



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

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

Wrocław, dnia 16 października 2012 r.

Pan
Antoni MALAKA
Dyrektor
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
Oddział we Wrocławiu

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹ (dalej: *ustawa o NIK*), w związku z art. 2 ustawy z 22 stycznia 2010 r. o zmianie *ustawy o NIK*² (dalej: *ustawa nowelizująca*), Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu skontrolowała Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we Wrocławiu (dalej: *Oddział*), w przedmiocie organizacji systemów orzecznictwa lekarskiego ZUS dla celów rentowych oraz orzekania o niepełnosprawności.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym 7 września 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli – na podstawie art. 60 ust. 1 *ustawy o NIK*, w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 czerwca 2012 r., w związku z art. 2 *ustawy nowelizującej* – przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia skontrolowany zakres działalności Oddziału.

Przyjęta ocena ogólna wynika z uwag i ocen częściowych przedstawionych poniżej.

1. W latach 2010-2012 (I półrocze) Oddział był przygotowany organizacyjnie do wykonywania zadań z zakresu orzecznictwa lekarskiego. Zatrudnieni w Oddziale lekarze orzecznicy, w liczbie (w przeliczeniu na pełne etaty) od 38,4 w I półroczu 2012 r. do 41,0 w 2010 r., stanowiącej ok. 53% ogółu zatrudnionych, posiadali wyma-

¹ Dz. U. z 2012 r. poz. 82.

² Dz. U. Nr 227, poz. 1482 ze zm.

gane kwalifikacje, określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy³, w tym niezbędną specjalizację.

2. Oddział prawidłowo prowadził działania związane z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów świadczeń rentowych. Przy wykonywaniu zadań z tego zakresu przestrzegane były zasady określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, a także w opracowanych przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego ZUS wytycznych pt. „Procedura wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie Zakładu” oraz w materiałach szkoleniowych naczelnego lekarza ZUS, wydawanych w formie zeszytów składających się na cykl „Vademecum Lekarza Orzecznika”.

W badanym okresie lekarze orzecznicy Oddziału wydali 11.079 pierwszorazowych i 27.411 ponownych orzeczeń dla celów rentowych, które stanowiły odpowiednio 90,6% wszystkich orzeczeń pierwszorazowych i 92,2% całości orzeczeń ponownych.

Na ogólną liczbę pierwszorazowych orzeczeń rentowych składało się m.in.: 2.887 (26,1%) orzeczeń ustalających częściową i całkowitą niezdolność do pracy, bądź niezdolność do samodzielnej egzystencji, 2.816 (25,4%) orzeczeń ustalających brak niezdolności do pracy, 5.372 (48,5%) orzeczeń ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego. Z kolei ogólna liczba wydanych w badanym okresie ponownych orzeczeń rentowych obejmowała m.in.: 16.476 (60,1%) orzeczeń ustalających częściową i całkowitą niezdolność do pracy, bądź niezdolność do samodzielnej egzystencji, 6.072 (22,2%) orzeczeń ustalających brak niezdolności do pracy, 4.859 (17,7%) orzeczeń ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego. Analiza 30 losowo wybranych orzeczeń ustalających niezdolność do pracy (po 5 z każdego roku objętego kontrolą zarówno orzeczeń pierwszorazowych, jak i ponownych) wykazała, iż we wszystkich tych przypadkach:

- przed wydaniem takiego orzeczenia analizowano możliwość wydania orzeczenia o celowości przekwalifikowania zawodowego lub rehabilitacji leczniczej;
- orzeczenia wydano po przeprowadzeniu badania bezpośredniego i na podstawie wymienionej w nich dokumentacji medycznej, tj. zgodnie z § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy;
- w uzasadnieniach orzeczeń wskazywano na uwzględnienie przy ich dokonywaniu: stopnia naruszenia sprawności organizmu, możliwości jej przywrócenia w drodze leczenia i rehabilitacji, rodzaju i charakteru oraz możliwości wykonywania dotychczasowej pracy, możliwości podjęcia innej pracy, celowości przekwalifikowania zawodowego, poziomu wykształcenia, wieku, predyspozycji psychofizycznych, tj. przesłanek wynikających z art. 13 ust. 1 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych⁴;
- można było wywnioskować, jakie były przesłanki i ustalenia lekarza orzecznika dotyczące trwałości lub przewidywanego okresu niezdolności do pracy;
- nie zamieszczano informacji wrażliwych, dotyczących stanu chorobowego orzekanej osoby (znajdowały się one w opinii lekarskiej, dostępnej dla personelu medycznego).

³ Dz. U. Nr 273, poz. 2711 ze zm.

⁴ Dz. U. z 2009 r. nr 153, poz. 1227 ze zm.

Zauważyć jednak należy, iż w przypadku 4 badanych orzeczeń pierwszorazowych specjalność lekarza orzecznika nie odpowiadała schorzeniu głównemu osoby badanej. Powodem tego były braki kadrowe wśród lekarzy psychiatrów, bądź choroba lekarza orzecznika, wylosowanego do wydania orzeczenia. Tym niemniej w każdym takim przypadku wydanie orzeczenia poprzedzone zostało opinią lekarza konsultanta ZUS o właściwej specjalności. Także w przypadku 2 badanych orzeczeń ponownych specjalizacja lekarza orzecznika nie odpowiadała schorzeniu głównemu osoby badanej, przy czym w jednej z tych spraw wydane orzeczenie poprzedzone zostało opinią lekarza konsultanta ZUS o właściwej specjalności, a w drugiej sprawie osoba była wcześniej badana przez odpowiedniego specjalistę.

NIK nie wnosi także zastrzeżeń do wydawanych orzeczeń o braku niezdolności do pracy. Analiza 15 wybranych losowo takich orzeczeń (po 5 z każdego roku objętego kontrolą) wykazała, iż wszystkie wydano po przeprowadzeniu badania bezpośredniego, na podstawie wymienionej w nich dokumentacji medycznej, przy zachowaniu zasad określonych w *ustawie z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych*. Przy dokonywaniu ustaleń orzeczniczych uwzględniono: stopień naruszenia sprawności organizmu, rodzaj i charakter oraz możliwość wykonywania dotychczasowej pracy, poziom wykształcenia, wiek, predyspozycje psychofizyczne. We wszystkich tych sprawach specjalizacja lekarza orzecznika odpowiadała schorzeniu głównemu osoby badanej.

3. Orzekanie o celowości przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej przebiegało w Oddziale zgodnie z zasadami określonymi w *ustawie z 17 grudnia 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych*⁵, oraz w *rozporządzeniu Rady Ministrów z 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne*⁶. Kwestia rehabilitacji leczniczej była regulowana także wytycznymi naczelnego lekarza ZUS, będącymi do dyspozycji lekarzy orzeczników. Tematyka ta była też poruszana na szkoleniach prowadzonych przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego ZUS dla głównych lekarzy orzeczników i ich zastępców, jak również była tematem szkoleń organizowanych przez głównego lekarza orzecznika Oddziału dla lekarzy orzeczników. Prawidłowość spełniania warunków i wymogów formalnych tego rozporządzenia stwierdzono na przykładzie 15 orzeczeń ze wskazaniem rehabilitacji leczniczej, wybranych losowo (po 5 z każdego badanego roku) spośród w sumie 5590 takich orzeczeń, z czego 2062 wydanych w 2010 r., 2383 w 2011 r. i 1145 w I półroczu 2012 r. Ustalono, iż we wszystkich badanych przypadkach osoby objęte orzeczeniem o potrzebie rehabilitacji nie odmówiły przyjęcia świadczenia i zostały nim objęte w terminie do 3 miesięcy.

4. Oddział przestrzegał przepisów dotyczących przekwalifikowania zawodowego, określonych w *ustawie z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych*, a także w wydanym na jej podstawie *rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy*. W okresie objętym kontrolą wydano 8 orzeczeń o celowości przekwalifikowania zawodowego ubezpieczonego, przy czym tylko w 1 przypadku postępowanie zakończyło się szkoleniem zawodowym i uzyskaniem

⁵ Dz. U. z 2009 r., Nr 205, poz. 1585 ze zm.

⁶ Dz. U. Nr 131, poz. 1457.

nowych kwalifikacji. Powodem nieskuteczności wydawanych orzeczeń o celowości przekwalifikowania zawodowego były przede wszystkim: nie wydanie przez organ rentowy decyzji o przyznaniu renty szkoleniowej (2 przypadki), informacje powiatowych urzędów pracy o braku możliwości przekwalifikowania zawodowego (3 przypadki), odmowa przekwalifikowania przez ubezpieczonego (1 przypadek).

5. W okresie objętym kontrolą wydano 5372 orzeczeń pierwszorazowych i 4.859 orzeczeń ponownych, uzasadniających celowość przyznania świadczenia rehabilitacyjnego. Analiza kontrolna 15 z nich (po 5 z każdego roku) wykazała, że orzeczenia i decyzje w tej sprawie wydano z zachowaniem terminów i zasad określonych w art. 18 i 19 *ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa*⁷. I tak, w 13 przypadkach wydano orzeczenia uzasadniające celowość świadczenia rehabilitacyjnego i przyznające je na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy, a w 2 przypadkach uznano, że ubezpieczony nie jest niezdolny do pracy, co – w związku z wniesionym sprzeciwem – podtrzymała komisja lekarska.

6. Oddział rzetelnie i w zgodzie z obowiązującymi wymogami prowadził sprawy sprzeciwów od orzeczeń lekarza orzecznika oraz zarzutów wadliwości, zakończonych sądowym postępowaniem odwoławczym. W analizowanym czasie osoby ubiegające się o przyznanie świadczenia rentowego skierowały na drogę postępowania sądowego ogółem 2575 spraw, z czego 1069 w 2010 r., 1076 w 2011 r. i 430 w I półroczu 2012 r. Odsetek odwołań uwzględnionych przez sądy miał przy tym tendencję malejącą i wynosił: 27,2% w 2010 r., 25,5% w 2011 r. i 19,8% w I półroczu 2012 r. Badania kontrolne wybranych losowo 30 odwołań do sądu (po 15 negatywnych i pozytywnych dla ubezpieczonego) wykazały, że Oddział analizował w badanych sprawach wniesione odwołania i wcześniejsze w tych sprawach sprzeciwy do komisji lekarskiej oraz ustosunkowywał się do nich.

7. NIK pozytywnie ocenia sprawowanie przez głównego lekarza orzecznika Oddziału nadzoru nad działalnością lekarzy orzeczników w zakresie orzecznictwa o niezdolności do pracy. Na przykładzie 15 losowo wybranych orzeczeń o niezdolności do pracy, w których w ramach nadzoru ujawniono nieprawidłowości, stwierdzono bowiem, że główny lekarz orzecznik lub jego zastępcy w sposób prawidłowy realizowali zadania określone w § 13 *rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy*, w tym dotyczące kontroli prawidłowości gromadzenia dokumentacji niezbędnej do wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika oraz kontroli orzeczeń pod względem merytorycznym i formalnym. Efektem takiej kontroli było m.in. pisemne zgłoszenie wadliwości orzeczenia wraz z uzasadnieniem do rozpatrzenia przez komisję lekarską. Również w ramach nadzoru bezpośredniego prowadzone były szkolenia lekarzy orzeczników, których odbyło się 11 w 2010 r., 10 w 2011 r. i 4 w I półroczu 2012 r.

8. NIK nie wnosi uwag do systemu przyjmowania i rozpatrywania przez Oddział skarg na działania lekarzy orzeczników i komisji lekarskiej. W latach 2010-2012 (I półrocze) zarejestrowano w sumie 22 skargi, z których 1 uznano za zasadną. Wszystkie skargi rozpatrzono z zachowaniem terminu przewidzianego w art. 35 *ustawy z 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego*⁸, tj. bez zbędnej zwłoki, w terminie miesiąca od dnia

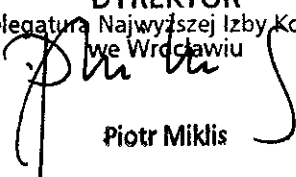
⁷ Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512 ze zm.

⁸ Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071 ze zm.

ich wpływu do Oddziału. Dotyczyły one przede wszystkim niewłaściwego zachowania lekarzy i sposobu przeprowadzenia badania.

9. Oddział celowo, legalnie i gospodarnie wydatkował w okresie objętym kontrolą środki przeznaczone na działalność systemu orzecznictwa lekarskiego. Na działalność w tym zakresie Oddział przeznaczył: 6 927,3 tys. zł w 2010 r., 7 437,7 tys. zł w 2011 r. oraz 3 944,2 tys. zł w I półroczu 2012 r. Przedmiotowe wydatki w ponad 58,4% przeznaczono na wynagrodzenia wraz z pochodnymi lekarzy orzeczników oraz w ponad 17,7% na wynagrodzenia wraz z pochodnymi pracowników administracji i obsługi. Koszt wydania jednego orzeczenia zmniejszył się w tym czasie ze 145,52 zł w 2010 r. do 135,90 zł w 2011 r. i 131,75 zł w I półroczu 2012 r. Zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, zamówienia na dodatkowe opinie lekarskie, zasięgane na potrzeby orzekania przez lekarzy orzeczników, udzielane były podmiotom świadczącym takie usługi z wyłączeniem przepisów o zamówieniach publicznych. Tym niemniej ich wybór poprzedzano, co należy ocenić pozytywnie, skierowaniem do placówek służby zdrowia zapytań ofertowych o możliwości realizacji określonych badań lekarskich.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK (w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 czerwca 2012 r. – w związku z art. 2 ustawy nowelizującej), w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Panu Dyrektorowi prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora Najwyższej Izby Kontroli Delegatury we Wrocławiu, umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen i uwag, zawartych w tym wystąpieniu.

DYREKTOR
Delegatura Najwyższej Izby Kontroli
we Wrocławiu

Piotr Miklis

