



# NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA-4101-09-05/2012  
P/12/105

Warszawa, 14 sierpnia 2012 r.

**Pan  
Ryszard Makuch  
Dyrektor Zakładu Ubezpieczeń Społecznych  
Oddział w Radomiu**

## WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>1</sup>, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie przeprowadziła w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Radomiu<sup>2</sup> kontrolę organizacji systemu orzecznictwa lekarskiego ZUS dla celów rentowych w latach 2010-2012 (I półrocze).

W związku z kontrolą, której wyniki zostały przedstawione w protokole podpisanym 6 sierpnia 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 NIK<sup>3</sup>, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

**Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie wykonywanie zadań objętych kontrolą, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości.**

1. W latach 2010-2012 (I półrocze) Oddział wydał 10 816 orzeczeń dla celów rentowych, w tym 2 322 pierwszorazowych i 8 494 ponownych. Analiza 45 orzeczeń lekarskich, w tym 30 ustalających niezdolność do pracy i 15 ustalających brak niezdolności do pracy wykazała, że zostały one wydane przez lekarzy orzeczników zgodnie z § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy<sup>4</sup>. Orzeczenia były wydawane na wniosek właściwej komórki organizacyjnej Oddziału – na druku określonym w *Procedurze wydawania orzeczeń przez lekarzy*

<sup>1</sup> Dz.U. z 2012 r., poz. 82, zwana dalej „ustawą o NIK”.

<sup>2</sup> Dalej także: *Oddział*

<sup>3</sup> Dz.U. Nr 227, poz. 153 ze zm., zwana dalej „ustawą nowelizującą”.

<sup>4</sup> Dz.U. Nr 273, poz. 2711 ze zm., zwane dalej „rozporządzeniem MPS”.

orzeczników i komisje lekarskie Zakładu<sup>5</sup> – i zawierały dane określone w § 2 ust. 2 rozporządzenia MPS, a do wniosków dołączona była dokumentacja obejmująca dane określone w § 2 ust. 3 tego rozporządzenia.

We wszystkich 45 orzeczeniach lekarze orzecznicy Oddziału, zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych<sup>6</sup>, dokonali oceny niezdolności do pracy, a następnie ustalili stopień niezdolności do pracy, trwałość lub przewidywany okres tej niezdolności lub brak niezdolności do pracy. Lekarze orzecznicy przy wydawaniu orzeczeń przestrzegali uregulowań określonych w rozporządzeniu MPS oraz Procedurze. Wszystkie orzeczenia wydane zostały zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia MPS, tj. po przeprowadzeniu bezpośredniego badania ubezpieczonych i w oparciu o zgromadzoną dokumentację leczenia. W orzeczeniach wymieniano również przesłanki z art. 13 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

Stwierdzono również, że w uzasadnieniu orzeczeń lekarze orzecznicy Oddziału nie przedstawiali zindywidualizowanej oceny stanu zdrowia ubezpieczonych, w związku z czym były one formułowane w sposób jednakowy lub bardzo podobny dla różnych osób.

NIK wskazuje na praktykę wydawania orzeczeń przez lekarzy niebędących specjalistami w orzekanej jednostce chorobowej i jednocześnie, sporadyczne korzystanie w takich przypadkach z opinii lekarzy konsultantów Oddziału. W 15 sprawach, na 45 zbadanych orzeczeń, specjalizacja lekarzy orzekających nie odpowiadała schorzeniu ubezpieczonego. Tylko w jednej z tych spraw skorzystano z opinii lekarza konsultanta. Wydawanie orzeczeń przez lekarzy niebędących specjalistami w orzekanych schorzeniach wynikało z losowego sposobu przydzielania sprawy do rozpatrzenia lekarzom orzecznikom, bez powiązania z rodzajem schorzenia osoby ubezpieczonej.

Tylko w 11 kontrolowanych sprawach, przed sporządzeniem orzeczenia, ubezpieczeni zgodnie z Procedurą oczekiwali na badanie lekarskie przez okres do dwóch tygodni od daty wpływu wniosku o wydanie orzeczenia. W pozostałych analizowanych sprawach czas oczekiwania na badanie przez lekarza orzecznika wynosił od 15 do 30 dni.

2. W latach 2010-2012 (I półrocze) lekarze orzecznicy Oddziału nie wydali żadnego orzeczenia o celowości przekwalifikowania zawodowego, ponieważ – jak wyjaśnił Główny Lekarz Orzecznik Oddziału<sup>7</sup> – lekarze orzecznicy nie stwierdzili wskazań do przekwalifikowania zawodowego. Tymczasem, w ramach nadzoru sprawowanego przez Komisje Lekarskie ZUS II Oddziału w Warszawie<sup>8</sup>, w związku ze złożeniem przez GLO zarzutu wadliwości orzeczenia lub złożeniem przez ubezpieczonych sprzeciwów od orzeczeń lekarzy orzeczników, wydanych zostało 5 orzeczeń o celowości przekwalifikowania zawodowego.

---

<sup>5</sup> Z 10 maja 2011 r. (znak: 994800/0214/35/2011) obowiązująca od 16 maja 2011 r. Od 1 stycznia 2010 r. do 15 maja 2011 r. obowiązywała procedura z 18 grudnia 2009 r. (znak: 994800/0214-71/2009). Zwane dalej „Procedurą”.

<sup>6</sup> Dz.U. z 2009 r. Nr 153 poz. 1227 ze zm. Zwana dalej „ustawą o emeryturach i rentach z FUS.”

<sup>7</sup> Protokół ustnego wyjaśnienia z 2 sierpnia 2012 r. Główny Lekarz Orzecznik jest zwany dalej „GLO”.

<sup>8</sup> Zgodnie z zarządzeniem Prezesa ZUS nr 47 z 10 listopada 2009 r. komisje te rozpatrują w trybie nadzoru sprawy orzecznictwa o niezdolności do prac z terenu Oddziału w Radomiu.

3. Liczba wydanych w badanym okresie 4 161 orzeczeń o celowości przyznania świadczenia rehabilitacyjnego wskazuje na realizację rozwiązań prawnych, które umożliwiają osobie ubezpieczonej, nadal niezdolnej do pracy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, powrót do niej w drodze dalszego leczenia lub rehabilitacji.

Badanie 15 orzeczeń o potrzebie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego wykazało, że zostały one wydane zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa<sup>9</sup>. Oddział przyznawał ubezpieczonym prawo do świadczenia rehabilitacyjnego na okres od 3 do 12 miesięcy, tj. na okres określony w art. 18 ust. 2 tej ustawy. NIK zwraca uwagę na wysoką skuteczność tego świadczenia. Spośród 15 badanych spraw w 11 przypadkach po wykorzystaniu świadczenia rehabilitacyjnego nastąpiło przywrócenie zdolności do pracy, a w pozostałych 4 sprawach nie upłynął jeszcze okres korzystania ze świadczenia.

4. W okresie objętym kontrolą potrzebę rehabilitacji orzeczono w wypadku 3 450 osób. Na podstawie analizy 15 spraw stwierdzono, że 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>10</sup>. Objęte kontrolą orzeczenia wydane zostały w trybie określonym w § 3 i 4 tego rozporządzenia, tj. przy orzekaniu o niezdolności do pracy dla celów rentowych oraz ubezpieczonym, którzy rokowali odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji. Spośród 12 osób, które odbyły rehabilitację (do końca kontroli NIK) 10 odzyskało zdolność do pracy, a pozostałe dwie osoby uznano za niezdolne do pracy i przyznano im renty okresowe.

5. W latach 2010-2012 (I półrocze) osoby ubezpieczone wniosły – w trybie określonym w art. 14 ust. 2a-2b ustawy o emeryturach i rentach z FUS – 2 127 sprzeciwów do orzeczeń lekarzy orzeczników, co stanowiło 5% ogółu wydanych orzeczeń (42 063). Komisje lekarskie podtrzymały ustalenia lekarzy orzeczników w 1 732 przypadkach (81,4%) a w pozostałych 395 (16,6%) sprawach zmieniły je.

W analizowanym okresie osoby ubiegające się o przyznanie świadczenia rentowego skorzystały w 991 przypadkach z prawa skierowania sprawy na drogę postępowania sądowego odwołując się od orzeczeń lekarzy orzeczników i komisji lekarskich. Sąd I instancji po rozpatrzeniu tych spraw w 115 przypadkach (11,6%) uwzględnił odwołania.

6. Nadzór GLO nad działalnością lekarzy orzeczników sprawowany był zgodnie z § 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia MPS, poprzez m.in. kontrolę wydawanych orzeczeń oraz prowadzenie szkoleń lekarzy. GLO lub jego zastępca, posiadając upoważnienie Prezesa ZUS, dokonywali wyrywkowej kontroli merytorycznej i formalnej orzeczeń lekarzy orzeczników i zgłaszali zarzuty wadliwości orzeczeń, zgodnie z ustaloną Procedurą w tym zakresie. W latach 2010-2012 (I półrocze) GLO i jego zastępca sprawdzili 6 409 orzeczeń, w przypadku 249 orzeczeń zgłosili zarzut wadliwości, a 29 spraw przekazano do rozpatrzenia w trybie nadzoru.

---

<sup>9</sup> Dz.U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512 ze zm.

<sup>10</sup> Dz.U. Nr 131, poz. 1457.

Komisje lekarskie w 51 sprawach podtrzymały orzeczenia lekarzy orzeczników, a w 220 przypadkach orzeczenia zostały zmienione (7 spraw było w trakcie rozpatrywania).

Realizując obowiązek prowadzenia szkoleń lekarzy orzeczników w zakresie orzecznictwa o niezdolności do pracy GLO sporządzał coroczne plany szkoleń. Wszystkie zaplanowane szkolenia (13) zostały zrealizowane, a ich tematyka dotyczyła m.in.: orzekania o niezdolności do pracy i rehabilitacji leczniczej w różnych schorzeniach, procedur wydawania orzeczeń oraz błędów orzeczniczych będących podstawą wniesienia zarzutów wadliwości. Ponadto lekarze orzecznicy odbyli w latach 2010-2012 (I półrocze) tzw. szkolenia elektroniczne dotyczące m.in. orzekania w schorzeniach: psychiatrycznych, neurologicznych, narządu ruchu, układu oddechowego, układu krążenia, laryngologicznych, narządu wzroku oraz procentowym uszczerbku na zdrowiu. Lekarze orzecznicy, w latach objętych kontrolą, uczestniczyli także w szkoleniach organizowanych przez Departament Spraw Pracowniczych i Biuro Kadr i Szkolenia ZUS (łącznie 36 szkoleń).

7. W latach 2010-2012 (I półrocze) Oddział był przygotowany organizacyjnie do wykonywania zadań z zakresu orzecznictwa lekarskiego. Na koniec I półrocza 2012 r. zatrudnionych było (na podstawie umowy o pracę) 11 lekarzy orzeczników, w tym główny lekarz orzecznik i jego zastępca. Wszyscy lekarze orzecznicy zatrudniani w Oddziale spełniali warunki określone w § 11 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia MPS, tj. posiadali specjalizację medyczną II stopnia oraz posiadali zaświadczenia o ukończeniu szkoleń dla lekarzy orzeczników. Główny Lekarz Orzecznik, stosownie do § 13 ust. 3 tego rozporządzenia, posiadał ponad pięcioletnią praktykę w zakresie orzecznictwa. W strukturze organizacyjnej Oddziału wyodrębniono także Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji, do którego zadań należała m.in. obsługa administracyjno-techniczna postępowań orzeczniczych, lekarzy orzeczników oraz skierowań na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS.
8. Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi uwag do systemu przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania przez Oddział skarg. W latach objętych kontrolą do Oddziału wpłynęło pięć skarg na lekarzy orzeczników, które dotyczyły sposobu przeprowadzania przez nich badania. Wszystkie uznano za bezzasadne, a przy ich rozpatrywaniu przestrzegano trybu i terminów określonych w art. 237 § 1 oraz art. 238 § 1 kpa<sup>11</sup>.
9. Wydatki Oddziału na orzecznictwo w latach 2010-2012 (I półrocze) wyniosły odpowiednio 2 262,8 tys. zł, 2 322,4 tys. zł i 1 157,5 tys. zł. Największy udział w wydatkach ogółem stanowiły wynagrodzenia, które wraz z pochodnymi wyniosły w: 2010 r. – 1 818,2 tys. zł, 2011 r. – 1 778,7 tys. zł i I półroczu 2012 r. – 894,3 tys. zł i stanowiły odpowiednio: 80,3%, 76,6% i 77,31% wydatków ogółem. Koszt wydania jednego orzeczenia w tym okresie zmniejszał się i wyniósł odpowiednio: 147,40 zł, 130,60 zł i 129,70 zł.

W latach objętych kontrolą zlecono lekarzom konsultantom oraz psychologom wykonanie łącznie 3,7 tys. opinii. Koszty wydania tych opinii wyniosły ogółem 628,8 tys. zł. Kontrola wydatków w kwocie 7,2 tys. zł poniesionych na wykonanie 45 opinii nie wykazała nieprawidłowości. Wydatki zrealizowano zgodnie

---

<sup>11</sup> Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2000 r., Nr 98, poz. 1071 ze zm.).

z postanowieniami umów zawartych z konsultantami, a koszt jednej opinii lekarza specjalisty i psychologa wynosił 160 zł i nie przekraczał maksymalnej kwoty ustalonej przez Prezesa ZUS (170 zł)<sup>12</sup>. Wydane opinie zostały wykorzystane przez lekarzy orzeczników w procesie orzeczniczym.

Wszyscy lekarze konsultanci, zatrudnieni przez Oddział w latach objętych kontrolą (27 lekarzy), spełniali wymogi określone w pkt 87 Procedury, tj. posiadali II stopień specjalizacji i przedłożyli zaświadczenie dotyczące postawy etycznej lekarza lub informacje o niekaralności zawodowej wydane przez Naczelną Izbę Lekarską lub właściwą Okręgową Izbę Lekarską.

Stwierdzono jednak, że w latach objętych kontrolą, Oddział współpracował tylko z jednym konsultantem w następujących specjalizacjach: reumatologii, endokrynologii, ginekologii, urologii, dermatologii, neurologii, i stomatologii. Było to niezgodne z pkt. 88 Procedury, w którym ustalono, że każdy Oddział ZUS współpracuje z co najmniej dwoma konsultantami posiadającymi tę samą specjalizację.

10. Oddział ZUS w Radomiu zrealizował wnioski sformułowane po przeprowadzonej w 2004 r. kontroli P/04/102 *Funkcjonowanie systemu orzecznictwa lekarskiego ZUS dla celów rentowych oraz orzekania o niepełnosprawności.*

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

- 1) uwzględnianie przy wydawaniu orzeczeń wskazań o celowości przekwalifikowania zawodowego,
- 2) zatrudnianie lekarzy konsultantów w liczbie określonej w pkt. 88 Procedury,
- 3) zapewnienie maksymalnie czternastodniowego czasu oczekiwania ubezpieczonego na badanie lekarza orzecznika.

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, w brzmieniu obowiązującym do 1 czerwca 2012 r., w związku z art. 2 ustawy nowelizującej, zwraca się do Pana Dyrektora o przedstawienie, 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 przyczynach niepodjęcia takich działań.

Stosownie do art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w brzmieniu obowiązującym do 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 Delegatury NIK w Warszawie, 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 nowelizującej, termin nadesłania informacji, o którym mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej Komisji NIK.

---

<sup>12</sup> Pisma: z 14 stycznia 2009 r. (znak: 994800/0214/7/2009) i z 28 lutego 2011 r. (znak: 994800/0214-18/2011).