono, iż cena usługi za konsultację lub badanie wynosiła 150 zł i nie przekraczała granicznej wielkości (tj. 170 zł.), ustalonej przez Prezesa ZUS dla takiego wydatku. Wydatki, na ten cel, ulegały zmniejszeniu i wynosiły: w 2010 r. – 844 tys. zł, w 2011 r. – 686 tys. zł (81,3% w stosunku do roku poprzedniego), w I półroczu 2012 r. – 308 tys. zł.

W kontroli ustalono, że plany finansowe na lata 2010 – 2012 sporządzane były w Oddziale według kont planistycznych kosztów działalności bieżącej. Plany te nie obejmowały podziału na poszczególne komórki merytoryczne, w tym na orzecznictwo lekarskie. Było to zgodne z systemem planowania i podziału faktycznie ponoszonych kosztów, stosowanym przez Centralę ZUS. Dane finansowe, odnoszące się do Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji, nieprecyzyjnie określają rzeczywistą wielkość wydatków ponoszonych na orzecznictwo lekarskie ZUS dla celów rentowych. Wynika to z faktu, iż wydatki, przypisane do Wydziału – oprócz wydatków bezpośrednio związanych z orzecznictwem – obejmują też wydatki na inne, wykonywane przez Wydział zadania, m.in. kontrolę prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wykonywaną przez część pracowników oraz część lekarzy orzeczników.

Przedstawiając Pani Dyrektor powyższe uwagi i oceny, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie, na podstawie art. 60 ust. 2 ustawy o NIK, wnosi o:

1. zapewnienie uczestnictwa w komisjach orzekających wyłącznie takich lekarzy, którzy spełniają wszystkie wymagania, określone w § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie *orzekania o niezdolności do pracy*.
2. 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.

3. zapewnienie terminowości prowadzenia postępowań orzeczniczych, stosownie do wymogów, określonych w pkt 18 *Procedur wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie ZUS*.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie, zwraca się do Pani Dyrektor, 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, przysługuje Pani Dyrektor, w terminie 7 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, termin nadesłania informacji, o którym mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały w sprawie rozpatrzenia zastrzeżeń.