



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny

KPS.410.003.02.2020

Pani Beata Pawlińska-Wiak
Dyrektor
II Oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
w Warszawie
ul. Podskarbińska 25,
03-829 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/040 – Rehabilitacja lecznicza realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych
w ramach prewencji rentowej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zakład Ubezpieczeń Społecznych, II Oddział w Warszawie (Oddział).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Pani Beata Pawlińska-Wiak, dyrektor, od 1 grudnia 2019 r. Od 1 grudnia 2016 r. do 30 listopada 2019 r., funkcję kierownika jednostki pełniła Pani Grażyna Szczęsna. (akta kontroli tom 1 str.: 10, 18)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym warunki kadrowe i organizacyjne; 2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2018-2019. Dla realizacji celów kontroli zostały wykorzystane także dowody sporządzone w latach wcześniejszych oraz w okresie późniejszym, a także dane statystyczne z tych okresów.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny.
Kontroler	Paweł Adamowicz, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr KPS/23/2020 z dnia 22 maja 2020 r. Magdalena Sokołowska, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KPS/24/2020 z dnia 22 maja 2020 r.

(akta kontroli tom 1 str.: 1, 2)

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany do osób zagrożonych utratą zdolności do pracy, ale rokujących odzyskanie tej zdolności był skuteczny w większości objętych kontrolą przypadków. W okresie jednego roku po odbyciu rehabilitacji 81,9% osób objętych kontrolą było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, a 6,9% prowadziło działalność gospodarczą. Łączna liczba dni wśród osób, które pobierały świadczenie w okresie roku przed i po rehabilitacji zmalała o 61,1%, kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji uległa zmniejszeniu o 63,4%, natomiast kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w tym samym czasie wzrosła o 31%. Zwrócić jednak należy uwagę, że średni okres czasu – liczony od daty złożenia wniosku do daty ukończenia turnusu rehabilitacyjnego – wynosił 128 dni, co w ocenie NIK może skutkować zmniejszeniem efektywności rehabilitacji leczniczej.

Realizacja zadań w zakresie orzecznictwa lekarskiego odbywała się w warunkach niepełnej obsady kadrowej, co wynikało z występujących trudności z pozyskiwaniem lekarzy orzeczników i lekarzy-członków komisji lekarskich. Większość spośród 28 naborów na stanowisko Lekarza Orzecznika i Lekarza – członka komisji lekarskich ZUS zostało nierozstrzygniętych. W sytuacji braków kadrowych przy jednoczesnym znacznie zwiększonym napływie wniosków o przyznanie świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji³ średniomiesięczna liczba wydanych orzeczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie w okresie objętym kontrolą uległa zwiększeniu. Natomiast znacznemu zmniejszeniu uległa liczba wydanych orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej przez lekarzy orzeczników w związku kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy, czy też w związku z ustaleniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Zatrudnieni lekarze spełniali wymogi formalne opisane w § 11 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy⁴. W jednym przypadku stwierdzono naruszenie §11 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia, tj. orzeczenia wydawał lekarz przed ukończeniem szkolenia. Nabory w okresie objętym kontrolą zostały przeprowadzone w sposób zgodny z art. 74a-74g ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁵ i uregulowaniami wewnętrznymi obowiązującymi w Zakładzie⁶. W jednym przypadku odnotowano nieterminowość publikacji wyników naboru, co stanowiło naruszenie art. 74f ww. ustawy.

Wydawanie orzeczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie było zgodne z rozporządzeniem 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 rehabilitacyjne⁷ (dalej rozporządzenie o rehabilitacji) oraz Procedurą do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń. Natomiast kierowanie osób na rehabilitację leczniczą ZUS odbywało się zgodnie

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, Dz. U. poz. 1622.

⁴ Dz. U. Nr 273 poz. 2711, ze zm.

⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 266, ze zm.

⁶ Załącznik Nr 3 do Procedury 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników, procedury te zostały wprowadzone Zarządzeniami Prezes ZUS i obowiązywały od 1 kwietnia 2017 r. i 8 sierpnia 2019 r.

⁷ Dz. U. z 2019 r. poz. 277, ze zm.

z rozporządzeniem o rehabilitacji oraz Procedurą do procesu 9.3. Realizacja rehabilitacji leczniczej⁸.

Nadzór nad pracą lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich na ogół wykonywany był prawidłowo, jednak w grudniu 2019 r. niedochowany został wymóg przeprowadzenia analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii. Zamiast weryfikacji nie mniej niż 60% spraw, skontrolowano tylko 10%.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Realizacja zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym warunki kadrowe i organizacyjne.

Opis stanu faktycznego

1.1. Do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należy m.in. prowadzenie prewencji rentowej, obejmującej rehabilitację leczniczą ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy (art. 69 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych¹⁰).

W latach 2018-2019 Oddział wydał łącznie 162 601 orzeczenia. W związku z rehabilitacją leczniczą Oddział wydał łącznie 20 541 orzeczeń¹¹, w tym 16 988 orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. Orzeczenia odmowne¹² wydano w 3974 przypadkach, w tym 3553 stanowiły odmowy orzecznicze, a 421 - formalne. W okresie objętym kontrolą wystawiono łącznie 16 720 skierowań na rehabilitację leczniczą, a odbyło ją 14 680 osób. Różnica między liczbą skierowań a liczbą rehabilitowanych była spowodowana m.in. odbyciem rehabilitacji w innym roku niż ten, w którym wystawiono skierowanie, czy też rezygnacji z odbycia rehabilitacji.

W latach 2018-2019 wniesiono łącznie 999 sprzeciwów, z czego pozytywnie rozpatrzono 235. Sformułowanych zostało 58 zarzutów wadliwości, z których 37 zmieniających orzeczenia¹³. Wybrane dane w charakteryzujące rehabilitację leczniczą Oddziale zostały zawarte w poniższym zestawieniu:

L.p.	Wyszczególnienie	2017	2018	2019
1	Liczba wniosków o rehabilitację leczniczą	6703	7404	8413
2	Liczba wydanych orzeczeń	10020	9 988	10553
3	Orzeczenia pozytywne	8390	8333	8655
4	Odmowa (ogółem):	1773	1856	2118

⁸ W okresie objętym kontrolą obowiązywała Procedura do procesu 9.3 wprowadzona: podstawie zarządzenia nr 41 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3 „Realizacja rehabilitacji leczniczej” oraz na podstawie zarządzenia nr 40 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 25 czerwca 2018 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3 „Realizacja rehabilitacji leczniczej”.

⁹ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹⁰ Dz.U. z 2020 r. poz. 266.

¹¹ Liczba wniosków i orzeczeń jest różna m.in. dlatego, że wnioski składają osoby zainteresowane i lekarze leczący, a orzeczenia zapadają też w sytuacjach, gdy lekarz orzecznik albo komisja lekarska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzekają o potrzebie rehabilitacji leczniczej, orzekając w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych albo o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego

¹² Po odmowie ubezpieczony może złożyć nowy wniosek w dowolnym terminie.

¹³ Oddział nie posiadał narzędzi pozwalających na wygenerowanie raportu dotyczącego powodów przyczyn złożonych sprzeciwów i wniesionych zarzutów.

5	Orzecznicza	1630	1655	1898
6	Formalna	143	201	220
7	Sprzeciwcy:	0	487	512
8	- rozpatrzone pozytywnie	0	137	98
9	- rozpatrzone negatywnie	0	350	414
10	Zarzuty wadliwości:	0	40	18
11	- podtrzymujące orzeczenia	0	15	6
12	- zmieniające orzeczenia	0	25	12
13	Liczba skierowań	8108	8318	8402
14	Liczba rehabilitowanych	6775	7213	7467

Plan zatrudnienia lekarzy orzeczników przewidywał 34 etaty w 2018 r. i 34,2 etaty w 2019 r., a lekarzy członków komisji lekarskich 14 etatów w 2018 r. i 15 w 2019 r. Przeciętne zatrudnienie lekarzy orzeczników w 2018 r. wynosiło 31,3 etaty w 2018 r. i 29,6 w 2019 r., a lekarzy członków komisji lekarskich – 11 etatów w 2018 r. i 10,5 etatów w 2019 r.

(akta kontroli tom 1 str.: 13-17; 41; tom 3 str.: 1386-1388)

W latach 2018-2019 ogłoszonych zostało 28 naborów na 36 etatów na stanowisko Lekarza Orzecznika i Lekarza – członka komisji lekarskich ZUS. Nierozstrzygniętych zostało 20 naborów na 27 etatów z następujących przyczyn: niezgłoszenie się żadnego kandydata spełniającego wymagania formalne (16 naborów na 18 etatów), brak odpowiedniego kandydata do zatrudnienia (dwa nabory na cztery etaty) oraz rezygnacja kandydata z ubiegania się o stanowisko (dwa nabory na pięć etatów). W Oddziale występują trudności z pozyskaniem do pracy lekarzy, o czym Dyrektor Oddziału informował Zarząd Zakładu. Wobec niewystarczającego stanu zatrudnienia lekarzy Oddział podejmował działania w postaci m.in. zwiększenia przydziału zadań pracującym lekarzom oraz kierowania większej ilości spraw do konsultantów.

(akta kontroli tom 1 str.: 369-372)

Kontrolą objęto dokumentację 10 naborów na stanowiska lekarzy orzeczników przeprowadzonych w latach 2018-2019. Na pięć zbadanych konkursów przeprowadzonych w 2018 r. trzy zakończyły niepowodzeniem z uwagi na brak kandydatów. Nabory te odbyły się zgodnie z art. 74a-74e ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. W przypadku jednego naboru zakończonego zatrudnieniem kandydata doszło do naruszenia art. 74f ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, tj. informację o wynikach upowszechniono po upływie 14 dni od zatrudnienia kandydata. Wszystkie objęte badaniem konkursy na lekarzy ogłoszone w 2019 r. zakończyły się niepowodzeniem. W czterech przypadkach stało się tak z powodu braku kandydatów, a w jednym przypadku kandydat sam zrezygnował z podjęcia pracy w Oddziale. Nabory zostały przeprowadzone zgodnie z art. 74a-g ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Osiem spośród objętych badaniem konkursów prowadzonych w latach 2018-2019 spełniały warunki opisane w Nr 3 do Procedury 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników¹⁴. W dwóch przypadkach stwierdzono rozbieżności dotyczące składu komisji rekrutacyjnej podanej we wniosku o nabór i protokole z przebiegu naboru.

(akta kontroli tom 1 str.: 353-358; 448-451; 415-417; tom 2 str.: 1281-1290; 1336-1337)

¹⁴ Procedury te zostały wprowadzone Zarządzeniami Prezes ZUS i obowiązywały od 1 kwietnia 2017 r. i 8 sierpnia 2019 r.

Priorytety w zakresie specjalizacji lekarzy, którzy powinni być zatrudnieni w Oddziale określano na podstawie stanu zatrudnienia, liczby współpracujących z Oddziałem konsultantów o określonych specjalizacjach oraz zapotrzebowania na dane specjalizacje wynikające z bieżącej analizy spraw.

(akta kontroli tom 1 str.: 377-378)

Do dnia 1 października 2019 r. czas na wydanie orzeczenia w oparciu o bezpośrednie badanie wynosił 40 minut, a na wydanie orzeczenia w trybie zaocznym 20 minut (na podstawie dokumentacji medycznej). Czas rozpatrywania spraw określony został przez Naczelnego Lekarza Zakładu¹⁵. W okresie od 1 października 2019 r. do 13 kwietnia 2020 r. odstąpiono w drodze wyjątku od powyższych ram czasowych i przyjęto tryb 30 minutowy na wydanie orzeczenia w oparciu o bezpośrednie badanie oraz 15 minutowy na wydanie orzeczenia zaocznie¹⁶, co miało związek ze zwiększonym wpływem wniosków o wydanie orzeczenia osób ubiegających się o świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji¹⁷. Badaniem objęto dokumentację dotyczącą czasu pracy 10 lekarzy (siedmiu lekarzy orzeczników i jednej trzysobowej komisji lekarskiej). Przeprowadzona analiza wykazała, że przyjęty czas pracy został przekroczony w przypadku trzech lekarzy (od 20 do 120 minut). Wskazać jednak należy, że centralnie określone ramy czasowe w aplikacji WO-Wspomaganie Orzecznictwa na rozpatrzenie sprawy dopuszczają możliwość przydzielenia dwóch spraw na daną godzinę. Rozwiązanie takie pozwala na rozpatrzenie większej ilości spraw np. w przypadku nagłej absencji lekarza orzecznika, wobec której Główny Lekarz Orzecznik lub jego zastępca przydziela przypisane mu na dany dzień sprawy na pozostałych lekarzy.

(akta kontroli tom 1 str.: 359-361; 385-411)

W okresie objętym kontrolą wzrosła liczba orzeczeń związanych z rehabilitacją leczniczą wydanych na wniosek lekarza leczącego z 7382 w 2018 r. do 8218 w 2019 r. Jednocześnie zmniejszyła się liczba wydanych orzeczeń w związku kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich z 517 w 2018 r. do 254 w 2019 r. Zmniejszeniu uległa również liczba wydanych orzeczeń w związku z ustaleniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego (z 2378 w 2018 r. do 2006 w 2019 r.) oraz ustaleniem niezdolności do pracy do celów rentowych (z 433 w 2018 r. do 320 w 2019 r.). W 2018 r. średniomiesięcznie lekarze orzecznicy wydali 159 orzeczeń, w tym lekarze zatrudnieni na pełny etat (tj. 60,5% wszystkich zatrudnionych lekarzy) – 179 orzeczeń, a zatrudnieni w niepełnym wymiarze godzin – 128,5 orzeczeń. Komisja lekarska natomiast wydawała średniomiesięcznie 169 orzeczeń. W 2019 r. średniomiesięcznie lekarze orzecznicy wydali 192 orzeczenia, w tym lekarzy zatrudnieni na pełny etat (tj. 54% wszystkich zatrudnionych lekarzy) – 222 orzeczenia, a zatrudnieni w niepełnym wymiarze godzin – 157 orzeczeń. Komisja lekarska natomiast wydawała średniomiesięcznie 163 orzeczenia.

(akta kontroli tom 1 str.: 377-379)

W Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych funkcjonują Rady Regionów – posiedzenia Dyrektorów Oddziałów z Zarządem Zakładu i przedstawicielami poszczególnych Departamentów Centrali Zakładu. Podczas tych spotkań Dyrektor II Oddziału ZUS w Warszawie wielokrotnie podnosił problem związany z niewystarczającym stanem zatrudnienia lekarzy.

¹⁵ Pismem z 12.09.2017 r. nr 991800/292/2017A.

¹⁶ Decyzję tę podjął Naczelnny Lekarz Zakładu 18 września 2019 r. i dotyczyła ona wszystkich Oddziałów ZUS.

¹⁷ W dniu 1 października 2019 r. weszła w życie ustawa o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

W okresie objętym kontrolą Oddział nie występował o nowe etaty lekarzy-orzeczników i lekarzy-członków komisji lekarskiej do Centrali ZUS ze względu na posiadane wakaty i trudności z pozyskaniem lekarzy.

Średni poziom wynagrodzeń w grupach stanowisk objętych kontrolą kształtował się w sposób następujący (według stanu na dzień 31 grudnia danego roku): Główny Lekarz Orzecznik - 9136 zł w 2018 r. i 10 518 zł w 2019 r.; lekarz-członek komisji lekarskiej Zakładu – 7907 zł w 2018 r. i 9811 zł w 2019 r.; lekarz orzecznik – 6744 zł w 2018 r. i 7935 w 2019 r. W ocenie Dyrektora Oddziału poziom wynagrodzeń zapewniał warunki dla stabilnego i trwałego zatrudnienia lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich.

W 2018 r. zatrudniono trzech lekarzy, w tym jednego członka komisji lekarskiej Zakładu i dwóch lekarzy orzeczników, a pracę zakończyło 10 lekarzy - trzech członków komisji lekarskiej Zakładu i siedmiu lekarzy orzeczników. W 2019 r. zatrudniono 7 lekarzy, w tym dwóch członków komisji lekarskiej Zakładu i pięciu lekarzy orzeczników, a pracę zakończyło ośmiu lekarzy - dwóch członków komisji lekarskiej Zakładu i sześciu lekarzy orzeczników. Powodami odejść lekarzy w badanym okresie było m.in. rozwiązanie stosunków pracy na mocy porozumienia stron (łącznie 8 przypadków), przeniesie służbowe do innej jednostki ZUS (trzy przypadki), rozwiązanie umów z upływem czasu, na który zostały zawarte (trzy przypadki), wypowiedzenie przez pracownika (dwa przypadki).

Średni wiek lekarzy zatrudnionych w Oddziale wynosił 57 lat w 2018 r. i 58 lat w 2019 r.

(akta kontroli tom 1 str.: 369-373; 381-382)

1.2. W 2018 r. Oddział współpracował z 33 konsultantami: trzema psychologami, czterema neurologami, trzema okulistami pięcioma ortopedami, sześcioma psychiatrami, dwoma kardiologami, dwoma pulmonologami, dwoma reumatologami oraz po jednym lekarzu o specjalności w dziedzinie stomatologii, laryngologii, interny, ginekologii, chirurgii. Zasady współpracy Oddziału z konsultantami zostały określone w *Procedurze do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń*¹⁸. Z 29 lekarzami konsultantami Oddział współpracował na podstawie trzyletnich umów zawartych na okres 2016-2018. Z czterema konsultantami zawarto dodatkowe umowy z uwagi na wyczerpanie środków z umów trzyletnich. W 2019 r. Oddział współpracował z 28 konsultantami (w tym z pięcioma zawarł umowę po raz pierwszy): jednym psychologiem, pięcioma neurologami, trzema okulistami, czterema ortopedami, dwoma kardiologami, pięcioma psychiatrami, dwoma pulmonologami, trzema lekarzami chorób wewnętrznych (diabetologii, medycyny rodzinnej i interny) oraz po jednym lekarzu o specjalności w dziedzinie reumatologii, ginekologii i chirurgii.

W 2018 r. w Oddział zawarł sześć umów o dzieło z pięcioma konsultantami¹⁹. Ponadto Oddział współpracował z 27 konsultantami, z którymi zawarto umowy trzyletnie na okres 2016-2018. W 2019 r. Oddział zatrudnił w ramach umowy o dzieło 31 konsultantów, w tym jednego psychologa, jednak w trzech przypadkach nie doszło do podpisania umowy z powodu odstąpienia lekarzy od podpisania umów. Oddział zawarł łącznie 36 umów z 28 konsultantami²⁰.

Zainteresowani pracą w ZUS lekarze po rozmowie wstępnej z Głównym Lekarzem Orzecznikiem składali do Dyrektora Oddziału podanie o zawarcie umowy na wydawanie specjalistycznych opinii wraz z załącznikami (prawem wykonywania zawodu, dyplomem stwierdzającym posiadanie tytułu specjalisty, oświadczeniem

¹⁸ Załącznik do zarządzenia Prezesa ZUS nr 39 z dnia 31 marca 2017 r.

¹⁹ Z jednym konsultantem zawarto umowę dwukrotnie.

²⁰ Z uwagi na wejście w życie ustawy o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji 1 października 2019 r. i znaczącym wzrostem liczby składanych wniosków podpisano dodatkowych osiem umów z konsultantami.

o prowadzeniu bądź nie działalności gospodarczej, zaświadczeniem o postawie etycznej. W przypadku akceptacji Dyrektora powołana trzyosobowa komisja przeprowadzała z kandydatem negocjacje stawki za wydanie opinii.

(akta kontroli tom 1 str.: 359-363; 377-380)

Kontrolą objęto 10 umów, jakie zostały zawarte z konsultantami w latach 2018-2019. Wszystkie te umowy były zgodne z art. 68 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniu społecznym oraz z Załącznikiem nr 9 – *Instrukcja – ogólne warunki postępowania orzeczniczego* Procedury do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*. Zatrudnieni konsultanci spełniali wymogi formalne.

(akta kontroli tom 1 str.: 418-419)

W 2018 r. jeden lekarz konsultant wydał średniorocznie 80 opinii, wynagrodzenie z tego tytułu wynosiło średnio 13 610 zł. Natomiast jeden psycholog wydał średnio 63 opinie, a wynagrodzenie wynosiło średnio 10 653 zł. Średnia stawka za wydanie jednej specjalistycznej opinii wynosiła 170 zł. W 2019 r. jeden lekarz konsultant wydał średnio 119 opinii, a wynagrodzenie wyniosło średnio 20 236 zł. Jeden psycholog wydał 128 opinii, a jego wynagrodzenie wyniosło 21 760 zł. Stawka za wydanie jednej specjalistycznej opinii pozostała bez zmian.

(akta kontroli tom 1 str.: 359-366)

W latach 2018-2019 Oddział współpracował z jednym podmiotem świadczącym usługi w zakresie wykonywania badań dodatkowych oraz jednym podmiotem, który przeprowadził obserwację szpitalną. Wyboru placówki dokonującej świadczącej usługi w zakresie badań dodatkowych dokonano w trybie zapytania ofertowego. Do usług, w zakresie których Oddział współpracował z wybranym podmiotem, należały m.in. następujące rodzaje badań: próba wysiłkowa EKG, echo serca, spirometria, EEG rutynowe, audiogram, badanie tętnic. Zgodnie z art. 68 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych zamówienie były wyłączone ze stosowania przepisów o zamówieniach publicznych.

(akta kontroli tom 1 str.: 359-363; 367-368; 377-380; 423-436)

Kontrolą objęto dokumentację 10 lekarzy orzeczników i pięciu lekarzy – członków komisji lekarskich, w zakresie spełniania wymogów określonych w §11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (dalej: rozporządzenie w sprawie orzekania o niezdolności do pracy). Przeprowadzona analiza wykazała, że wszyscy lekarze posiadali tytuł specjalisty i odbyli szkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS, zgodnie z wyżej przytoczonym rozporządzeniem. Z badanej próby pięciu lekarzy zostało zatrudnionych w okresie objętym kontrolą tj. w latach 2018-2019. Czterech z nich rozpoczęło wydawanie orzeczeń po ukończeniu szkolenia, o którym mowa w §11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. Jeden lekarz rozpoczął wydawanie orzeczeń podczas trwania szkolenia.

(akta kontroli tom 1 str.: 414; 437-438; tom 3 str.: 1338-1341)

1.3. Zgodnie z § 28 ust. 2 pkt 8 Regulaminu Organizacyjnego ZUS do obowiązków Dyrektora Oddziału należy dbałość o stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników. W latach 2018-2019 lekarze orzecznictwa lekarskiego mieli możliwość podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych poprzez udział w szkoleniach organizowanych przez Centralę ZUS, Centra Szkolenia i Oddział, a także uczestnictwo w konferencjach szkoleniowych zakupionych na ich wniosek przez Oddział. W Zakładzie obowiązuje „Program szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich”, który obejmuje m.in. zagadnienia związane z rehabilitacją leczniczą. Szkolenia te realizowane były w ciągu czterech tygodni od zatrudnienia (od 9 października 2019 r. – trzy tygodnie).

Poza wyżej opisanym programem w Zakładzie nie zostały wprowadzone wytyczne w zakresie liczby odbytych szkoleń.

W 2018 r. w Oddziale zrealizowano łącznie 21 szkoleń, z czego cztery szkolenia odbyły się w formie e-learningu, cztery zorganizowane były przez Centralę ZUS (w tym dwa we współpracy z Centrum Szkolenia w Gdańsku), pięć zorganizował Oddział (w tym trzy zorganizowała firma zewnętrzna), a pozostałe siedem szkoleń przeprowadzonych zostało przez organizatora zewnętrznego. We wszystkich szkoleniach przeprowadzonych w 2018 r. wzięło udział łącznie 98 lekarzy. W 2019 r. zrealizowano łącznie 14 szkoleń. Wzięło w nich udział 39 lekarzy. W szkoleniach zorganizowanych w 2018 r. udział wzięli wszyscy lekarze zatrudnieni w Oddziale, natomiast w 2019 r. – 52% z nich. Mniejszy odsetek lekarzy, którzy odbyli szkolenie w 2019 r. wynika z faktu ich zaangażowania w realizację wniosków dotyczących świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji²¹. W 2019 r. 90% lekarzy skorzystało z urlopu szkoleniowego na podnoszenie kwalifikacji we własnym zakresie.

W okresie objętym kontrolą nie były prowadzone szkolenia dedykowane rehabilitacji leczniczej. Temat ten był natomiast poruszany przy okazji szkoleń w zakresie innych tematów. W okresie objętym kontrolą żaden lekarz orzecznik ani lekarz – członek komisji lekarskiej nie uzyskał tytułu naukowego (prof. n. med.) lub stopnia naukowego (dr/dr hab.), ani też nie ukończył innej specjalizacji.

(akta kontroli tom 1 str.: 318-349; 369-380; 421)

1.4. Informacje dotyczące rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS są dostępne na stronie internetowej ZUS (www.zus.pl) w dedykowanej zakładce. Informacje w tym zakresie są również przekazywane klientom przez pracowników Sali Obsługi Klientów oraz Centrum Obsługi Telefonicznej.

W okresie objętym kontrolą II Oddział ZUS w Warszawie prowadził działania informacyjno-promocyjne dotyczących ZUS i systemu ubezpieczeń społecznych. Przedsięwzięcia koordynowane były przez Centralę ZUS lub inne Oddziały, jak również inicjowane bezpośrednio przez II Oddział ZUS w Warszawie. Prowadzone działania dzieliły się na planowane i organizowane na bieżąco w odpowiedzi na konkretne zapotrzebowanie. Pracownicy Oddziału uczestniczyli w różnego typu wydarzeniach m.in. targach, konferencjach, seminariach, punktach informacyjnych, dniach otwartych poza ZUS.

Oddział nie inicjował ani też nie uczestniczył w działaniach promocyjnych dedykowanych rehabilitacji leczniczej. W opisie żadnego z wydarzeń, w których uczestniczył Oddział nie znalazła się informacja o promocji rehabilitacji leczniczej, natomiast pracownicy Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji podczas pełnionych dyżurów przekazywali m.in. informacje dotyczące rehabilitacji leczniczej osobom zainteresowanym.

W 2018 r. Oddział nie poniósł kosztów w zakresie działań informacyjno-promocyjnych, natomiast w 2019 r. koszty te wyniosły 21 tys. zł i były związane z zakupem materiałów informacyjno-promocyjnych, w tym m.in. długopisów, toreb płóciennych, piór, ołówków itp. W okresie objętym kontrolą Oddział otrzymywał również materiały zakupione przez Centralę ZUS. Wydatki na działalność informacyjno-promocyjną miały charakter ogólny i nie jest możliwe wyszczególnienie wydatków poniesionych na promocję działań związanych z rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS.

W ocenie Dyrektora Oddziału prowadzone działania były efektywne, o czym świadczyło zainteresowanie i zapotrzebowanie na kolejne edycje danych wydarzeń.

²¹ Co wynikało z wejścia w życie w 2019 r. ustawy o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

1.5. W 2018 r. koszty funkcjonowania Wydziału Orzecznictwa i Prewencji wyniosły 947 tys. zł, w tym 286 tys. zł dotyczyło kosztów badań osób ubiegających się o świadczenia rentowe (88% zaplanowanej kwoty), 167 tys. dotyczyło świadczeń (wynikającym z umów cywilnoprawnych) wypłacanym lekarzom i psychologom za przeprowadzanie badań i wydanie opinii (79% zaplanowanej kwoty), a 494 tys. zł dotyczyło zwrotu kosztów przejazdu (88% zaplanowanej kwoty). W 2019 r. koszty wyniosły 995 tys. zł, w tym 395 tys. zł dotyczyły kosztów badań osób ubiegających się o świadczenia rentowe (95% zaplanowanej kwoty), 185 tys. dotyczyło świadczeń (wynikającym z umów cywilnoprawnych) wypłacanym lekarzom i psychologom za przeprowadzanie badań i wydanie opinii (74% zaplanowanej kwoty), a 415 tys. zł dotyczyło zwrotu kosztów przejazdu (75% zaplanowanej kwoty).

W kosztach funkcjonowania Wydziału nie uwzględniono kosztów wynagrodzeń lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskich, gdyż były one ujęte w ramach ogólnego konta pt. wynagrodzenia osobowe pracowników. Na wynagrodzenia osobowe pracowników Wydziału Orzecznictwa i Prewencji wydatkowano kwoty: 3 622 tys. zł w 2018 r. oraz 4 445 tys. zł w 2019 r. Dodatkowo na nagrody oraz odprawy emerytalne i rentowe pracowników Wydziału w 2018 r. wydatkowano 794 tys. zł, a w 2019 r. – 916 tys. zł.

(akta kontroli tom 1 str.: 14; 116-315)

1.6. W latach 2018-2019 w II Oddziale ZUS w Warszawie nie były przeprowadzane kontrole zewnętrzne. Przeprowadzono natomiast 38 kontroli wewnętrznych (w 2018 r. – 23, a w 2019 r. – 15 kontroli) przez komórki Oddziału oraz poszczególne Departamenty Centrali ZUS. W okresie objętym kontrolą do Oddziału nie wpłynął żaden wniosek i żadna petycja.

W zakresie orzecznictwa lekarskiego i prewencji w 2018 r. przeprowadzono trzy kontrole wewnętrzne. Wydział Kontroli Wewnętrznej II Oddziału ZUS w Warszawie w kwietniu 2018 r. przeprowadził kontrolę „Obsługa wniosków o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej”. Kontrola wykazała, że w przypadku trzech z 20 badanych spraw wniosków o rehabilitację leczniczą został zarejestrowany w dedykowanej aplikacji z opóźnieniem, co wynikało z omyłki pracownika. Wnioski pokontrolne zrealizowano poprzez prowadzenie dodatkowego monitoringu pracy pracowników, ze szczególnym uwzględnieniem rejestracji wniosków o rehabilitację leczniczą. W listopadzie 2018 r. Departament Orzecznictwa Lekarskiego Centrali ZUS przeprowadził kontrolę funkcjonalną „Działalność głównego lekarza orzecznika, przewodniczącego komisji lekarskich, ocena orzeczeń o niezdolności do pracy, organizacja pracy orzecznictwa lekarskiego”. W dwóch spośród 220 zbadanych akt stwierdzono niedostateczne udokumentowanie ustaleń orzecznicznych. Wnioski pokontrolne realizowano poprzez zwiększenie liczby aprobowanych spraw przez Głównego Lekarza Orzecznika i Zastępców Głównego Lekarza Orzecznika oraz zwiększenie liczby spraw, w których ZUS występuje do placówek medycznych/ lekarzy leczących o nadesłanie dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia danego ubezpieczonego. W grudniu 2018 r. Departament Prewencji i Rehabilitacji Centrali ZUS przeprowadził kontrolą funkcjonalną „Kontrola prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej i rozpatrywaniem wniosków o świadczenia zdrowotne”. Wnioski pokontrolne zrealizowano poprzez prowadzenie dodatkowego monitoringu pracy pracowników, analizę raportów w aplikacjach dziedzinowych.

W 2019 r. została przeprowadzona jedna kontrola wewnętrzna. Przedmiot kontroli stanowiła „Działalność głównego lekarza orzecznika, przewodniczącego komisji lekarskich, ocena orzeczeń o niezdolności do pracy, organizacja pracy orzecznictwa

lekarskiego". Kontrolę przeprowadził Departament Orzecznictwa Lekarskiego Centrali ZUS. Stwierdzono, że w trzech na 221 zbadanych przypadków, w sposób niedostateczny zostały udokumentowane ustalenia orzecznicze. Wnioski pokontrolne zostały zrealizowane poprzez zwiększenie liczby aprobowanych spraw przez Głównego Lekarza Orzecznika i Zastępców Głównego Lekarza Orzecznika oraz zwiększenie liczby spraw, w których ZUS występuje do placówek medycznych/ lekarzy leczących o nadesłanie dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia danego ubezpieczonego.

(akta kontroli tom 1 str.: 62-65; 75-115)

W 2018 r. do II Oddziału ZUS w Warszawie wpłynęły łącznie 74 skargi, z czego 22 dotyczyły orzecznictwa lekarskiego i prewencji, w tym 8 odnosiło się do rehabilitacji. Natomiast w 2019 r. wpłynęło łącznie 57 skarg, z czego 26 dotyczyło orzecznictwa lekarskiego i prewencji, w tym 6 odnosiło się do rehabilitacji. Najwięcej skarg złożonych w latach 2018-2019 w zakresie orzecznictwa lekarskiego i prewencji dotyczyło sposobu przeprowadzania badania (22 przypadki, w tym 10 dotyczących rehabilitacji leczniczej), pozostałe to brak informacji o wyznaczeniu pierwszego terminu na badanie i zbyt późna informacja o kolejnym wyznaczonym terminie badania dotyczącym uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego; sposób przeprowadzania badania, brak przyznania miejsca w sanatorium oraz odmowy przyznania świadczenia rehabilitacyjnego; realizacja wniosku o świadczenie rehabilitacyjne; zasady i tryb kierowania na rehabilitację i brak efektów rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej; treść opinii lekarskiej; treść orzeczenia lekarskiego; częstotliwość badania przez lekarza orzecznika; jakość obsługi, zachowanie i sposób udzielanie informacji; zasady i tryb kierowania wezwań na badania do lekarza orzecznika; sposób przeprowadzenia kontroli zwolnienia lekarskiego; długi czas oczekiwania na badanie.

(akta kontroli tom 1 str.: 66-74)

Kontrolą objęto pięć skarg (dwie złożone w 2018 r. i trzy w 2019 r.). Wszystkie skargi dotyczyły orzecznictwa lekarskiego. Osoby skarżące kwestionowały sposób przeprowadzenia badania (w czterech przypadkach), nie zgadzały się z treścią wydanego orzeczenia lub opinii, a jedna z osób powążyła zasady kierowania na badania do lekarza orzecznika. Wszystkie objęte badaniem skargi zostały załatwione terminowo, zgodnie z art. 237 § 1 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego²². W każdym z badanych przypadków przeprowadzone zostało postępowanie wyjaśniające.

(akta kontroli tom 1 str.: 420)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W przypadku konkursu nr 86/ZEW/2018 na stanowisko lekarza orzecznika prowadzonego w 2018 r. doszło do naruszenia art. 74f ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych tj. informację o wynikach naboru upowszechniono po upływie 14 dni od zatrudnienia kandydata. Lekarz został zatrudniony w Oddziale od 1 sierpnia 2018 r., a ogłoszenie o wynikach naboru zostało opublikowane 20 sierpnia 2018 r. Ogłoszenie o wynikach naboru nr 86/ZEW/2018 opublikowano zatem z opóźnieniem pięciu dni. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że powodem opóźnienia był urlop wypoczynkowy pracownika Oddziału.

(akta kontroli tom 1 str.: 415-417; 442-471; tom 3 str.: 1276-1280)

²² Dz. U. z 2020 r. poz. 256 ze zm.

2. W dokumentacji z naborów nr 182/ZEW/2019 oraz 234/ZEW/2019 na stanowiska lekarzy orzeczników w zapotrzebowaniu o nabór wskazana jest p. J. W. (pracownik Wydziału Kadr) jako przewodniczący Komisji Rekrutacyjnej, a w protokole z przebiegu naboru jako Przewodniczący Komisji wskazana została p. A. C. (Przewodnicząca Komisji Lekarskich ZUS). Jako powód zaistniałej rozbieżności Dyrektor Oddziału podła omyłkę pisarską.

(akta kontroli tom 1 str.: 415-417; 442-471; tom 3 str.: 1281-1290; 1337)

3. Z załącznika nr 9 do Procedury 9.1 pt. *Instrukcja - ogólne warunki postępowania orzeczniczego* wynika, że każdy Oddział współpracuje z co najmniej dwoma konsultantami posiadającymi tę samą specjalizację. W 2018 r. II Oddział w Warszawie współpracował z jednym stomatologiem, jednym laryngologiem, jednym internistą, jednym ginekologiem i jednym chirurgiem. Natomiast w 2019 r. Oddział współpracował z jednym reumatologiem, jednym ginekologiem, jednym chirurgiem i jednym psychologiem. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że podejmowane były starania o zatrudnienie co najmniej dwóch konsultantów posiadających tę samą specjalizację. Podjęte działania w postaci publikacji ogłoszeń w Internecie czy zamieszczenie ich na tablicach informacyjnych placówek związanych ZUS nie przyniosły oczekiwanego rezultatu.

(akta kontroli tom 1 str.: 359-363; 381-384)

4. Kontrola akt osobowych 10 lekarzy (siedmiu lekarzy orzeczników i jednej trzyosobowej komisji lekarskiej) wykazała, że jeden lekarz rozpoczął wydawanie orzeczeń przed ukończeniem szkolenia, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niedonośności do pracy. Powyższy przepis stanowi, że lekarzem orzecznikiem może być lekarz, który odbył przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa Zakładu. W dokumentacji osobowej p. M. L. znajduje się zaświadczenie, że szkolenie, o którym mowa w ww. rozporządzeniu, ukończyła 5 sierpnia 2018 r., a pierwsze orzeczenie wydała 1 sierpnia 2018 r. Od 1 do 2 sierpnia 2018 r. p. M. L. rozpatrzyła łącznie siedem spraw (w pozostałe dni nie pracowała). Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że wcześniejsze skierowanie p. M. L. do samodzielnej pracy mało na celu zaznajomienie lekarza z systemem informatycznym funkcjonującym w Zakładzie.

(akta kontroli tom 1 str.: 414; 437-441; tom 3 str.: 1338-1341)

5. W 2018 r. kontrola funkcjonalna „Działalność głównego lekarza orzecznika, przewodniczącego komisji lekarskich, ocena orzeczeń o niezdolności do pracy, organizacja pracy orzecznictwa lekarskiego” przeprowadzona przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego Centrali ZUS stwierdziła dwa przypadki niedostatecznego udokumentowania ustaleń orzecznicznych, a Oddział poinformował o realizacji zaleceń w tym zakresie. Powtórna kontrola w tym obszarze przeprowadzona w 2019 r. wykazała trzy takie przypadki i również poinformowano o realizacji zaleceń. Tym samym występowały przypadki informowania w 2018 r. o realizacji zaleceń, a w 2019 r. nadal występowały te same nieprawidłowości i formułowano takie same zalecenia. Zgodnie ze standardem nr 11 określonym w Komunikacie nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych należy prowadzić nadzór nad wykonaniem zadań w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji.

(akta kontroli tom 1 str. 94-101; 108-115)

OCENA CZĄSTKOWA

Realizacja zadań w zakresie orzecznictwa lekarskiego odbywała się w warunkach niepełnej obsady kadrowej, co wynikało z występujących trudności z pozyskiwaniem lekarzy orzeczników i lekarzy-członków komisji lekarskich. Z przeprowadzonych 28 naborów na 36 etatów na stanowisko Lekarza Orzecznika i Lekarza – członka

komisji lekarskich ZUS nierozstrzygniętych zostało 20 naborów na 27 stanowisk. W konsekwencji braków kadrowych przy jednoczesnym znacznie zwiększonym napływie wniosków o przyznanie świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji średniomiesięczna liczba wydanych orzeczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie w okresie objętym kontrolą uległa zwiększeniu. Natomiast znacznemu zmniejszeniu uległa liczba wydanych orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy, ustaleniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, a także ustaleniem niezdolności do pracy do celów rentowych.

OBSZAR

2. Prawidłowość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej.

Opis stanu faktycznego

2.1. Przepisy w zakresie wydawania orzeczeń reguluje rozporządzenie o rehabilitacji, a także Procedura do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń²³.

Badanie prawidłowości wydawania orzeczeń obejmowało 18 spraw z 2018 r. (tj. w których wnioski wpłynęły do Oddziału i zostały rozpatrzone w tym roku), w których lekarz orzecznik wydał **orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji** (tylko te przypadki, w których lekarz orzecznik uznał rehabilitację za niecelową, tj. osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokowała odzyskania zdolności do pracy). Szczegółowa kontrola w zakresie sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń lekarzy orzeczników i komisje lekarskie nie wykazała nieprawidłowości. Nie stwierdzono również nieuzasadnionych przypadków wydawania orzeczeń o braku potrzeby rehabilitacji. W przypadku 17 z 18 spraw główny lekarz orzecznik lub jego zastępca przydzielał sprawy do lekarzy orzeczników poprzez losowanie w aplikacji Wspomaganie Orzecznictwa (dalej WO). W jednym przypadku nie przeprowadzono losowania, gdyż wniosek o rehabilitację leczniczą był rozpatrywany równolegle z wnioskiem o rentę przez tego samego lekarza, wylosowanego do rozpatrzenia sprawy rentowej²⁴. Zgodnie z procedurą w takim przypadku główny lekarz orzecznik sporządził uzasadnienie w WO. Żadna z 18 osób zainteresowanych nie wniosła sprzeciwu w sprawie wydanego orzeczenia.

(akta kontroli tom 1 str.: 427-471; tom 2 str.: 472-529; tom 3 str.: 967-1052)

Kontrolą objęto również 72 sprawy z 2018 r.²⁵, w których wydane zostały **orzeczenia o potrzebie rehabilitacji** w ramach prewencji rentowej ZUS, w tym po 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku:

- a. nie pobierał z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany;
- b. pobierał zasiłki chorobowe związane ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana);
- c. pobierał świadczenie rehabilitacyjne;
- d. pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

²³ W okresie objętym kontrolą obowiązywała Procedura do procesu 9.1 „Wydawanie orzeczeń” wprowadzona na podstawie Zarządzenia nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie Procedury do procesu 9.1 „Wydawanie orzeczeń”.

²⁴ PRL 000000002436.

²⁵ W których wnioski wpłynęły, zostały rozpatrzone oraz osoba skierowana zakończyła turnus rehabilitacyjny w 2018 r. W wybranej próbie nie było osób, które: miały ustalone prawo do emerytury i pobierały emeryturę; miały ustalone prawo do emerytury i nie pobierały emerytury; pobierały stałą lub okresową rentę socjalną. W grupie 72 osób znalazło się 18 osób, które pobierały rentę okresową oraz jedna osoba, która spełniała warunki do emerytury.

W 71 z 72 badanych spraw główny lekarz orzecznik lub jego zastępca przydzielał sprawy do lekarzy orzeczników poprzez losowanie w aplikacji WO (w trzech sprawach orzekał jednak inny lekarz z powodu nieobecności lekarza wylosowanego²⁶). W jednym przypadku, z uwagi na pilny charakter sprawy główny lekarz orzecznik przydzielił ją do wybranego lekarza orzecznika, po czym (zgodnie z procedurą) sporządził uzasadnienie w WO²⁷. Żadna z osób zainteresowanych nie wniosła sprzeciwu w sprawie wydanego orzeczenia.

Badając dokumentację zwrócono również uwagę, czy występowały przypadki budzące wątpliwości w zakresie zapewnienia wszystkim wymagającym rehabilitacji równego do niej dostępu. Szczegółowe badania kontrolne wykazało, że przy wydawaniu orzeczeń przestrzegano uregulowań zawartych w Zasadach unikania konfliktu interesów²⁸, Kodeksie etyki pracownika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych²⁹ oraz Polityce antykorupcyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych³⁰.

(akta kontroli tom 2 str.: 530-745; 746 -747; 748-750; 907-966; tom 3 str. 967-1052; 1203-1237)

Zgodnie z Procedurą 9.1, w odniesieniu do nie mniej niż 60% spraw średnio w miesiącu główny lekarz orzecznik albo jego zastępca przeprowadza analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii. Oceniając nadzór nad pracą lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich NIK ustaliła, że takie opinie zamieszczono w 76 z 90 zbadanych spraw (68,4%). W tym zakresie zbadano również odsetek spraw zakończonych wydaniem orzeczenia albo opinii przez lekarza orzecznika w 2018 oraz w 2019 roku (miesiące: marzec, czerwiec, wrzesień i grudzień) i ustalono, że przedmiotowa analiza generalnie dokonywana była zgodnie z Procedurą 9.1. W jednym przypadku (w grudniu 2019 r.) nie zachowano wymogu przeprowadzenia analizy nie mniej niż 60% spraw – poddano kontroli 10 % wydanych orzeczeń lub opinii. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że wynikało to z lawinowego wpływu dodatkowych wniosków o wydanie orzeczenia dotyczącego ustalenia niezdolności do samodzielnej egzystencji, w związku wejściem w życie ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji³¹ (w IV kw. 2018 r. wpłynęło 21 916 wniosków, a w IV kw. 2019 r. – 31 334).

(akta kontroli tom 2 str.: 751-753)

W Procedurze do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń zamieszczono Wzór Uzasadnienia i podsumowania ustaleń orzecznich (załącznik nr 3 – Wzory dokumentów wewnętrznych, poz. 6). Kontrola wykazała, że we wszystkich 72 skontrolowanych sprawach lekarze orzecznicy nie wskazywali, w jakim okresie badany rokuje poprawę lub odzyskanie zdolności do pracy, tj. zgodnie z pkt. 9 ww. wzoru. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że ww. załącznik jest ogólnym wzorem do wszystkich spraw orzecznich, a poszczególne jego punkty stosuje się do danego rodzaju sprawy.

(akta kontroli tom 2 str. 754-757; tom 3 str.: 1009-1010; 1343-1346)

Badania kontrolne wykazały, że w trzech z 72 skontrolowanych sprawach orzeczenia zostały wydane przez lekarza o specjalności psychiatria, tj. innej niż typ

²⁶ PRL 45000000004008, PRL 45000000005342, PRL 0000000002617.

²⁷ PRL 0000000000066.

²⁸ Na podstawie zarządzenia nr 27 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 24 kwietnia 2018 r. w sprawie wprowadzenia zasad unikania konfliktu interesów.

²⁹ Na podstawie zarządzenia nr 32 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 24 maja 2019 r. w sprawie wprowadzenia „Kodeksu etyki pracownika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”.

³⁰ Na podstawie zarządzenia nr 67 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 22 października 2019 r. w sprawie wprowadzenia „Polityki antykorupcyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”.

³¹ Dz. U. poz. 1622.

schorzenia, w sprawie którego orzekał³². Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że lekarz zatrudniony jest w ZUS w charakterze lekarza orzecznika i lekarze orzecznicy w ZUS nie prowadzą działalności leczniczej, czy diagnostycznej, w związku z tym mogą orzekać w każdej sprawie. Lekarz na początku pracy w ZUS przechodzi obowiązkowe szkolenia orzecznicze, posiada publikację „Standardy orzecznictwa lekarskiego w ZUS”, z której może korzystać. Ponadto gdy lekarz orzecznik ma wątpliwości dotyczące rozstrzygnięcia sprawy, zawsze ma możliwość skorzystania z opinii lekarza konsultanta ZUS lub zlecenia odpowiednich badań dodatkowych.

Kontrola wykazała również, że we wszystkich ww. przypadkach nie zlecono dodatkowych badań medycznych. Jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału, najważniejszym badaniem w postępowaniu orzeczniczym jest bezpośrednie badanie ubezpieczonego. W przypadku problemów z ustaleniem stanu klinicznego lekarz orzecznik może zalecić wykonanie badań dodatkowych lub skorzystanie z opinii konsultanta, natomiast z analizy wskazanych akt wynika, że lekarz orzecznik nie miał problemów z ustaleniem stanu klinicznego ubezpieczonych, dlatego nie wystąpił o opinię do konsultanta ZUS, jak również nie zlecił badań dodatkowych.

(akta kontroli tom 2 str.: 758-761; tom 3 str.: 1343-1346)

2.2. Przepisy obejmujące kierowanie osób na rehabilitację leczniczą określa rozporządzenie o potrzebie rehabilitacji oraz Procedura do procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej. Szczegółowe badania mające na celu ustalenie, czy kierowanie osób na rehabilitację leczniczą ZUS było zgodne z ww. przepisami przeprowadzono na tej samej próbie 72 spraw, które wykorzystano przy badaniu prawidłowości wydawania orzeczeń o potrzebie rehabilitacji. Ustalono, że wszystkie skontrolowane wnioski zostały rozpatrzone zgodnie obowiązującymi przepisami. Żadna ze skierowanych osób nie odstąpiła od rehabilitacji leczniczej. Badanie w zakresie ich terminowości wykazało przestrzeganie wymogów określonych w Procedurze 9.3, a dokumenty zabezpieczono prawidłowo. Badanie nie wykazało przypadków nieuzasadnionej przewlekłości postępowań. Na termin rozpoczęcia rehabilitacji, po wydanym orzeczeniu o celowości przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej, mają wpływ m.in. takie czynniki jak dostępność terminów i miejsc odbycia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w danym okresie i dla określonego profilu schorzenia; indywidualna sytuacja ubezpieczonych, która wymusza skierowanie ich na rehabilitację leczniczą w konkretnym terminie z uwagi np. na ważne sprawy rodzinne / zawodowe, zaplanowane wizyty lekarskie. Istotny wpływ na długość postępowania ma również weryfikacja dotycząca formalnych uprawnień do skorzystania z rehabilitacji leczniczej m.in. ustalenie uprawnień do pobierania danego świadczenia oraz ustalenie prawidłowego okresu zasiłkowego.

Dla 72 zbadanych spraw średni okres procedowania od wpływu wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 128 dni (najkrótszy – 24 dni³³, a najdłuższy 280 dni³⁴. Na poszczególnych etapach średni okres realizacji procedury wyniósł:

³² Nr PRL 45000000000514-2018 – schorzenie: zespół bólowy w przebiegu dyskopatii szyjnej i lędźwiowej, nadciśnienie tętnicze; nr PRL 45000000000498-2018 – schorzenie: zespół bólowy w przebiegu zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa lędźwiowego, zmiany zwyrodnieniowe stanów biodrowych, nadciśnienie tętnicze; nr PRL: 45000000000213-2018 – schorzenie: zespół bólowy kręgosłupa w przebiegu dyskopatii lędźwiowej.

³³ Nr PRL-45000000000066-2018. W dniu 3.01.2018 r. nastąpiła rejestracja wniosku o rehabilitację; 4.01.2018 r. wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji w systemie stacjonarnym; 19.01.2018 r., przydzielono miejsce na turnus, który odbył się w dniach od 26.01 do 18.02.2018 r.

³⁴ Nr PRL-450000000001665-2018. W dniu 13.02.2018 r. zarejestrowano wniosek o rehabilitację; 12.03.2018 r. wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji w systemie stacjonarnym; 27.03.2018 r. przydzielono miejsce na turnus od 17.08 – 9.09.2018 r.; W dniu 25.07.2018 r. wpłynęła prośbą o zmianę terminu rehabilitacji na listopad z uwagi na rozprawę sądową. Zastępca Głównego Lekarza Orzecznika wyraził zgodę i zostało przydzielone miejsce na turnus od 19.11 – 12.12.2018 r.

- 24 dni od złożenia wniosku do ZUS do wydania orzeczenia (od dwóch³⁵ do 38 dni³⁶)³⁷;
- 15 dni od wydania orzeczenia do emisji skierowania (od czterech³⁸ do 133 dni³⁹);
- 82 dni od emisji skierowania do rozpoczęcia turnusu (od dwóch⁴⁰ do 237 dni⁴¹).

2.3. Badając skuteczność podejmowanych działań w ramach prewencji rentowej NIK ustaliła co następuje:

Wśród 72 skontrolowanych spraw o **potrzebie rehabilitacji** z 2018 r., w których wnioski wpłynęły, zostały rozpatrzone oraz osoba skierowana zakończyła turnus rehabilitacyjny w tym roku:

- 64 sprawy rozpatrzone zostały na podstawie wniosku lekarza leczącego, osiem przy wniosku o świadczenie;
- trzy sprawy zostały rozpatrzone przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (w żadnym przypadku nie zlecono badań dodatkowych),
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 11 778 do 4 584, tj. o 61,1%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 843,4 tys. zł do 308,7 tys. zł, tj. o 63,4% (kwoty brutto);
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 683,6 tys. zł do 895,5 tys. zł, tj. o 31% (kwoty netto);
- w 50 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w 20 – bez zmiany, co – biorąc pod uwagę stan zdrowia przed i po turnusie – oznacza, że rehabilitacja lecznicza okazała się skuteczna dla prawie 69,4% osób, u których po pobycie w ośrodku stwierdzono poprawę stanu zdrowia. W dwóch przypadkach nie wskazano żadnej adnotacji, co było spowodowane rezygnacją w trakcie turnusu. U żadnej z rehabilitowanych osób nie stwierdzono pogorszenia stanu funkcjonalnego po zakończeniu rehabilitacji;
- po upływie jednego roku od zakończenia rehabilitacji 59 osób (81,9%) zostało zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, pięć osób (6,9%) prowadziło działalność gospodarczą, jedna przeszła na emeryturę, sześć pobierało rentę (w przypadku jednej osoby Oddział nie dysponował danymi w tym zakresie).

Z ww. próby w ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji 30 osób (41,7%) pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, 18 osób (25,0%) pobierało świadczenia z innego powodu, a 24 osoby (33,3%) nie pobierało świadczeń.

W 18 sprawach osób, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku **nie pobierał z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany**, wyniki kształtowały się następująco:

- wszystkie sprawy rozpatrzone na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- trzy sprawy zostały rozpatrzone przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (w żadnym przypadku nie zlecono badań dodatkowych);

³⁵ Nr PRL-45000000000066-2018.

³⁶ Nr PRL450000000000438-2018.

³⁷ Analiza obejmuje również 18 spraw, w których wydane zostało orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji.

³⁸ Nr PR-45000000001604-2018.

³⁹ Nr PR-450000000002769-2018. Termin przydzielono po przyznaniu uprawnień do świadczeń rehabilitacyjnych. Wcześniej nie było dostępnych miejsc w odpowiednich placówkach.

⁴⁰ Nr PRL-45000000007335-2018.

⁴¹ Nr PRI-45000000001665-2018 – w związku z prośbą ubezpieczonej o zmianę terminu turnusu.

- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji wynosiła 81 dni – zostały przyznane z innych powodów niż orzeczona rehabilitacja (przed rehabilitacją 0 dni);
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku po rehabilitacji wyniosła 14,5 tys. zł brutto (świadczenia z tytułu niezdolności do pracy), gdy przed rehabilitacją 0 zł;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 372,7 tys. zł do 408,1 tys. zł, tj. o 9,5% (kwoty netto);
- w 17 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w jednej – bez zmiany;
- wszystkie osoby po upływie roku od zakończenia rehabilitacji były zatrudnione na podstawie umowy o pracę.

Z ww. próby w ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji żadna z osób nie pobierała świadczeń z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, pięć osób (27,2%) pobierało świadczenia z innego powodu, a 13 osób (72,2%) nie pobierało świadczeń.

Dla 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku **pobierał zasiłki chorobowe związane ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany** (lub pewna część tych zasiłków była z nimi związana), kontrola wykazała co następuje:

- wszystkie sprawy rozpatrzone zostały na podstawie wniosku lekarza leczącego,
- wszystkie sprawy zostały rozpatrzone przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia;
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 1715 do 557, tj. o 67,5%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 160,8 tys. zł do 43,1 tys. zł, tj. o 73,2% (kwoty brutto);
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wrosła z 212,4 tys. zł do 230,3 tys. zł, tj. o 8,4% (kwoty netto);
- w 14 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w czterech – bez zmiany;
- typ świadczenia po upływie roku od zakończenia rehabilitacji: umowa o pracę (13 osób), działalność gospodarcza (cztery osoby), emeryt (jedna osoba).

Z ww. próby w ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji trzy osoby (16,6%) pobierały świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, siedem osób (38,9%) pobierało świadczenia z innego powodu, a osiem osób (44,4%) nie pobierało świadczeń.

W grupie 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku **pobierał świadczenie rehabilitacyjne** ustalono, że:

- wszystkie sprawy rozpatrzone zostały na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- wszystkie sprawy zostały rozpatrzone przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia;
- łączna liczba pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 4896 do 1195, tj. o 75,6%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 437,9 tys. zł do 105,2 tys. zł, tj. o 76% (kwoty brutto);

- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wrosła z 79,8 tys. zł do 175,6 tys. zł, tj. o 120,1% (kwoty netto);
- w 10 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w siedmiu – bez zmiany (w jednym przypadku nie podano – rezygnacja osoby skierowanej w trakcie rehabilitacji);
- wszystkie osoby po upływie roku od zakończenia rehabilitacji były zatrudnione na podstawie umowy o pracę. Oprócz umowy o pracę w ciągu roku po rehabilitacji: dwie osoby były bezrobotne, dwie osoby były bezrobotne oraz wykonywały umowę zlecenia, jedna osoba wykonywała umowę zlecenia, jedna osoba prowadziła działalność gospodarczą, a jedna osoba po zakończeniu umowy o pracę przeszła na emeryturę.

Z ww. próby w ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji 11 osób (61,1%) pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, cztery osoby (22,2%) pobierały świadczenia z innego powodu, a trzy osoby (16,6%) nie pobierały świadczeń.

Śród 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku **pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy**:

- 10 spraw rozpatrzonych zostało na podstawie wniosku lekarza leczącego, a osiem przy wniosku o świadczenie;
- wszystkie sprawy zostały rozpatrzone przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia;
- łączna liczba dni dla osób pobierających świadczenie w ciągu roku przed i po rehabilitacją zmalała z 5167 do 2751, tj. o 46,8%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 244,6 tys. zł do 145,9 tys. zł, tj. o 40,3% (kwoty brutto);
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 18,8 tys. zł do 81,5 tys. zł, tj. o 333,5% (kwoty netto);
- w dziewięciu opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w ośmiu – bez zmiany, w jednym przypadku nie podano w opinii czy nastąpiła poprawa lub nie (rezygnacja osoby skierowanej w trakcie rozpoczętej rehabilitacji);
- typ świadczenia po upływie roku od zakończenia rehabilitacji: umowa o pracę (11 osób), działalność gospodarcza (jedna osoba), rencista (sześć osób), niezgłoszony (jedna osoba).

Z ww. próby w ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji 16 osób (88,9%) pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, a dwie osoby (11,1%) pobierały świadczenia z innych powodów.

W przypadku osób skierowanych na rehabilitację i pobierających rentę okresową:

- jedna w ciągu roku po odbyciu rehabilitacji nabyła prawa do renty stałej, a cztery przebywały na rentach okresowych;
- obecnie żadna nie pobiera zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego;
- 10 osób obecnie wykonuje pracę zarobkową, a trzy są bezrobotne;
- jedna osoba zmarła i jedna osoba nie została zgłoszona do ubezpieczenia.

W przypadku 14 z 72 osób we wszystkich badanych kategoriach, które pomimo odbytej rehabilitacji nie odzyskały zdolności do pracy, ośrodki rehabilitacyjne wydały

osiem opinii o poprawie stanu funkcjonalnego, a w sześciu przypadkach stwierdzono brak zmian w tym zakresie. Z 14 osób, które nie odzyskały zdolności do pracy, trzy osoby w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację pobierały zasiłki chorobowe, pięć pobierało świadczenia rehabilitacyjne oraz sześć osób pobierało rentę okresową.

Spśród wszystkich ww. czterech typów spraw największe zmniejszenie (o 76%) kwot wypłaconych świadczeń po odbyciu rehabilitacji w porównaniu do kwot wypłaconych przed ich rozpoczęciem oraz największy spadek liczby dni na świadczeniach przed i po rehabilitacji (o 75,6%) dotyczyły spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał świadczenie rehabilitacyjne. Największy procentowy wzrost kwoty odprowadzonych składek (o 333,5%) odnotowano wśród spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał rentę okresową.

(akta kontroli tom 3 str.: 1352-1358; 1343-1346)

NIK ustaliła, że w grupie 18 skontrolowanych spraw osób, w których lekarz orzecznik wydał w 2018 r. **orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji**:

- wszystkie 18 spraw rozpatrzonych zostało na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- łączna liczba dni na świadczeniu w ciągu roku przed datą wniosku i po jego dacie wzrosła z 5663 do 6318, tj. o 11,6%;
- łączna kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku przed datą wniosku i po jego dacie wzrosła z 312,7 tys. zł do 347,7 tys. zł, tj. o 11,2% (kwoty brutto);
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po dacie wniosku zmalała z 33,8 tys. zł do 10,7 tys. zł, tj. o 68,3% (kwoty netto).

Z ww. próby w ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji dziewięć osób (50%) pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji. Taka sama liczba osób pobierała świadczenia na schorzenia inne niż wykazane w przedmiotowym orzeczeniu.

Wszystkie ww. osoby nie odzyskały zdolności do pracy po upływie roku od wydania orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji. Przed złożeniem wniosku 13 osób pobierało rentę okresową, dwie – zasiłek chorobowy, natomiast trzy – świadczenia rehabilitacyjne. W ciągu roku po odmowie rehabilitacji 17 osób przebywało na rencie, jedna na świadczeniu rehabilitacyjnym (jedna z osób przebywających na świadczeniu zmarła).

(akta kontroli tom 3 str.: 1342; 1347-1350)

W toku kontroli NIK zasięgnęła informacji u dyrektora Oddziału i głównego lekarza orzecznika na temat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Wskazali oni m.in., że nie powinna ona obejmować osób pobierających już świadczenia emerytalne i jednocześnie pracujących, ponieważ prewencja rentowa nie ma w takich przypadkach zastosowania. Ich zdaniem funkcjonujące profile rehabilitacji leczniczej zaspokajają potrzeby ubezpieczonych i stanowi ona skuteczne narzędzie umożliwiające powrót do pracy osobom zagrożonym powstaniem długotrwałej niezdolności do pracy lub pobierającym renty okresowe.

Wypowiadający się kierownicy placówek, z których kierowana była do Oddziału największa liczba wniosków o rehabilitację leczniczą dostrzegali m.in. konieczność zmian w obszarze zatrudnienia personelu zajmującego się orzecznictwem, gdyż nazbyt często są to osoby w podeszłym wieku lub osoby nieposiadające wiedzy na temat nowoczesnych możliwości medycznych i technicznych mogących poprawić komfort życia fizycznego, społecznego i zawodowego pacjenta. Sygnalizowali

również potrzebę analizy celowości programu rehabilitacji ogólnoustrojowej, w ramach prewencji rentowej, gdyż turnusy te powielają analogiczne świadczenie, które jest dostępne w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

(akta kontroli tom 3 str.: 1259; 1385)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W grudniu 2019 r. lekarz orzecznik lub jego zastępca przeprowadzili analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii 10% spraw, gdy zgodnie z Procedurą 9.1 należało skontrolować nie mniej niż 60% spraw w miesiącu.

OCENA CZĄSTKOWA

Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany do osób zagrożonych utratą zdolności do pracy, ale rokujących odzyskanie tej zdolności był skuteczny w większości objętych kontrolą przypadków.

Przeprowadzona na próbie 90 spraw⁴² kontrola w zakresie sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń lekarzy orzeczników i komisje lekarskie, nie wykazała nieprawidłowości. Działania te były zgodne z rozporządzeniem o rehabilitacji oraz Procedurą do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń. Nadzór nad pracą lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich na ogół wykonywany był prawidłowo, tj. zgodnie z ww. Procedurą 9.1, jednak w grudniu 2019 r. niedochowany został wymóg przeprowadzenia analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii. Kontrola wykazała, że zamiast weryfikacji nie mniej niż 60% spraw, skontrolowano jedynie 10%, co było niezgodne z ustalonym wyznacznikiem.

Oddział prawidłowo kierował osoby na rehabilitację leczniczą ZUS, tj. zgodnie z Procedurą do procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej. Średni okres czasu – liczony od daty złożenia wniosku do daty ukończenia turnusu rehabilitacyjnego – wynosił 128 dni, co w ocenie NIK może skutkować zmniejszeniem efektywności rehabilitacji leczniczej, gdyż upływ czasu może zagrażać pogorszeniem stanu zdrowia.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Podjęcie działań mających na celu wyeliminowanie przypadków wydawania orzeczeń przez lekarzy przed ukończeniem szkolenia, o którym mowa w §11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.
2. Podejmowanie działań mających na celu skuteczne wyeliminowanie przypadków nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli wewnętrznych.
3. Wyeliminowanie przypadków nieterminowego publikowania wyników przeprowadzonych naborów na stanowiska lekarzy orzeczników.
4. Rzetelne dokumentowanie przebiegu postępowań konkursowych podczas naborów.

⁴² 72 orzeczenia o potrzebie rehabilitacji oraz 18 o braku potrzeby rehabilitacji.

5. Przeprowadzanie przez lekarza orzecznika lub jego zastępcę analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii w zakresie wynikającym z wewnętrznych uregulowań.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

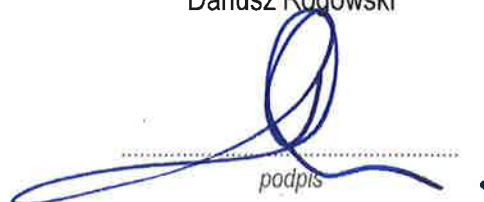
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, dnia ¹⁷ sierpnia 2020 r.

Kontroler
Magdalena Sokółowska
Specjalista k.p.


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Pracy,
Spraw Społecznych i Rodziny
p.o. Dyrektor
Dariusz Rogowski


.....
podpis

