



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

KPS-4101-02-04/2012  
P/12/105

Warszawa, dnia 27 listopada 2012 r.

**Pan**  
**Zbigniew Derdziuk**  
**Prezes**  
**Zakładu Ubezpieczeń Społecznych**

**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 Centrali Zakładu Ubezpieczeń Społecznych kontrolę w zakresie organizacji systemu orzecznictwa lekarskiego ZUS dla celów rentowych w latach 2010-2011 i I półroczu 2012 r.<sup>2</sup>

Na podstawie art. 60 ust. 1 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 Najwyższej Izbie Kontroli<sup>3</sup>, przekazuję Panu Prezesowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność Centrali Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w badanym zakresie. Pozytywnie oceniono warunki organizacyjne i finansowe wykonywania ustawowych zadań z zakresu orzecznictwa lekarskiego dla celów rentowych, wykonywanie planowych zadań kontrolnych oraz działalność w ramach prewencji rentowej i wypadkowej. Ocenę tę umniejszają jednak stwierdzone nieprawidłowości: niezadowalająca jakość orzeczeń sporządzanych przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie, nieprzestrzeganie przepisów prawa oraz ustalonych standardów i procedur, niewystarczająca skuteczność w obszarze wykonywania nadzoru i kontroli przez Naczelnego Lekarza Zakładu, a także incydentalne korzystanie z ustawowych uprawnień do orzekania o celowości przekwalifikowania zawodowego.

Ocenę tę uzasadniają następujące ustalenia kontroli i oceny częściowe.

1. Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zapewnił warunki do wykonywania ustawowych zadań z zakresu orzekania dla celów rentowych, tworząc wewnętrzne jednostki i komórki organizacyjne w Centrali ZUS i w oddziałach oraz określając zakres ich zadań<sup>4</sup>. W celu orzekania o niezdolności do pracy zatrudniano, na podstawie umów o pracę, lekarzy orzeczników ZUS. W latach objętych kontrolą ich liczba wynosiła, w przeliczeniu na pełne etaty, odpowiednio

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

<sup>2</sup> Wyniki kontroli przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym 1 października 2012 r.

<sup>3</sup> Dz. U. Nr 227, poz. 1482 ze zm.

<sup>4</sup> Zgodnie z regulaminem organizacyjnym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (według stanu na 1 czerwca 2012 r.) poddany kontroli obszar działalności ZUS należy do zakresu działania Członka Zarządu nadzorującego Pion Świadczeń i Orzecznictwa, który w ramach udzielonych przez Prezesa ZUS umocowań nadzoruje działalność Naczelnego Lekarza Zakładu. W strukturze organizacyjnej Centrali ZUS wyodrębnione zostały Departamenty Orzecznictwa Lekarskiego oraz Prewencji i Rehabilitacji. Departamentem Orzecznictwa Lekarskiego kieruje Naczelny Lekarz Zakładu.

910,89, 889,64 i 870,98 osób. Zważywszy na zakres działalności orzeczniczej dla celów rentowych ZUS, zorganizowano także bezpośredni nadzór nad prawidłowością orzekania. Powierzono go głównym lekarzom orzecznikom i ich zastępcom w oddziałach ZUS. W okresie objętym kontrolą, do jego wykonywania zobowiązanych było, w przeliczeniu na pełne etaty, odpowiednio 133,6, 119,67 i 106 osób zajmujących te stanowiska. Umożliwiono też, zapewniając na ten cel środki finansowe, korzystanie przez lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich z opinii lekarzy konsultantów w sprawach dotyczących ustalenia uprawnień do świadczeń oraz dotyczących kontroli orzekania o czasowej niezdolności do pracy. Według stanu na 30 czerwca 2012 r., dyrektorzy oddziałów ZUS zatrudniali w tym celu, na podstawie umów cywilnoprawnych, łącznie 1,1 tys. osób. W poszczególnych latach okresu objętego kontrolą wydali oni odpowiednio 95,4 tys., 83,3 tys. i 42 tys. opinii. W relacji do liczby orzeczeń, opinie te niezbędne były w 7,6%, 6,2% i 5,7% rozpatrywanych spraw.

Również na szczeblu Centrali ZUS zorganizowano system sprawowania nadzoru nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie, w zakresie określonym w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy<sup>5</sup>. Obejmuje on m.in. wewnętrzną kontrolę prawidłowości realizacji zadań w ramach orzecznictwa lekarskiego w zakresie obejmującym działalność głównych lekarzy orzeczników w oddziałach ZUS i ich zastępców, lekarzy orzeczników, członków i przewodniczących komisji lekarskich oraz pracowników wspomagających proces orzekania komórek organizacyjnych orzecznictwa lekarskiego i prewencji. W latach objętych kontrolą, w Departamencie Orzecznictwa Lekarskiego zatrudniano od 30 do 33 pracowników, w tym poza Naczelnym Lekarzem Zakładu 12 lekarzy – inspektorów nadzoru orzecznictwa lekarskiego.

2. Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia wykonywanie przez Naczelnego Lekarza Zakładu zadań z zakresu szkolenia nowo zatrudnionych lekarzy. Zgodnie z § 11 ust.1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, lekarzem orzecznikiem i członkiem komisji lekarskiej może być osoba, która m.in. odbyła szkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS. Do kompetencji Naczelnego Lekarza Zakładu należy m.in. określanie zakresu i tematyki szkoleń lekarzy orzeczników i pracowników kierujących pracą komórek orzecznictwa lekarskiego, a także nadzór merytoryczny nad ich realizacją<sup>6</sup>.

Podstawową formą działalności w tym zakresie były szkolenia organizowane centralnie, kończące się testem sprawdzającym i wydaniem zaświadczenia. Ich zakres obejmował m.in. zagadnienia pozamedyczne istotne dla oceny, wynikających z postawionej diagnozy, skutków dotyczących sfery zawodowej osoby, w stosunku do której toczy się postępowanie orzecznicze, a także zasady orzekania w najczęściej występujących schorzeniach warunkujących niezdolność do pracy.

W okresie objętym kontrolą Naczelny Lekarz Zakładu zorganizowała centralnie dwa szkolenia dla nowo zatrudnionych lekarzy i członków komisji lekarskich – w dniach 2-5 lutego 2010 r. oraz 21-24 maja 2012 r. Ich uczestnicy otrzymali stosowne zaświadczenia o ukończeniu szkolenia. W 2011 r. szkolenia nie były organizowane – w tym czasie zatrudniono 209 lekarzy, w tym 46 ponownie, którzy przeszkolenie to odbyli wcześniej. Z grupy tej szkoleniem objęto 42 osoby, co oznacza, że 121 lekarzy nie spełniało warunku określonego w § 11 ust.1 pkt 2 przywołanego wyżej rozporządzenia.

<sup>5</sup> Dz. U. Nr 273, poz. 2711 ze zm.

<sup>6</sup> Do szczególnych kompetencji Naczelnego Lekarza Zakładu należy m.in. określanie zakresu i tematyki szkoleń lekarzy orzecznictwa lekarskiego i pracowników kierujących pracą komórek orzecznictwa lekarskiego, a także nadzór merytoryczny nad ich realizacją – por. § 6 ust. 5 pkt 3 rozdział 4 regulaminu organizacyjnego Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego z 17 października 2008 r. oraz odpowiednio § 5 ust. 2 pkt 2.17 regulaminu obowiązującego od 1 kwietnia 2011 r.

W 2005 r. Naczelny Lekarz Zakładu przekazał głównym lekarzom orzecznikom w oddziałach program szkolenia dla nowo przyjmowanych lekarzy orzeczników<sup>7</sup>. Ponadto od 2011 r. udostępniono możliwość szkoleń e-learningowych, których tematyka obejmuje m.in. zasady orzekania o niezdolności do pracy w poszczególnych grupach schorzeń oraz zalecono korzystanie z nich, w pierwszej kolejności, przez nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników. Zdaniem NIK, wspomniany program nie wyczerpuje jednak wszystkich zagadnień przewidzianych programem prowadzonych do-tychczas szkoleń centralnych, zaś szkoleniami e-learningowymi zainteresowało się tylko 43 z 209 nowo zatrudnio-nych lekarzy (jedynie 2 z nich odbyło wszystkie szkolenia z 14 zaproponowanych).

Na konieczność organizowania szkoleń dla nowo zatrudnionych lekarzy w pełnym zakresie, a także innych szkoleń dla lekarzy orzeczników, wskazują m.in. wyniki kontroli w oddziałach ZUS, przeprowadzonych w ramach nadzoru przez Naczelnego Lekarza Zakładu.

Badania w zakresie spełniania przez zatrudnianych w ZUS lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich warun-ków określonych w § 11 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niezdolności wykazały, że wszystkie osoby z tej grupy posiadały wymaganą specjalizację medyczną.

3. Pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości NIK ocenia formalną poprawność orzeczeń w sprawach doty-czących niezdolności do pracy. Szczegółowe badanie dobranej losowo próby orzeczeń wydanych przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie wykazało, że spełniały one warunki określone w art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 17 grud-nia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych<sup>8</sup>, uwagę zwracał jednak sposób uzasad-niania orzeczeń. Nie przedstawiano w nich zindywidualizowanej oceny, lecz wskazywano elementy, jakie należy wziąć pod uwagę, aby oceny tej dokonać – przytaczano treść art. 13 ust. 1 pkt 2 wskazanej ustawy, w związku z czym były one formułowane w sposób schematyczny. Z uzasadnień nie wynikała więc, oczekiwana przez ustawo-dawcę, faktyczna ocena niezdolności do pracy oraz związku przyczynowo-skutkowe naruszenia sprawności organi-zmu oraz niezdolności do pracy.

Również włączone do dokumentacji opinie lekarskie, stanowiące podstawę do wydania orzeczeń objętych badaniem, zawierały uzasadnienia, z których nie wynikały faktyczne przesłanki rozstrzygnięcia dokonanego przez lekarza orzecznika. Sytuację taką stwierdzono w wypadku 42,2% badanych opinii. Np. w jednej z nich, w podsumowaniu i uzasadnieniu ustaleń orzecznicznych, stwierdzono co następuje: *... ślusarz, spawacz, przed rentą prowadził działal-ność, renta do marca 2011 r. przyznana sądownie. Konsultowany przez neurologa, ale nie zgadzam się z opinią p. dr...(zresztą już nie pierwszy raz). Stopień naruszenia sprawności organizmu nie czyni badanego niezdolnym do pracy w sensie rentowym (co prawda zachowanie pacjenta może utrudnić ocenę).* Treść opinii wskazuje, że ubezpie-czony nie jest niezdolny do pracy. Treść uzasadnienia w orzeczeniu wydanym na podstawie tej opinii jest ogólnikowa. Wskazano w niej, że *...przy dokonywaniu ustaleń orzecznicznych uwzględniono stopień naruszenia sprawności orga-nizmu.* Dopiero opinia, wydana przez komisję lekarską w wyniku rozpatrzenia sprzeciwu od tego orzeczenia, zawiera-ła elementy wymagane przy dokonywaniu oceny niezdolności do pracy.

Zdaniem NIK, uzasadnienie powinno wskazywać fakty, które organ uznał za udowodnione, dowody na których się oparł i z których w sposób logiczny będą wynikać przesłanki rozstrzygnięcia orzeczniczego. W kontekście tego stwierdzenia, prezentowaniu w sposób logiczny i uporządkowany związku przyczynowo-skutkowego naruszenia sprawności organizmu oraz niezdolności do pracy, nie sprzyja obowiązujący w Zakładzie wzór orzeczenia lekarskie-go, określony w *Procedurze wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie Zakładu*<sup>9</sup>. Ze wzoru

<sup>7</sup> Por. program przekazany przez Naczelnego Lekarza Zakładu przy piśmie z 10 czerwca 2005 r., znak: LOo 140-30/05.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227 ze zm.

<sup>9</sup> Por. wzór o symbolu 994800/0214/35/2011, zatwierdzony przez Członka Zarządu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, nad-zorującego pion świadczeń i orzecznictwa (obowiązuje od 16 maja 2011 r.).

tego wyniku, że uzasadnienie zawierać powinno głównie wykaz dokumentów, na podstawie których lekarz orzecznik wydał orzeczenie.

4. O niezadowolającej jakości wydanych orzeczeń w sprawach dotyczących rent z tytułu niezdolności do pracy świadczy odsetek spraw, w których zostały one uchylone lub zmienione. W latach 2010-2011, od decyzji organu rentowego wydanych na podstawie orzeczeń lekarskich przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie (105,4 tys. i 95,6 tys. decyzji), wniesiono odpowiednio 32 tys. i 29 tys. odwołań do sądu. Sądy wydały w tych latach 30,5 tys. i 28,5 tys. rozstrzygnięć, w tym 8,6 tys. i 8,3 tys. rozstrzygnięć uwzględniało odwołania (28,2% i 29,1%), a odpowiednio 729 i 753 – uchylało decyzję ZUS i przekazywało sprawę do ponownego rozpatrzenia (2,4% i 2,6%). W okresie objętym kontrolą wypłacone odsetki z tytułu wykonania orzeczeń sądowych w związku ze zmianą orzeczenia lekarskiego wyniosły 1.022,1 tys. zł, co stanowiło 8,4% ogólnej kwoty odsetek zapłaconych przez ZUS.

Z ustaleń kontroli wynika, że Departament Orzecznictwa Lekarskiego nie prowadzi bieżącej analizy sądowych postępowań odwoławczych. Wyniki badania przebiegu i efektów współpracy Departamentu w latach 2008-2009 z Instytutem Medycyny Pracy w Łodzi wskazują, że w 34% spraw przekazanych do sądu w wyniku odwołania, w których ZUS uzyskał ekspertyzę Instytutu, sąd wydał wyrok zmieniający decyzję organu rentowego. Ustalenia zawarte w ekspertyzach były kwestionowane przez lekarzy – biegłych sądowych, ze względu na niewykonanie ważnych dla oceny funkcjonalnej badań dodatkowych lub metody ich przeprowadzenia, jak również nieprzeprowadzenie badania przez lekarza specjalistę właściwego dla stwierdzonego schorzenia. Mimo niezadowolających efektów współpracy z Instytutem, 20 stycznia 2011 r. ZUS ponownie zawarł z nim, w wyniku przetargu nieograniczonego<sup>10</sup>, umowę na wykonanie ekspertyz orzeczniczo-lekarskich zamawianych w sprawach rozpatrywanych w trybie nadzoru Prezesa Zakładu nad wykonywaniem orzecznictwa o niezdolności do pracy, w tym w sprawach przekazywanych w wyniku odwołania do sądu. Koszt realizacji zadań określonych w umowie określony został na kwotę 150 tys. zł, przy czym wykonanie jednej ekspertyzy wyceniono na 1,5 tys. zł.

Na niezadowolającą jakość orzeczeń wydawanych przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie wskazują także wyniki, przeprowadzonych przez Departament Legislacyjno-Prawny, analiz przyczyn zmiany przez sądy decyzji Zakładu – na podstawie prawomocnych wyroków, które zapadły w 2011 r., m.in. w obszarze świadczeń emerytalno-rentowych. Ze wspomnianych analiz<sup>11</sup> wynika, iż w 2011 r. dla objętych analizami 19,8 tys. prawomocnych wyroków sądowych, w 18,2 tys. przypadkach (91,9%) sąd zmienił decyzję ZUS ze względu na odmienną ocenę stanu faktycznego bądź odmienną ocenę zgromadzonych dowodów. Na pokreślenie zasługuje fakt, iż w wypadku 7,3 tys. spraw za ocenę niezdolności do pracy posłużył ten sam materiał dowodowy (40,2% wyroków). Z analiz tych nie wynika jednak, jakie argumenty i okoliczności uzasadniają odmienną ocenę wpłynęły na decyzje sądu. Zdaniem NIK informacja taka byłaby przydatna do wykorzystania w materiałach szkoleniowych i postępowaniu orzeczniczym, aby ograniczyć skalę ewentualnych błędów lub nieprawidłowości.

Członek Zarządu ZUS nadzorująca Pion Świadczeń i Orzecznictwa wskazała w wyjaśnieniach, że (...) *w ramach każdej kontroli funkcjonalnej przeprowadzanej przez pracowników Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego dokonywana jest analiza merytoryczna wybranych losowo spraw, w których został wydany prawomocny wyrok sądu zmieniający zaskarżoną decyzję opartą na orzeczeniu lekarskim. Wyniki kontroli są omawiane z kierownictwem kontrolowanego oddziału oraz przekazywane na piśmie w protokole z kontroli, a ponadto są wykorzystywane podczas szkoleń organizowanych przez Departament dla głównych lekarzy orzeczników, członków i przewodniczących komisji lekar-*

<sup>10</sup> W postępowaniu przetargowym wpłynęła jedna oferta – Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

<sup>11</sup> Poza orzeczeniami w sprawach dotyczących rent z tytułu niezdolności do pracy, w analizach uwzględniono też obszar składkowo-dochodowy, świadczenia krótkoterminowe i pozostałe.

skich (...). W ocenie NIK<sup>12</sup> działania w tym zakresie są jednak niewystarczające, tym bardziej że w 2011 r., w porównaniu z rokiem poprzednim, zwiększył się (z 28,2% do 29,1%) udział orzeczeń sądu zmieniających decyzję ZUS w sprawach emerytur i rent uzależnionych od ustalenia niezdolności do pracy.

5. Pozytywnie oceniając wykonywanie przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego planowych zadań kontrolnych w zakresie funkcjonowania orzecznictwa lekarskiego, NIK jednocześnie negatywnie ocenia skuteczność systemu tej kontroli, jako instrumentu poprawy jakości orzekania w terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS.

W okresie objętym kontrolą przeprowadzono 73 kompleksowe inspekcje orzecznictwa lekarskiego w terenowych jednostkach organizacyjnych (w latach 2010-2011 odpowiednio 26, 31 oraz 16 z 29 zaplanowanych na 2012 r.). Szczegółowe badanie sprawozdań z 16 losowo wybranych kontroli przeprowadzonych w 7 oddziałach wykazało, że najczęściej stwierdzanymi nieprawidłowościami merytorycznymi były: niezgodność ustaleń orzeczniczych z zasadami orzecznictwa lekarskiego; niekompletność dokumentacji niezbędnej do wydawania orzeczenia przez lekarza orzecznika; brak opinii konsultanta w postępowaniu orzeczniczym. Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości o charakterze formalnoprawnym dotyczyły natomiast: przekraczania terminów oczekiwania na badania przez lekarza orzecznika; niedotrzymania terminów na poszczególnych etapach postępowania orzeczniczego; niewręczenia osobom zainteresowanym orzeczeń wydanych po przeprowadzeniu bezpośredniego badania przez lekarza orzecznika<sup>13</sup>. Naczelny Lekarz Zakładu dodatkowo wskazała w wyjaśnieniach, że do stwierdzanych w ramach przeprowadzonych kontroli funkcjonalnych najczęstszych przypadków naruszania przez lekarzy orzeczników obowiązujących procedur należało również: *niezastosowanie formularza N-B (karta pomiarowa narządu ruchu), w sprawach, w których lekarz orzecznik stwierdził odchylenia od stanu prawidłowego w zakresie narządu ruchu; niedokonanie oceny ubezpieczonego według zmodyfikowanej skali Barthell w sprawach, w których lekarz orzecznik rozpatrywał wnioski o ustalenie niezdolności do samodzielnej egzystencji.*

W wyniku badania dokumentacji 16<sup>14</sup> z 73 kontroli (inspekcji) funkcjonalnych (21,9%), przeprowadzonych przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego w tych samych oddziałach ZUS<sup>15</sup>, stwierdzono, że w jednostkach tych objęto kontrolą 4,9 tys. spraw. Nieprawidłowości stwierdzono w 504 sprawach (10,3%), z których 223 przekazano do ponownego rozpatrzenia (44,2%). Zauważyć jednak należy, że w sprawach objętych inspekcją, te same nieprawidłowości w działalności orzeczniczej stwierdzano w wyniku kolejnych kontroli. Naczelny Lekarz Zakładu wskazywała w sprawozdaniach, iż w sposób niewystarczający realizowane były zalecenia z poprzednich kontroli. Mimo iż dyrektorzy oddziałów informowali Naczelnego Lekarza Zakładu o sposobie realizacji zaleceń, to – jak wynika z analizy dokumentacji – we wszystkich sprawach objętych badaniem, zalecenia wynikające z wcześniej przeprowadzonych kontroli (inspekcji) nie zostały w pełni wykonane.

W ocenie NIK, nierealizowanie zaleceń ma związek z niską skutecznością ich egzekwowania przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego. Powtarzające się nieprawidłowości, a także wysoki odsetek spraw przekazanych do ponownego rozpatrzenia, wskazują na potrzebę egzekwowania – w sposób stanowczy – od lekarzy orzeczników poprawy jakości dokumentów sporządzanych w toku postępowania orzeczniczego. Poprawie tej jakości mogłyby także służyć organizowane i odpowiednio profilowane szkolenia specjalistyczne (zajęcia warsztatowe) dla tej grupy pracowników Zakładu.

<sup>12</sup> Analizy przyczyn zmiany przez sądy decyzji ZUS prowadzone są przez Zakład od 2011 r. Do dnia zakończenia kontroli Zakład nie dysponował jeszcze analizą za I półrocze 2012 r.

<sup>13</sup> Zgodnie z pkt 22 *Procedury wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie*, orzeczenie lekarza orzecznika sporządzane jest w dwóch egzemplarzach. Jeden otrzymuje osoba badana bezpośrednio po przeprowadzonym badaniu przez lekarza orzecznika, a drugi pozostaje w aktach sprawy.

<sup>14</sup> Dotyczyło to 5 kontroli z 2010 r., 5 z 2011 r. i 6 z I półrocza 2012 r.

<sup>15</sup> Oddziały ZUS w: Biłgoraju, Jaśle, Lublinie, Płocku, Poznaniu (I), Szczecinie, Warszawie (II).

Charakter nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli (inspekcji) funkcjonalnych, wskazujących na istnienie w obszarze orzecznictwa ryzyka zagrożenia korupcją, dodatkowo implikuje potrzebę zdecydowanego zwiększenia skuteczności nadzoru nad postępowaniami orzeczniczymi, w celu obniżenia tego ryzyka. O skali zagrożenia świadczą dane o liczbie przypadków toczących się postępowań karnych przeciwko lekarzom orzecznikom ZUS i konsultantom. W okresie objętym kontrolą, wobec 22 osób toczyły się przed sądem, bądź zapadły już wyroki skazujące, w sprawach przyjmowania korzyści majątkowych, w związku z postępowaniem orzeczniczym<sup>16</sup>. W stosunku do lekarzy, którym postawiono takie zarzuty, stosunek pracy z ZUS został rozwiązany, z wyjątkiem jednej osoby, która do czasu zakończenia kontroli NIK wykonywała m.in. kontrole prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy w jednym z oddziałów. Najwyższa Izba Kontroli przyjmuje do wiadomości deklarację Pana Prezesa, że Departament Kontroli Wewnętrznej przeprowadzi w tej sprawie postępowanie wyjaśniające.

Najwyższa Izba Kontroli, przy tej okazji zwraca uwagę Pana Prezesa na postępowanie dyrektora Oddziału ZUS w Gorzowie Wielkopolskim, w związku z wyrokiem sądu w sprawie uzyskania przez jednego z ubezpieczonych nienależnego świadczenia rentowego z tytułu częściowej niezdolności do pracy i pobrania w okresie od grudnia 1999 r. do grudnia 2002 r. kwoty 13.150 zł na szkodę ZUS. Sąd zobowiązał go do częściowego naprawienia szkody, przez zapłatę kwoty 6.575 zł. Do 31 sierpnia 2012 r. kwota ta nie została jednak uregulowana. W wyjaśnieniach dyrektor Oddziału wskazał, że (...) *wyrok uprawomocnił się 27 grudnia 2010 r., a termin naprawienia szkody upływa po dwóch latach od uprawomocnienia się wyroku. Wobec powyższego, po zakończeniu okresu próby, w przypadku nieuregulowania zobowiązań, Zakład podejmie przymusowe dochodzenie należności.* Zdaniem NIK argumentacja ta nie znajduje potwierdzenia w wyroku sądu z 20 grudnia 2010 r.<sup>17</sup> Dwuletni okres próby dotyczył wykonania kary, a nie naprawienia szkody, wobec czego niedochodzenie naprawienia przez oskarżonego szkody po uprawomocnieniu się wyroku, należy uznać za działania niegospodarne.

**6.** W okresie objętym kontrolą, lekarze orzecznicy i komisje lekarskie ZUS, wydając 1.135 orzeczeń o celowości przekwalifikowania zawodowego, tj. 0,07% w relacji do ogólnej ich liczby (1.565 tys.<sup>18</sup>), w znikomym zakresie korzystały z tej prawem zagwarantowanej ścieżki umożliwiającej osobie niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie znalezienia zatrudnienia w innym. Zauważyć należy, że zgodnie z przepisami ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych<sup>19</sup>, celem renty szkoleniowej jest umożliwienie osobie niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie przekwalifikowania, które pozwoli – przy naruszonej sprawności organizmu – na jej zatrudnienie. ZUS, na wniosek starostów, wydał 385 decyzji w sprawie przedłużenia prawa do renty szkoleniowej oraz 92 o skróceniu okresu jej przyznania.

Szczegółowym badaniem objęto 15 spraw, stwierdzając w 12 z nich wydanie decyzji o przyznaniu renty szkoleniowej na okres sześciu miesięcy oraz w 2 – przedłużenie odpowiednio o jeden i dwa miesiące okresu pobierania renty, w związku z prowadzeniem szkoleń. Zawiadomienia o przyznaniu renty szkoleniowej Zakład przekazywał do powiatowych urzędów pracy niezwłocznie po wydaniu decyzji, a powiatowe urzędy pracy informowały ZUS o ukończeniu lub o braku możliwości przekwalifikowania ubezpieczonych. W jednym wypadku osoba zrezygnowała z ubiegania się o rentę szkoleniową, w dwóch sprawach ZUS odmówił przyznania renty, ze względu na brak wymaganego stażu pracy. Jedynie 3 z 8 ubezpieczonych (w 4 z 12 spraw do czasu zakończenia kontroli nie upłynął okres pobierania renty) ukończyło przeszkolenie. Jeden ubezpieczony, mimo przekwalifikowania, nie zdał egzaminu końcowego.

<sup>16</sup> Dotyczyło to Oddziałów ZUS w: Gdańsku, Gorzowie Wielkopolskim, Ostrowie Wielkopolskim, Płocku, Poznaniu (I), Sosnowcu i Tarnowie.

<sup>17</sup> Sygn. Akt II K 2058/10 (V Ds. 3/05).

<sup>18</sup> Orzeczenia pierwszorazowe i ponowne dla celów rentowych.

<sup>19</sup> Por. art. 60 ust. 1 oraz art. 119 ust. 2 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Wyniki analizy wskazywały, że przyczyną nieprzekwalifikowania były: brak możliwości zaproponowania przez urząd pracy odpowiedniego szkolenia, predyspozycje zawodowe ubezpieczonego, brak środków finansowych na szkolenia finansowane przez urząd pracy ze środków Funduszu Pracy, niezarejestrowanie ubezpieczonego w ewidencji bezrobotnych i poszukujących pracy. W ocenie NIK przyczyny te pośrednio wynikają z niewystarczającej współpracy dyrektorów oddziałów ZUS z urzędami pracy, m.in. w zakresie bieżącej wymiany informacji co do finansowych możliwości prowadzenia szkoleń, ich zakresu tematycznego oraz innych danych mających wpływ na wydanie orzeczenia lub decyzji o przyznaniu renty szkoleniowej.

Stwierdzono, że w ZUS nie prowadzi się analiz w zakresie przyczyn incydentalnego korzystania z ustawowych uprawnień do orzekania o celowości przekwalifikowania zawodowego. Zważywszy na istotną rolę przekwalifikowania w systemie ubezpieczenia społecznego, NIK zwraca uwagę na potrzebę merytorycznego szkolenia lekarzy orzeczników w tym zakresie, a także uwzględniania tej problematyki podczas kontroli przeprowadzanych w ramach nadzoru w oddziałach.

7. W okresie objętym kontrolą odnotowano niewielki, spadkowy trend w odniesieniu do liczby wydawanych orzeczeń o potrzebie rehabilitacji w trakcie orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych<sup>20</sup>. W poszczególnych latach okresu objętego kontrolą, lekarze orzecznicy wydali odpowiednio 85,3 tys., 83,9 tys. i 47,8 tys. orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej<sup>21</sup>. Skierowano na nią 86,6 tys., 84,7 tys. i 40 tys. osób, z których ukończyło ją 74,5 tys., 73,8 tys. i 33,5 tys. osób. Koszty rehabilitacji wyniosły 155,4 mln zł, 157,1 mln zł i 76 mln zł. Według wyników badań za 2010 r.<sup>22</sup>, z ogólnej populacji 74,5 tys. osób poddanych rehabilitacji, 56,8 tys. (76,2%) nie pobierało renty z tytułu niezdolności do pracy w okresie 12 miesięcy od przebytej rehabilitacji. W liczbie tej żadnych świadczeń z ZUS po odbyciu rehabilitacji nie pobierało 25,9 tys. osób (34,8%), zasiłek chorobowy pobierało 16,8 tys. (22,6%), a świadczenie rehabilitacyjne – 14,1 tys. osób (18,9%). Dane te świadczą o dużej skuteczności rehabilitacji leczniczej. Pośrednio wskazują na potrzebę stosowania – w większym niż dotychczas zakresie – tej formy wobec ubezpieczonych, przed wydaniem orzeczenia o niezdolności do pracy dla celów rentowych, również ze względu na potrzebę racjonalizowania wydatków publicznych na świadczenia rentowe.

Najwyższa Izba Kontroli nie zgłasza uwag do realizowanej procedury wyboru ośrodków do prowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Odbył się on zgodnie z przepisami 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>23</sup>.

Szczegółowemu badaniu poddano dokumentację w 19 sprawach związanych ze skierowaniem ubezpieczonego na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS. Stwierdzono, że w sprawach tych czas oczekiwania na turnus rehabilitacyjny wynosił, licząc od dnia zawiadomienia o skierowaniu, od 18 do 128 dni. Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi uwag do realizacji zadań w tym zakresie<sup>24</sup> zważywszy na obowiązującą procedurę, zgodnie z którą wybór terminu, w jakim ubezpieczony rozpoczyna rehabilitację leczniczą, jest ustalony indywidualnie, z uwzględnieniem specyfiki schorzenia będącego przyczyną skierowania oraz obowiązujących w tym zakresie standardów medycznych. Według danych ZUS, jedynie w 5,5% spraw w 2011 r. i 7,1% – w I półroczu 2012 r., termin ten był dłuższy niż trzy miesiące.

<sup>20</sup> W 2010 r. wydano 13,6 tys. takich orzeczeń, w 2011 r. – 12,5 tys., a w I półroczu 2012 r. – 6,1 tys.

<sup>21</sup> Oprócz orzeczeń wydawanych przez lekarzy orzeczników podczas orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych, dane te obejmują orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane: na wniosek lekarza prowadzącego; w trakcie orzekania o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego oraz podczas wykonywania kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich.

<sup>22</sup> Przedstawionych przez Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych.

<sup>23</sup> Dz. U. z 2001 r. Nr 131, poz.1457.

<sup>24</sup> Ustawodawca nakładając na ZUS obowiązek przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej nie określił terminu, w jakim ubezpieczony powinien stawić się w ośrodku, licząc od dnia wydania skierowania na rehabilitację.

8. W ZUS prowadzono, zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych<sup>25</sup>, analizy przyczyn i skutków wypadków przy pracy w ramach prewencji wypadkowej, zwłaszcza wypadków śmiertelnych, ciężkich i zbiorowych oraz chorób zawodowych. Upowszechniano też wiedzę o zagrożeniach powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe oraz zamawiano prace naukowo-badawcze, mające na celu identyfikowanie i eliminowanie tych zagrożeń. M.in. wyznaczone oddziały ZUS zrealizowały zadania szkoleniowe i edukacyjne z zakresu prewencji wypadkowej dla małych i średnich firm. Działania prewencyjne nie miały jednak wpływu na zmniejszenie liczby orzeczeń powypadkowych – w poszczególnych latach okresu objętego kontrolą ich liczba utrzymywała się na zbliżonym poziomie (odpowiednio 112,6 tys., 112,8 tys. i 56,5 tys.).

Wykonując obowiązki określone w art. 69 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych<sup>26</sup>, w ZUS prowadzono też, w ramach prewencji rentowej, analizy przyczyn niezdolności do pracy oraz zamawiano prace badawcze poświęcone wdrażanym programom pilotażowym<sup>27</sup>. W ramach innych działań prewencyjnych ZUS dofinansowywał m.in. sympozja, konferencje i kongresy, w celu upowszechniania wiedzy o zagrożeniach powodujących m.in. choroby związane z układem krążenia, onkologiczne, narządów ruchu oraz propagowania higienicznego trybu życia.

Na wykonywanie prewencji rentowej i wypadkowej przewidziano w planach finansowych Zakładu na lata 2010-2011 koszty w wysokości po 177,5 mln zł, natomiast na 2012 r. – 183,6 mln zł. Na zadania te wydatkowano w latach 2010-2011 odpowiednio 168 mln zł (94,7%) i 170 mln zł (95,8%), zaś w I półroczu 2012 r. – 80,4 zł (43,8%).

9. Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia tendencję malejącą w zakresie ponoszonych w ZUS kosztów działalności orzeczniczej, w relacji do ogólnych kosztów działalności Zakładu<sup>28</sup>. W okresie objętym kontrolą, koszty orzekania wyniosły 487,3 mln zł<sup>29</sup> (w 2010 r. – 201 mln zł, w 2011 r. – 192,3 mln zł, a w I półroczu 2012 r. – 94 mln zł). W strukturze ogólnych kosztów działalności ZUS, udział kosztów działalności orzeczniczej kształtował się w latach objętych kontrolą odpowiednio na poziomie 5,4%, 5,3% i 5,1%. Główną pozycją kosztów działalności orzeczniczej były wynagrodzenia (wraz ze składnikami pochodnymi od wynagrodzeń) lekarzy orzeczników oraz pracowników administracji i obsługi komórek organizacyjnych wspierających bezpośrednio tę działalność. Wyniosły one w okresie objętym kontrolą 354,6 mln zł, czyli 72,8%.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę Pana Prezesa na stwierdzony przypadek wynajęcia na niekorzystnych dla ZUS warunkach konsultantowi w dziedzinie okulistyki, prowadzącemu działalność gospodarczą, gabinetu okulistycznego (o pow. 23,2 m<sup>2</sup>, z pełnym wyposażeniem) w budynku Centrali ZUS, w celu wykonywania badań konsultacyjnych dla potrzeb orzecznictwa lekarskiego. Miesięczna wysokość czynszu za wynajem wraz z opłatą za wyposażenie, wynosiła w 2010 r. 161,82 zł, od 4 lipca 2011 r. wzrosła do 166,02 zł, a od 2 lipca 2012 r. – do 174,79 zł. Umowa została zawarta przez Wicedyrektora Departamentu Administracyjnego i Wspomagania Działalności Zakładu w dniu 29 lipca 2009 r. na czas nieokreślony. Stawkę czynszu ustalono na mocy ustnego porozumienia stron. Jak wynika z umów zawartych z konsultantem, stawka za przeprowadzenie badania i wydanie opinii wynosiła 170 zł. W okresie objętym kontrolą gabinet wynajmowany był jeden raz w tygodniu na trzy godziny. Kontrolującym nie przedstawiono kalkulacji wyceny na najem gabinetu.

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:

<sup>25</sup> Dz. U. z 2009 r. Nr 167, poz. 1322 ze zm.

<sup>26</sup> Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.

<sup>27</sup> M.in. w zakresie onkologii po operacji nowotworu gruczołu piersiowego oraz nowotworu narządu rodnoego w systemie ambulatoryjnym i stacjonarnym, a także układu krążenia w systemie ambulatoryjnym z monitorowaną telemedycznie rehabilitacją kardiologiczną w warunkach domowych.

<sup>28</sup> Dotyczy bieżących kosztów działalności, bez amortyzacji i remontów.

<sup>29</sup> Koszty te poniesiono w związku z wydaniem 3.326,1 tys. orzeczeń w okresie objętym kontrolą.



- 1) wzmocnienie bezpośredniego nadzoru nad orzekaniem o niezdolności do pracy w oddziałach oraz skuteczne egzekwowanie uzasadniania orzeczeń w sposób oczekiwany przez ustawodawcę, a także rozważenie możliwości prezentowania w *Procedurze wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie Zakładu* przykładów dobrych praktyk w zakresie uzasadniania orzeczeń;
- 2) prowadzenie działalności szkoleniowej w sposób umożliwiający zrealizowanie wymogu określonego w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, zgodnie z którym lekarzem orzecznikiem i członkiem komisji lekarskiej może być osoba, która m.in. odbyła szkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS;
- 3) poprawę jakości orzekania, m.in. przez wprowadzenie systemu umożliwiającego skuteczne egzekwowanie wykonania zaleceń po kontrolach (inspekcjach) przeprowadzonych w oddziałach ZUS przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego;
- 4) korzystanie w działalności orzeczniczej, w większym niż dotychczas zakresie, z możliwości orzekania o celowości przekwalifikowania zawodowego, m.in. przez bardziej aktywną współpracę dyrektorów oddziałów ZUS z urzędami pracy, w celu zapewnienia bieżącej wymiany informacji co do finansowych możliwości prowadzenia szkoleń oraz innych danych mających wpływ na wydanie orzeczenia lub decyzji o przyznaniu renty szkoleniowej;
- 5) sporządzanie analiz uzasadnień wyroków sądowych zmieniających decyzje ZUS w postępowaniu orzeczniczym oraz wykorzystywanie ich wyników do eliminowania wysokiego odsetka decyzji ZUS zmienianych w postępowaniu sądowym;
- 6) wyegzekwowanie naprawienia szkody zgodnie z wyrokiem sądowym z 20 grudnia 2010 r.;
- 7) sporządzenie kalkulacji stawki czynszu na wynajem gabinetu okulistycznego wraz z wyposażeniem oraz zweryfikowanie na jej podstawie warunków umowy zawartej z najemcą.

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, w brzmieniu obowiązującym do dnia 1 czerwca 2012 r., w związku z art. 2 ustawy nowelizującej, oczekuje przedstawienia przez Pana Prezesa, w terminie 21 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, Panu Prezesowi 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.