



**NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI**  
Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny

KPS-4101-02-02/2012  
P/12/105

Warszawa, dnia 7 września 2012 r.

**Pani  
Alicja Trojanowska  
Dyrektor  
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych  
II Oddziału w Warszawie**

**WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>1</sup>, zwanej dalej ustawą o NIK, Najwyższa Izba Kontroli – Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny przeprowadziła w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych – II Oddziale w Warszawie kontrolę w zakresie 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 19 sierpnia 2012 r., na podstawie art. 60 ust. 1 i 2 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 Najwyższej Izbie Kontroli<sup>2</sup>, przekazuję Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych uchybień, wykonywanie zadań objętych kontrolą. Ocenę tę uzasadniają następujące ustalenia kontroli i oceny cząstkowe.

1. W okresie objętym kontrolą Oddział był organizacyjnie przygotowany do wykonywania zadań z zakresu orzecznictwa. Na podstawie umowy o pracę zatrudniano 49 lekarzy orzeczników, w tym głównego lekarza orzecznika i 4 jego zastępców oraz 16 lekarzy – członków komisji lekarskich (łącznie z przewodniczącym). W strukturze organizacyjnej wyodrębniono, liczący 45 etatów, Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji, do zadań którego należała obsługa administracyjno-techniczna postępowań orzecznich, lekarzy orzeczników i komisji lekarskich oraz współpraca z konsultantami, zakładami i placówkami opieki zdrowotnej.
2. Lekarze orzecznicy i członkowie komisji lekarskich posiadali specjalizacje w dziedzinach medycyny, określonych w § 11 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy<sup>3</sup>. Funkcję lekarza orzecznika (członka komisji lekarskiej) może wykonywać osoba, która spełnia równocześnie warunek określony w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia, czyli została przeszkolona w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS. Stwierdzono, że 16 lekarzy orzeczników i 3 członków komisji lekarskich orzekało czasowo bez odbycia tego szkolenia.

<sup>1</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82.

<sup>2</sup> Dz. U. Nr 227, poz. 1482 ze zm.

<sup>3</sup> Dz. U. Nr 273, poz. 2711 ze zm.

Najwyższa Izba Kontroli przyjmuje w tej sprawie wyjaśnienia Głównego Lekarza Orzecznika, że zwłoka w odbyciu szkolenia miała związek z uwarunkowaniami organizacyjnymi – terminarzem szkoleń organizowanych przez Centralę ZUS (ich częstotliwość zależy od liczby uczestników zgłoszonych przez oddziały, ze względu na brak możliwości przeszkolenia wszystkich lekarzy bezpośrednio po podjęciu zatrudnienia). Ustalono, że osoby te zostały przeszkolone, zgodnie z zaleceniami Naczelnego lekarza ZUS z dnia 10 czerwca 2005 r., według *Programu szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników* (ZUS GLO/PKL), w formie indywidualnego szkolenia, co potwierdzone zostało stosownymi zaświadczeniami.

3. Analiza formalnej poprawności 260 orzeczeń z okresu lat 2011-2012 (I półrocze)<sup>4</sup>, ustalających w szczególności niezdolność do pracy lub jej brak wykazała, że przestrzegane były tryb i zasady określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. Orzeczenia wydano (§ 4 ust. 1) po przeprowadzeniu bezpośredniego badania osoby ubezpieczonej i na podstawie zgromadzonej dokumentacji lekarskiej. W 29 przypadkach, przed wydaniem orzeczenia, lekarze orzecznicy zasięgali opinii konsultanta: lekarza specjalisty lub psychologa. Podstawową przyczyną zasięgnięcia opinii był brak lub konieczność uzupełnienia dokumentacji medycznej, w sytuacji gdy wnioskodawca nie przedstawił wymaganych dokumentów: zaświadczenia o stanie zdrowia, dokumentacji medycznej i rentowej, innych dokumentów mających znaczenie dla wydania orzeczenia (§ 2 ust. 3).

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli orzeczenia lekarskie dla celów rentowych, ze względu na ich lakoniczność i ogólnikowość, nie spełniały warunków określonych w art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych<sup>5</sup>. W uzasadnieniach nie przedstawiano bowiem zindywidualizowanej oceny, lecz wskazywano elementy, jakie należy wziąć pod uwagę, aby oceny tej dokonać – przytaczano treść art. 13 ust 1 pkt 2 ustawy. Np.: *przy dokonaniu ustaleń orzeczniczych uwzględniono: stopień naruszenia sprawności organizmu, rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, wiek, predyspozycje psychofizyczne*. Z uzasadnień nie wynikała więc, oczekiwana przez ustawodawcę, faktyczna ocena niezdolności do pracy oraz związku przyczynowo-skutkowe naruszenia sprawności organizmu oraz niezdolności do pracy, w powiązaniu z określonymi okolicznościami. Ową lakoniczność i ogólnikowość wyjaśniano uwarunkowaniami związanymi ze strukturą – wykorzystywanej do rejestracji przebiegu postępowań orzeczniczych – bazy danych aplikacji *Wspomaganie orzecznictwa*, funkcjonującej w ramach Kompleksowego Systemu Informatycznego ZUS.

4. Liczba wydanych w badanym okresie orzeczeń o celowości przyznania świadczenia rehabilitacyjnego (4.821<sup>6</sup> w 2010 r., 9.519 – w 2011 r. i 5.219 – w I półroczu 2012 r.) wskazywała, że przywiązywano wagę do praktycznej realizacji rozwiązań prawnych, umożliwiających osobie ubezpieczonej, niezdolnej do pracy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, powrót do niej w drodze dalszego leczenia lub rehabilitacji, jeżeli działania te rokują odzyskanie zdolności do pracy. Wspomniane orzeczenia stanowiły podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego, o którym mowa w art. 18 ustawy z dnia 25 czerwca 1990 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa<sup>7</sup>. Szczegółowa analiza 15 orzeczeń wykazała, że okres, na jaki przyznawano świadczenie wynosił od 2 do 12 miesięcy, tj. nie przekraczał maksymalnego czasu pobierania takiego świadczenia (por. art. 18 ust. 2 ustawy). Tylko jedna z osób, dla której upłynął okres pobierania świadczenia, wystąpiła do ZUS z wnioskiem o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, a lekarz orzecznik wydał

<sup>4</sup> Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w zarządzeniu Nr 47 z 1 lipca 2010 r. wskazał II Oddział jako właściwy do wykonywania – od 1 września 2010 r. – zadań z zakresu orzekania przez lekarzy orzeczników, kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy, a także zadań związanych z obsługą skierowań na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej oraz świadczeniami zdrowotnymi z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych, również dla spraw z terenu I i III Oddziału w Warszawie, w związku z czym badaniem objęto orzeczenia z lat 2011-2012 (I półrocze).

<sup>5</sup> Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227 ze zm.

<sup>6</sup> Do 31 sierpnia 2010 r. – dane tylko z II Oddziału ZUS.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512 ze zm.

14 marca 2012 r. orzeczenie, że nie rokuje ona odzyskania pełnej zdolności do pracy. Zdaniem NIK, wysoki odsetek osób, u których przywrócona została zdolność do pracy, ma ścisły związek z objęciem większości z nich (80%) rehabilitacją leczniczą. Uwagi dotyczą natomiast niewydania przez organ rentowy, we wspomnianej wyżej sprawie, decyzji w sprawie prawa do świadczenia, w ciągu 30 dni od wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do jej wydania, zgodnie z art. 118 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z FUS. Oddział uznał, że wyjaśnieniem ostatniej okoliczności było orzeczenie lekarza orzecznika z 14 marca 2012 r., które po upływie terminu na wniesienie sprzeciwu od tego orzeczenia do komisji lekarskiej ZUS, stanowiło podstawę do wydania decyzji. Decyzja o przyznaniu renty wydana została jednak dopiero 8 czerwca 2012 r., a więc po upływie terminu ustawowego; w rezultacie organ rentowy ustalił 2 lipca 2012 r. należne wnioskodawczyni odsetki z tytułu zwłoki w realizacji wniosku o świadczenie z tytułu niezdolności do pracy.

Szczegółowe badanie 15 orzeczeń o celowości przyznania świadczenia rehabilitacyjnego (z lat 2011 - I półrocze 2012) wykazało ponadto, że wnioski z terenowych jednostek organizacyjnych w tych sprawach wpływały do Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji w okresie od 4 do 30 dni od ich złożenia. W rezultacie rozpatrywane były w czasie od 15 do nawet 82 dni. Wskazując na nieprzestrzeganie wewnętrznych procedur, zgodnie z którymi termin na wydanie orzeczenia powinien wynosić do 45 dni od dnia wpływu wniosku (do Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji) do dnia zwrotu akt do komórki wnioskującej (po 14 dniowym terminie uprawomocnienia się orzeczenia), Najwyższa Izba Kontroli dostrzega poprawę terminowości postępowania we wskazanym zakresie. Na podstawie wyników analizy orzeczeń z dwóch losowo wybranych miesięcy stwierdzono, że w marcu 2011 r. 1.552 orzeczenia spośród 3.825 (40,6%) wydano po 45 dniach, licząc od dnia wpływu wniosku do Oddziału, natomiast w marcu 2012 r. po terminie wydano 266 orzeczeń spośród 3.963 (6,7%).

5. Kierując ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą Oddział respektował uwarunkowania określone w rozporządzeniu 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>8</sup>. Stwierdzono, że 15 objętych szczegółowym badaniem orzeczeń wydano w trybie określonym w § 3 i 4, tj. przy orzekaniu o niezdolności do pracy dla celów rentowych. Nie odnotowano przypadków rezygnacji osób ubezpieczonych z uczestnictwa w rehabilitacji, a czas oczekiwania na świadczenie wynosił od 21 dni do 4 miesięcy, przy czym termin jego realizacji uzależniony był m.in. od dostępności miejsc w ośrodkach prowadzących leczenie w ramach poszczególnych profili rehabilitacji. Cztery osoby ubezpieczone wystąpiły (po upływie odpowiednio 2, 5 i 11 miesięcy od zakończenia rehabilitacji) z wnioskiem o ustalenie niezdolności do pracy. W wypadku jednej z nich orzeczono niezdolność do pracy oraz celowość świadczenia rehabilitacyjnego, drugiej – brak niezdolności do pracy; w sprawie 2 pozostałych orzeczono kolejny raz potrzebę rehabilitacji leczniczej. Dane te wskazują, że 12 osobom (spośród 15) rehabilitacja lecznicza umożliwiła odzyskanie zdolności do pracy.
6. W działalności orzeczniczej Oddziału w minimalnym stopniu korzystano z uprawnień do wydawania orzeczeń o celowości przekwalifikowania zawodowego. Celem renty szkoleniowej jest umożliwienie osobie niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie przekwalifikowania, które pozwoli – przy naruszonej sprawności organizmu – na zatrudnienie. Ocenę tę uzasadnia liczba wydanych orzeczeń – łącznie 22 (13 w 2011 r. i 9 – w I półr. 2012 r.). Stanowiły one niewielki odsetek, zważywszy na fakt, iż w okresie tym orzeczono niezdolność do pracy w 49.235 przypadkach.

---

<sup>8</sup> Dz. U. Nr 131, poz. 1457.

Wyniki badania 13<sup>9</sup> orzeczeń ustalających celowość przekwalifikowania zawodowego wskazywały, że Oddział nie posiadał informacji o przeszkoleniu 8 osób, spośród których 3 ponownie wystąpiły o przyznanie świadczenia rentowego. Tylko w jednej ze spraw zwrócono się z pytaniem do powiatowego urzędu pracy w sprawie przeszkolenia ubezpieczonego. Oddział uznał, że za warunki przekwalifikowania odpowiedzialny jest właściwy urząd pracy, a przepisy ustawy nie nakładają bezpośrednio na ZUS obowiązku zbierania takich informacji.

Najwyższa Izba Kontroli podziela pogląd, że za przekwalifikowanie odpowiedzialny jest powiatowy urząd pracy. Jednocześnie zwraca uwagę na fakt, że świadczenia rentowe wypłacane są ze środków publicznych – Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, w związku z czym w procesie przekwalifikowania osoby ubezpieczonej ZUS powinien ściśle współpracować z organem administracji publicznej, właściwym w sprawach przekwalifikowania.

7. Główny Lekarz Orzecznik realizował, w ramach bezpośredniego nadzoru, zadania określone w § 13 ust. 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, do których należy m.in. kontrola orzeczeń pod względem merytorycznym i formalnym. Orzeczenia kontrolowane były przez głównego lekarza orzecznika i jego zastępców (fakt ten potwierdzany był na orzeczeniu przez osobę odpowiedzialną za kontrolę). Spośród objętych badaniem 260 orzeczeń, Główny Lekarz Orzecznik i jego zastępcy przeprowadzili kontrolę 67 orzeczeń (25,8%). W ich wyniku, zgłoszony został zarzut wadliwości w stosunku do 24 orzeczeń.

Wyniki analizy 260 orzeczeń wskazywały, że w stosunku do 48 orzeczeń (18,5%) wniesiono sprzeciw lub zgłoszono zarzut wadliwości. Zauważyć należy, że zarzut wadliwości w 10 przypadkach dotyczył m.in.: braku formalnych podstaw do orzeczenia okresu trwania niezdolności, nieokreślenia związku ustalonej niezdolności do pracy z dodatkowymi okolicznościami, braku daty powstania niezdolności, rozbieżności z opinią konsultanta, jak też kompletności dokumentacji medycznej (nie uzasadniała ona orzeczonej niezdolności), a więc przesłanek, które powinny być uwzględnione i objęte analizą przez lekarza orzecznika przed wydaniem orzeczenia.

W okresie objętym kontrolą komisje lekarskie orzekały w 4.903 sprawach (10% wydanych orzeczeń). Analiza 30 z nich wykazała, że ubezpieczeni wnieśli 21 sprzeciwów (70%). W 6 sprawach dotyczyło to orzeczeń ustalających niezdolność do pracy; pozostałe 15 dotyczyło orzeczeń określających brak niezdolności do pracy. Stwierdzono, że Główny Lekarz Orzecznik i jego zastępcy wnieśli 9 zarzutów wadliwości w stosunku do orzeczeń ustalających niezdolność do pracy (30%). Ze wspomnianych 21 sprzeciwów, 7 rozpatrzonych zostało przez komisje lekarskie pozytywnie dla ubezpieczonych; w 4 wypadkach zmiany orzeczeń nastąpiły nie na podstawie nowych okoliczności (dodatkowej dokumentacji), ale w wyniku wnikliwego badania przez komisje lekarskie dokumentacji medycznej będącej podstawą do wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika. Natomiast spośród 9 zarzutów wadliwości wniesionych przez Głównego Lekarza Orzecznika, głównie z powodu wątpliwości co do zgodności orzeczenia z dokumentacją medyczną, komisje podzieliły jego wątpliwości w 8 sprawach.

8. W latach 2011-2012 (I półrocze) do Oddziału wpłynęło 48 skarg na działania lekarzy orzeczników, z tego jedna, zasadna, dotyczyła nierozpatrzenia wniosku w sprawie przyznania świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, w ramach prewencji rentowej. Rozpatrując skargi Oddział przestrzegał trybu postępowania i dotrzymywał terminów określonych w art. 237 § 1 i 3 oraz art. 238 § 1 Kpa<sup>10</sup>.
9. W badanym okresie zlecono lekarzom konsultantom wykonanie 6.539 opinii, psychologom – 344. Koszty wydania opinii wyniosły 1.101,9 tys. zł. Konsultanci realizowali zadania zgodnie z postanowieniami zawartych z nimi umów,

---

<sup>9</sup> Akta jednej sprawy przekazano do Oddziału ZUS, zgodnie z miejscem zamieszkania wnioskodawcy, dwóch dalszych do sądu, w związku z odwołaniem od decyzji w sprawie ustalenia uprawnień do świadczeń, a jedna orzekana była dwukrotnie (w 2011 r. i 2012 r.).

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071 ze zm.).

a koszt opinii lekarza specjalisty i psychologa (150-170 zł) nie przekraczał ustalonej, maksymalnej kwoty (170 zł)<sup>11</sup>.  
Wydane opinie zostały wykorzystane przez lekarzy orzeczników w procesie orzekania.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli – Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny, działając na podstawie art. 60 ust. 2 ustawy o NIK, wnosi o:

- podjęcie niezbędnych decyzji, w tym organizacyjnych, zapewniających rozpatrywania spraw w terminach określonych w obowiązujących przepisach prawa,
- zwiększenie zakresu i skuteczności współpracy Oddziału ze starostami w sprawach dotyczących pozyskiwania informacji o przebiegu szkolenia osób uprawnionych do świadczeń z tytułu rent szkoleniowych.

Najwyższa Izba Kontroli na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 czerwca 2012 r., w związku z art. 2 ustawy nowelizującej, oczekuje przedstawienia przez Panią Dyrektor, 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.

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, Pani Dyrektor przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie – w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego – umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w wystąpieniu – do dyrektora Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli.

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 właściwej komisji NIK.

---

<sup>11</sup> Pismem Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Nr 994800/0214-18/2011 z dnia 28 lutego 2011 r.