



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

LKR.410.007.01.2020

Marcin Kopeć
Dyrektor Oddziału
Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Krakowie
ul. Pędzichów 27
31-080 Kraków

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Krakowie ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marcin Kopeć, Dyrektor Oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Krakowie, od 1 grudnia 2016 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">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 mogły być wykorzystane dowody sporządzone w latach wcześniejszych oraz w okresie późniejszym, a także dane statystyczne z tych okresów.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
Kontroler	Dominika Stępień, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/87/2020 z 29 maja 2020 r.

(akta kontroli str.1-6)

¹ Dalej: Oddział.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Wprawdzie w okresie objętym kontrolą Oddział prawidłowo realizował zadania zapewniające osobom uprawnionym dostęp do rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, jednak warunki kadrowe i organizacyjne nie pozwalały na niezwłoczne kierowanie ubezpieczonych do lekarzy orzeczników oraz ośrodków rehabilitacyjnych. Wynikało to przede wszystkim z braku lekarzy chętnych do podjęcia zatrudnienia w ZUS, jak również z niewystarczającej liczby miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych. Zauważyć należy, że w okresie objętym kontrolą liczba wszystkich wydanych orzeczeń w Oddziale wzrosła o 5 330 orzeczeń (o 14,5%), przy jednoczesnym spadku przeciętnego zatrudnienia lekarzy orzecznictwa lekarskiego z 28,7 do 27 osób w przeliczeniu na pełny etat.

W latach 2018-2019 do Oddziału wpłynęło ogółem 6 056 wniosków i wydano 7 242 orzeczenia w sprawie rehabilitacji leczniczej. W tym okresie z tej formy świadczenia skorzystało łącznie 5 074 osób. Średni czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji (liczony od dnia wpływu wniosku) w ramach badanej próby 72 spraw wyniósł cztery i pół miesiąca, co wynikało przede wszystkim z niewystarczającej liczby miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że długotrwałe oczekiwanie na rozpoczęcie rehabilitacji leczniczej może mieć wpływ na stopień jej skuteczności.

Analiza 72 spraw dotyczących rehabilitacji leczniczej osób zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy wykazała, że rehabilitacja ta nie była we wszystkich przypadkach skuteczna. Wprawdzie w ciągu 12 miesięcy od zakończenia rehabilitacji ubezpieczeni przebywali na świadczeniach z FUS⁴ przez okres krótszy o 35,3% i kwota wypłaconych im świadczeń zmniejszyła się o 44,8%, a poprawę ich stanu funkcjonalnego stwierdzono w 75% przypadków, to jednak jedynie 11 osób w tym okresie nie pobierało żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, natomiast 35 osób przebywało na długotrwałych świadczeniach (powyżej 30 dni), w tym zdecydowana większość ubezpieczonych (82,9%) pobierała świadczenia z tytułu schorzeń, które były podstawą skierowania na rehabilitację. Ponadto co czwarta osoba przebywała na świadczeniach z tytułu niezdolności do pracy dłużej niż w okresie przed rehabilitacją, a 15,3% badanych osób nadal pobierało świadczenia przez cały rok (365 dni przed i po zakończeniu rehabilitacji).

W toku kontroli stwierdzono nieprawidłowości polegające na dopuszczeniu lekarzy orzeczników do orzekania przed ukończeniem przez nich obowiązkowego przeszkolenia oraz nieprzestrzeganiu uregulowań wewnętrznych dotyczących dokumentowania czynności wykonywanych w ramach nadzoru sprawowanego przez Głównego Lekarza Orzecznika nad działalnością lekarzy orzeczników. Stwierdzone przypadki nie miały wpływu na prawidłowość i skuteczność postępowań prowadzonych w Oddziale.

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszym wystąpieniu zastosowano ocenę opisową.

⁴ Fundusz Ubezpieczeń Społecznych.

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

Opis stanu faktycznego

W latach 2018-2019 w Oddziale zatrudnionych było odpowiednio: 32⁵ (23 lekarzy orzeczników⁶ i 10 członków komisji lekarskich) oraz 36 lekarzy orzecznictwa lekarskiego (26 lekarzy orzeczników i 10 członków komisji lekarskich). Według stanu na koniec poszczególnych lat stan zatrudnienia lekarzy orzecznictwa lekarskiego wyniósł, odpowiednio: 32 (28,7 w przeliczeniu na pełny etat) i 29 osób (27 w przeliczeniu na pełny etat).

Wśród lekarzy orzecznictwa lekarskiego, pracujących w Oddziale w 2018 r., 15 miało specjalizację z chorób wewnętrznych, czterech z reumatologii, po trzech z chirurgii i neurologii, po jednym z medycyny pracy i chorób płuc. Jedenastu lekarzy miało specjalizacje z innych dziedzin medycyny⁷. W 2019 r. w Oddziale pracowało 15 lekarzy orzecznictwa lekarskiego ze specjalizacją z chorób wewnętrznych, po pięciu z chirurgii i neurologii, czterech z reumatologii, po jednym z medycyny pracy i chorób płuc. Dziesięciu lekarzy miało specjalizacje z innych dziedzin medycyny.

Obsługą administracyjno-techniczną postępowań orzeczniczych, lekarzy orzeczników i komisji lekarskich oraz obsługą skierowań na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej zajmował się, wyodrębniony w strukturze Oddziału, Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji⁸. Przeciętne zatrudnienie pracowników Wydziału odpowiedzialnych za obsługę administracyjną wyniosło w 2018 r. 28,7 etatu, a w 2019 r. 28 etatów.

(akta kontroli str. 396-397)

W okresie objętym kontrolą Oddział ogłosił 18 rekrutacji na stanowisko: zastępcy głównego lekarza orzecznika (jeden nabór), lekarza orzecznika (dziewięć naborów), lekarza – członka komisji lekarskiej (osiem naborów). Dziewięć z nich nie zostało rozstrzygniętych z uwagi na brak kandydatów. Pozostałe dziewięć naborów zostało rozstrzygniętych⁹ (w tym na stanowisko zastępcy głównego lekarza orzecznika), przy czym cztery z nich nie doprowadziły do obsadzenia wszystkich proponowanych etatów¹⁰.

(akta kontroli str. 14, 60-95)

Szczegółowym badaniem objęto dziewięć rozstrzygniętych rekrutacji ogłoszonych w latach 2018-2019 oraz jedną nierozstrzygniętą. Wszystkie skontrolowane nabory zostały przeprowadzone zgodnie z art. 74a-74g ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych¹¹ oraz z wewnętrznymi regulacjami

⁵ W lutym 2018 r. jeden z lekarzy orzeczników zmienił stanowisko i został członkiem komisji. Osoba ta została ujęta zarówno w liczbie lekarzy orzeczników oraz członków komisji lekarskich.

⁶ W tym Główny lekarz orzecznik i trzech jego zastępców.

⁷ Wyniki nie sumują się, gdyż niektórzy lekarze mają więcej niż jedną specjalizację.

⁸ Dalej: Wydział.

⁹ W wyniku dziewięciu rozstrzygniętych naborów zostało zatrudnionych sześciu nowych lekarzy orzecznictwa lekarskiego, a pięciu lekarzy orzecznictwa lekarskiego zostało ponownie zatrudnionych (ponowne zatrudnienie wynikało z rozwiązania umowy o pracę w związku z przejściem na emeryturę).

¹⁰ W dwóch przypadkach ogłoszenie dotyczyło każdorazowo czterech wolnych etatów, natomiast zgłosiło się po jednym kandydacie. W pozostałych dwóch przypadkach proponowano każdorazowo sześć wolnych etatów, natomiast zgłosiło się po dwóch kandydatów.

¹¹ Dz.U. z 2020 poz. 266 ze zm.

ZUS¹². Wskazane w ogłoszonych naborach preferowane specjalizacje odpowiadały dziedzinom medycyny, które zostały wskazane w § 11 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.

(akta kontroli str. 60-95, 207, 398-400)

Zatrudnienie na stanowiskach lekarzy orzecznictwa lekarskiego na koniec 2018 r. wyniosło 28,8 etatów przy planie 34 etatów, a na koniec 2019 r. 26,6 etatów przy planie 35 etatów.

Dyrektor Oddziału wskazał, że mimo prowadzonych akcji informacyjnych¹³, *odzew na ofertę pracy w ZUS środowiska lekarskiego jest niewielki*. Jako jedną z głównych przyczyn takiej sytuacji, Dyrektor wskazał poziom proponowanych wynagrodzeń w orzecznictwie, który co prawda w jego ocenie jest bardzo wysoki na tle wynagrodzeń innych pracowników Oddziału, to jednak nie odpowiada poziomowi wynagrodzeń lekarzy na rynku pracy i istniejącym tam możliwościom zarobkowania. Dodał, że brak zainteresowania lekarzy objęciem stanowiska w ZUS wiąże się ze specyfiką pracy – lekarz orzecznik musi posiadać nie tylko szeroką wiedzę medyczną, ale również umiejętności w zakresie obsługi podstawowych aplikacji biurowych, znajomości aktów prawnych związanych z orzecznictwem lekarskim oraz wykazywać się dużą odpornością na stres. W przypadku wydawania decyzji niekorzystnych dla ubezpieczonych lekarz orzecznik spotyka się z agresją, nie tylko werbalną. Dyrektor poinformował, że zdarzało się, że nowo zatrudniony orzecznik rezygnował z pracy po krótkim czasie, motywując swą rezygnację zbyt dużym obciążeniem psychicznym. Kolejnym powodem braku zainteresowania lekarzy pracą w ZUS, w ocenie Dyrektora, było przeciążenie pracą – w określonych limitach czasowych na załatwienie jednej sprawy należy zebrać i spisać wywiad, zapoznać się z dokumentacją, przeanalizować ją, zbadać ubezpieczonego i opisać to badanie, ustalić rozpoznanie, napisać uzasadnienie. Dodał, że w poprzednich latach, gdy obciążenie pracą było mniejsze, limit czasowy był większy.

(akta kontroli str. 14, 60-95, 206-207)

Dyrektor Oddziału zaznaczył, że nieobsadzenie wszystkich stanowisk lekarzy orzeczników miało wpływ na realizację zadań, szczególnie w okresie urlopowym, jak również w trakcie absencji chorobowych pozostałych lekarzy orzeczników. Zwrócił uwagę, że wprowadzona ustawa z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji¹⁴, jako dodatkowe zadanie realizowane przy niezmienionej obsadzie etatowej, spowodowało nagromadzenie zaległości.

(akta kontroli str. 207, 396)

Średnie wynagrodzenie zasadnicze lekarzy orzeczników w latach 2017-2019 wyniosło odpowiednio: 7,8 tys. zł, 8 tys. zł oraz 9,8 tys. zł. Natomiast średnie wynagrodzenie lekarzy członków komisji lekarskich wyniosło odpowiednio: 8,1 tys. zł, 8,2 tys. zł oraz 9,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 209)

W badanym okresie z pracy w Oddziale odeszło ogółem siedmiu lekarzy orzecznictwa lekarskiego, przyjęto natomiast pięciu, z tego:

¹² Załącznik nr 3 – Instrukcja – Nabór pracowników do Procedury 13.1. Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników, wprowadzonej zarządzeniem Nr 56 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 31 marca 2017 r.

¹³ Poza zamieszczaniem ogłoszeń o naborze na stronie internetowej Zakładu, ogłoszenia zamieszczano również w prasie medycznej i codziennej, prowadzono akcje plakatowe i informacyjne w placówkach służb zdrowia, wysyłano e-mail za pośrednictwem Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie.

¹⁴ Dz. U. poz. 1622 ze zm. Ww. ustawa weszła w życie 1 października 2019 r.

- w 2018 r. żaden z lekarzy orzecznictwa lekarskiego nie odszedł z pracy, natomiast przyjęto jedną osobę na stanowisko lekarza orzecznika¹⁵,
- w 2019 r. z pracy odeszło pięciu lekarzy orzeczników i dwóch lekarzy – członków komisji lekarskich, przyjęto cztery osoby na stanowisko lekarza orzecznika.

Dyrektor Oddział wskazał, że głównymi przyczynami odejść lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich, obok niskich zarobków, jest wiek lekarzy (przejście na emeryturę), a także ograniczenie dalszego rozwoju naukowego.

(akta kontroli str. 104, 207, 209)

W latach 2017-2019 średni wiek lekarzy orzeczników wyniósł około 62 lat¹⁶, natomiast członków komisji lekarskich około 60 lat¹⁷.

Spośród 36 lekarzy orzecznictwa lekarskiego, pracujących w Oddziale w okresie objętym kontrolą, 18 miało ustalone uprawnienia emerytalne, 16 posiadało umiarkowany stopień niepełnosprawności.

(akta kontroli str. 209, 379, 672-673)

W okresie objętym kontrolą obowiązywały normy czasowe wyznaczone przez Naczelnego Lekarza Orzecznika na załatwienie jednej sprawy przez lekarza orzecznika:

- w okresie od 13 września 2017 r. do 30 września 2019 r. przyjęto 40 minut na wydanie orzeczenia na podstawie badania bezpośredniego oraz 20 minut na załatwienie sprawy w trybie zaocznym (pismo z 12 września 2017 r.);
- w okresie od 1 października 2019 r. do 13 kwietnia 2020 r. – 30 minut na wydanie orzeczenia na podstawie badania bezpośredniego oraz 15 minut na załatwienie sprawy w trybie zaocznym (e-mail z 13 września 2019 r.);
- od 14 kwietnia 2020 r. – 40 minut na wydanie orzeczenia na podstawie badania bezpośredniego oraz 20 minut na załatwienie sprawy w trybie zaocznym (e-mail z 12 marca 2020 r.).

(akta kontroli str.13, 33-44)

Ustalone normy czasowe były uwzględniane w Oddziale przy opracowywaniu harmonogramów pracy lekarzy orzeczników i komisji lekarskich przy planowaniu liczby możliwych spraw do zrealizowania w danym dniu pracy. W aplikacji WO¹⁸ nie były odnotowywane rzeczywiste czasy przeznaczone na załatwienie danej sprawy orzeczniczej.

Zastępca Naczelnika Wydziału poinformowała, że w aplikacji WO widnieje godzina, na którą był wezwany ubezpieczony i godzina wydania orzeczenia. Jednocześnie wskazała, że godzina wezwania na badanie jest niekoniecznie równoznaczna z rozpoczęciem badania przez lekarza orzecznika, ponieważ na podstawie zapisów w aplikacji nie można określić godziny wejścia do gabinetu, czasu poświęconego przez lekarza na zebranie wywiadu, przeprowadzenie badania bezpośredniego, czy analizy dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia. Przewodniczący Komisji Lekarskich wyjaśnił, że zapis orzeczenia w aplikacji WO wskazuje tylko na czas

¹⁵ Ponadto w 2018 r. doszło do zmiany stanowiska jednej osoby z lekarza orzecznika na członka komisji lekarskiej.

¹⁶ W poszczególnych latach średni wiek lekarzy orzeczników wyniósł 61,8 lat, 62,1 lat oraz 62,4 lat.

¹⁷ W poszczególnych latach średni wiek lekarzy członków komisji lekarskich wyniósł 60,9 lat, 59,5 lat oraz 59,1 lat.

¹⁸ Wspomaganie orzecznictwa.

otworzenia i zamknięcia danej sprawy w aplikacji w celu wpisania ustaleń orzeczniczych. W przypadku orzeczeń zaocznych może to być nawet tylko 2-3 minuty, po wcześniejszej analizie akt i ustaleniach członków komisji lekarskiej. Zdarzają się też sytuacje, że z różnych powodów czas wydawanych orzeczeń jest inny niż zaplanowany w harmonogramie.

(akta kontroli str. 665-670)

W latach 2018-2019 lekarze orzecznicy i lekarze członkowie komisji lekarskich nie wykonywali pracy w godzinach nadliczbowych.

(akta kontroli str. 400)

W okresie objętym kontrolą Oddział nie wnioskował do Centrali ZUS o nowe etaty. Dyrektor Oddziału poinformował, że istotą sytuacji występującej w krakowskim Oddziale nie jest brak etatów, ale brak kandydatów do ich obsadzenia (do podjęcia zatrudnienia), co szczegółowo przedstawiono we wcześniejszej części wystąpienia. Wskazał, że Oddział na bieżąco zgłaszał do Centrali ZUS problemy związane z pozyskaniem kandydatów na stanowisko lekarzy orzeczników, m.in. podczas spotkania głównych lekarzy orzeczników z przedstawicielami Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego¹⁹ 20 stycznia 2017 r., czy spotkań Rad Regionów, które odbyły się w terminie 9-10 maja 2018 r. oraz 2-3 lipca 2019 r. Dyrektor dodał również, że 13 lutego 2019 r. Oddział zainicjował spotkanie w Centrali ZUS, na którym m.in. przedstawiono sytuację kadrową w pionie orzecznictwa lekarskiego (w tym zatrudnienie lekarzy ze stopniem niepełnosprawności, skróconym wymiarem czasu pracy lekarzy, zatrudnieniem emerytów, wiekiem lekarzy pracujących w orzecznictwie lekarskim). W spotkaniu tym uczestniczyli Naczelny Lekarz Zakładu, przedstawiciele Departamentu Spraw Pracowniczych, Dyrektor Oddziału ZUS w Krakowie, Dyrektor Oddziału ZUS w Nowym Sączu, Główny Lekarz Orzecznik Oddziału ZUS w Krakowie.

(akta kontroli str. 14)

Podczas posiedzenia Rady Regionu w 2018 r. Dyrektor DOL zaznaczyła, że problem zatrudnienia lekarzy orzeczników dotyczy całego kraju i trwa od kilku lat. Wskazała, że *Departament, w celu zapobiegania dezorganizacji pracy w zakresie załatwienia spraw, wydawania orzeczeń, podejmuje działania dotyczące, np. skrócenia czasu na wydanie orzeczenia z godziny do 40 minut, zachęcania lekarzy orzeczników, w miarę możliwości, do wydawania orzeczeń w trybie zaocznym w sprawach, w których jest obszerna dokumentacja medyczna, opinia lekarza konsultanta. Lekarze orzecznicy, przewodniczący komisji lekarskich włączają się w proces rekrutacji, uruchamiają kontakty w środowiskach lekarskim.* Podczas kolejnego spotkania Rad Regionów w 2019 r. Dyrektor DOL podkreśliła, że Departament liczy, że *niedawne podwyżki wynagrodzeń zachęcą nowych lekarzy do podjęcia pracy w ZUS.* Zdaniem Dyrektora DOL *nie można mówić, że praca orzecznika w ZUS nie jest atrakcyjna dla lekarzy ze względu na niskie wynagrodzenie. W sytuacji prywatnych praktyk koszty są na tyle wysokie, że oferowane przez Zakład wynagrodzenie zaczyna być konkurencyjne.* Podczas spotkania Dyrektor DOL odniosła się również, do pojawiających się propozycji rozwiązań ww. problemu. Poinformowała m.in., że Departament nie popiera pomysłu zatrudniania jako orzeczników lekarzy w trakcie specjalizacji, natomiast w kwestii wprowadzenia na studiach medycznych specjalizacji *orzecznictwo lekarskie*, wyjaśniła, że tematem tym zajmuje się Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego.

(akta kontroli str. 1043, 1046-1054)

¹⁹ Dalej: DOL.

W każdym roku okresu objętego kontrolą Oddział współpracował z 34 konsultantami: 31 lekarzami specjalistami²⁰ i trzema psychologami.

Zgodnie z załącznikiem nr 9 do Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń²¹ każdy Oddział powinien współpracować z co najmniej dwoma konsultantami posiadającymi tę samą specjalizację. W przypadku siedmiu dziedzin medycyny Oddział współpracował tylko z jednym konsultantem z danej specjalizacji. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że wynikało to z braku zgłoszenia się drugiego lekarza o takiej specjalizacji. Poinformował, że *sytuacja w zakresie współpracy z konsultantami jest trudna. Oddział nie współpracuje z żadnym konsultantem z zakresu dermatologii, ginekologii. O rezygnacji z pracy myślą laryngolodzy (do grudnia 2020 r. zadeklarował pracę jeden laryngolog). Z pracy zrezygnował jeden ortopeda (został jeden konsultant).* Dyrektor wskazał, że *Oddział robi wszystko, co możliwe, by zrealizować zapisy procedury. Prowadzona jest działalność rekrutacyjna podobna do tej, jak w przypadku lekarzy orzeczników. Efekty są praktycznie żadne.* Wyjaśnił, że przyczyny są podobne jak w przypadku rekrutacji na stanowisko lekarza orzecznika, tj. wynagrodzenie. Dodał, że *obecnie stawki za opinię dla specjalisty – biegłego sądowego są trzykrotnie wyższe niż w przypadku konsultanta w Zakładzie.* Powyższa sytuacja w opinii Dyrektora jest również pochodną braku lekarzy specjalistów w Polsce. Ponadto Dyrektor zaznaczył, że Główny Lekarz Orzecznik na spotkaniu w Departamencie Orzecznictwa Lekarskiego informował o występujących brakach lekarzy konsultantów w Oddziale, jak również podczas każdej realizowanej kontroli przez DOL Oddział udostępniał listy lekarzy konsultantów, z których jednoznacznie wynikało, ilu było współpracujących lekarzy specjalistów.

(akta kontroli str. 15, 220, 1043-1044)

W okresie objętym kontrolą w Oddziale ogłoszono trzy konkursy na stanowiska konsultantów (jeden w 2018 r. oraz dwa w 2019 r.). Jeden z konkursów (z września 2019 r.) nie został rozstrzygnięty, ponieważ nie wpłynęła żadna oferta. Konkurs ten został ogłoszony w związku z pismem Członka Zarządu ZUS z 12 sierpnia 2019 r., skierowanym do Dyrektorów Oddziałów ZUS, o podjęcie pilnych działań w celu nawiązania współpracy z dodatkowymi lekarzami-konsultantami Zakładu, z uwagi na nowe zadanie wynikające z ustawy o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

(akta kontroli str. 15, 435-436, 456-461)

Zapotrzebowanie Oddziału co do specjalności lekarzy na stanowisko konsultanta określał Główny Lekarz Orzecznik. W opublikowanych ogłoszeniach o konkursach ofert wskazano następujące dziedziny medycyny, w których kandydaci powinni posiadać tytuł specjalisty: medycyna pracy, medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne, okulistyka, ortopedia, onkologia, dermatologia, ginekologia, laryngologia, pulmonologia, neurologia, psychiatria, kardiologia, chirurgia naczyniowa, stomatologia, diabetologia, reumatologia, neurochirurgia i inne. Nie określano natomiast liczby konsultantów, ponieważ, jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału, nie było takiej potrzeby, gdyż zainteresowanie taką formą pracy na rzecz

²⁰ W 2018 r.: 11 lekarzy ze specjalizacją psychiatria, czterech – neurologia, po trzech – ortopedia, okulistyka, dwóch – laryngologia, po jednym – kardiologia, chirurgia-onkologia, nefrologia, pulmonologia, foniatria-laryngologia, hepatologia, hematologia, stomatologia.

W 2019 r.: 12 lekarzy ze specjalizacją psychiatria, pięciu – neurologia, po dwóch – ortopedia, okulistyka, laryngologia, po jednym – kardiologia, chirurgia-onkologia, nefrologia, pulmonologia, foniatria-laryngologia, hepatologia, hematologia, stomatologia.

²¹ Wprowadzonej Zarządzeniem Nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r.

Oddziału jest małe. Przyjmowano wszystkie złożone oferty i weryfikowano je przed zaproszeniem do negocjacji.

(akta kontroli str. 15, 208, 435, 460)

W wyniku rozstrzygniętych konkursów na konsultantów, w 2018 r. zawarto umowy o dzieło z 32 konsultantami na 2019 r., a w 2019 r. – umowy o dzieło z 31 konsultantami na 2020 r. Umowy te zostały zawarte w wyniku przystąpienia do negocjacji konsultantów, którzy złożyli oferty wstępne zgodnie z zaproszeniem do złożenia oferty wstępnej bądź ogłoszeniem o wszczęciu postępowania zamieszczonym na stronie internetowej ZUS. Ponadto w 2019 r. zawarto umowy o dzieło z dwoma konsultantami, którzy zgłosili w trakcie roku chęć podjęcia współpracy z ZUS²².

Wszyscy lekarze konsultanci, współpracujący z Oddziałem spełniali wymogi określone w załączniku nr 9 do Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń, tj. posiadali tytuł specjalisty. Zawarte umowy o dzieło zawierały wszystkie elementy wskazane w ww. załączniku.

(akta kontroli str. 233-236, 440-452, 466-476)

W okresie objętym kontrolą lekarze konsultanci wydali średniorocznie 3 982 opinie, a psychologowie – 241 opinii. Średnie wynagrodzenie roczne lekarza konsultanta wyniosło 20 tys. zł w 2018 r. i 23,1 tys. zł w 2019 r., a psychologa odpowiednio 13,1 tys. zł i 13,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 212-215)

W latach 2018-2019 Oddział współpracował z jednym podmiotem w zakresie wykonywania badań dodatkowych (badania lekarskie i diagnostyczne). W każdym z tych lat przeprowadzono postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego o wartości nieprzekraczającej 30 000 euro (art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych²³) w trybie zapytania ofertowego. Zapytania ofertowe każdorazowo skierowano do trzech podmiotów wykonujących badania diagnostyczne i analityczne. Wyłącznym kryterium wyboru najkorzystniejszej oferty była cena. Umowy na świadczenie usług zawarto z jednym wykonawcą, który złożył ofertę w przeprowadzonych postępowaniach. Wraz z ofertą wykonawca przedłożył certyfikaty i dokumenty legalizacji urzędzeń, na których miały być wykonywane badania.

(akta kontroli str. 16, 483-574)

W okresie objętym kontrolą Oddział nie zawierał umów na obserwacje szpitalne. W 2018 r. podjęto działania celem przeprowadzenia obserwacji szpitalnej w jednej indywidualnej sprawie rentowej, jednak do współpracy z podmiotem medycznym w tym zakresie ostatecznie nie doszło, ponieważ osoba ubezpieczona nie zgłosiła się na obserwację.

(akta kontroli str. 16, 583-595)

W wyniku badania przeprowadzonego na losowo wybranej próbie 10 lekarzy orzeczników i pięciu członków komisji lekarskiej, zatrudnionych w okresie objętym kontrolą w Oddziale, ustalono, że spełniali oni warunki wskazane w rozporządzeniu w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, tj. byli specjalistami w określonych

²² Zgodnie z § 2 pkt 2 Polecenia nr 2 Dyrektora Oddziału w Krakowie z 18 września 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do przeprowadzenia negocjacji w sprawie określenia stawki za sporządzenie jednostkowej opinii konsultantów Zakładu na rok 2019, w przypadku konieczności ustalenia stawki za sporządzenie jednostkowej opinii dla nowo współpracującego konsultanta, po terminie wskazanym w ust. 1 Zespół przeprowadza negocjacje na bieżąco.

²³ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 ze zm.

dziedzinach medycyny oraz zostali przeszkoleni w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS (§ 11 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia).

(akta kontroli str. 596-664)

Spośród pięciu lekarzy orzeczników zatrudnionych w latach 2018-2019 w Oddziale cztery osoby odbyły przeszkolenie dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników (jeden lekarz pracował tylko 10 dni i nie wydał w tym czasie żadnych orzeczeń). W trakcie kontroli stwierdzono jednak, że trzech nowo zatrudnionych lekarzy wydawało orzeczenia przed ukończeniem przeszkolenia, co szczegółowo przedstawiono w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 104, 116, 120, 382-390)

W Oddziale nie wprowadzono i nie obowiązywały wewnętrzne normy dotyczące liczby odbytych szkoleń przez lekarzy orzecznictwa lekarskiego. Wewnętrzne wytyczne ZUS w tym obszarze dotyczyły natomiast programu szkoleń dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskich, a także organizacji cyklicznych spotkań dla lekarzy z oddziałów w Chrzanowie, Kielcach, Krakowie, Nowym Sączu i Tarnowie²⁴.

W 2018 i 2019 r. Oddział zorganizował i przeprowadził w Oddziale po sześć szkoleń dla lekarzy orzeczników, przy czym w 2018 r. udział w nich wzięły łącznie 72 osoby (większość lekarzy uczestniczyła w kilku szkoleniach), a w 2019 r. – łącznie 75 osób. Szkolenia odbywały się w formie narad, podczas których podejmowano różne tematy z zakresu medycyny i orzecznictwa lekarskiego. Oddział zrealizował także szkolenia dla czterech nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników.

Lekarze orzecznicy i członkowie komisji lekarskich uczestniczyli również w szkoleniach organizowanych przez Centralę ZUS. W 2018 r. pięć osób uczestniczyło w pięciu takich szkoleniach²⁵, a w 2019 r. sześć osób w pięciu szkoleniach.

Dwóch członków komisji lekarskich uczestniczyło w pięciu zewnętrznych szkoleniach, na które zgłosili zapotrzebowanie i otrzymali refundację kosztów.

Spośród 27 lekarzy orzeczników, którzy pracowali w Oddziale w latach 2018-2019, 26 odbyło w tym okresie przynajmniej jedno szkolenie. Jeden lekarz orzecznik, który nie odbył żadnego szkolenia pracował tylko 10 dni. Natomiast spośród 10 członków komisji lekarskich sześciu lekarzy nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że szkolenia Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego w latach 2018-2019 były przeznaczone dla głównych lekarzy orzeczników i przewodniczących komisji lekarskich. Wskazał, że Centrala ZUS nie organizowała szkoleń dla członków komisji lekarskich Zakładu. Dodał, że Przewodniczący komisji lekarskich systematycznie organizował zebrania i szkolenia, np. w związku z nowymi procedurami lub zagadnieniami poruszonymi na szkoleniach w DOL, podczas których nie sporządzano list obecności. Zaznaczył, że zawsze istnieje możliwość skonsultowania z przewodniczącym orzeczeń wydawanych w sprawach ogólnych i jednostkowych. Jeden z członków komisji lekarskiej wyjaśnił, że Przewodniczący Komisji Lekarskich każdorazowo po odbyciu szkolenia, organizowanego przez DOL²⁶ przekazywał członkom komisji lekarskich wiedzę tam zdobytą.

²⁴ Członek Zarządu ZUS skierowała do Dyrektorów Oddziałów ZUS pismo z 10 maja 2012 r., zawierające prośbę o umożliwienie organizowania cyklicznych spotkań lekarzy orzecznictwa lekarskiego. Dziesięciu Dyrektorów Oddziałów (w tym Dyrektor Oddziału w Krakowie) zostało poproszonych o koordynację współpracy lekarzy orzecznictwa lekarskiego dla poszczególnych regionów.

²⁵ W tym szkolenie dla nowo zatrudnionych.

²⁶ W latach 2018-2019 odbyły się cztery takie szkolenia.

Ponadto Dyrektor Oddziału wskazał, że członkowie komisji w ramach trzydniowego urlopu szkoleniowego w wymiarze rocznym prowadzą samokształcenie (np. zapoznają się z materiałami zawartymi w zeszytach szkoleniowych cyklicznie przygotowanych przez DOL, uczestniczą w szkoleniach, zjazdach, konferencjach zewnętrznych w zakresie posiadanych specjalizacji).

Spośród 27 lekarzy orzeczników i 10 członków komisji jeden lekarz orzecznik i jeden członek komisji nie korzystali w latach 2018-2019 z urlopów szkoleniowych (przy czym wskazany lekarz orzecznik pracował w Oddziale 10 dni).

(akta kontroli str. 14, 45-56, 121-147, 376-377, 391-394, 401-404, 1055-1059)

W latach 2018-2019 nie przeprowadzono żadnych szkoleń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

W okresie objętym kontrolą żaden z zatrudnionych lekarzy nie przedstawił Dyrektorowi Oddziału dokumentów potwierdzających podniesienie kwalifikacji zawodowych, tj. uzyskania tytułu naukowego lub ukończenia innej specjalizacji.

(akta kontroli str.16)

W latach 2018-2019 Oddział prowadził działalność informacyjną i promocyjną dotyczącą zagadnień związanych z systemem ubezpieczeń społecznych, skierowaną do różnych grup społecznych i zawodowych (np. lekarze, dyrektorzy placówek medycznych, ubezpieczeni, płatnicy, świadczeniobiorcy, osoby poszukujące pracy, studenci). Działalność ta polegała przede wszystkim na udziale w organizowanych przez inne instytucje wydarzeniach, podczas których pracownicy Oddziału prowadzili wykłady, konsultacje, szkolenia lub obsługiwali stoiska informacyjno-konsultacyjne. Zastępca Dyrektora Oddziału wskazał, że Oddział utrzymuje stały kontakt z urzędami administracji państwowej i terytorialnej, organizacjami, zrzeszeniami i stowarzyszeniami. Celem współpracy jest propagowanie wiedzy o ubezpieczeniach społecznych i wspieranie lokalnej społeczności, w szczególności w zakresie kluczowych projektów Zakładu, istotnych zmian w przepisach, czy wprowadzonych nowych rozwiązań (m.in. e-składka, e-ZLA, e-akta, PUE ZUS).

Oddział systematycznie popularyzował wiedzę o ubezpieczeniach społecznych poprzez dystrybucję broszur, ulotek tematycznych czy newslettera z aktualnymi zmianami w przepisach ZUS.

Oddział organizował również szkolenia z zakresu systemu ubezpieczeń społecznych dedykowane dla płatników lub ubezpieczonych. W 2018 r. zorganizowano 19 takich szkoleń, a w 2019 r. – 24 szkolenia (niektóre w kilku terminach). Żadne z tych szkoleń nie dotyczyło rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str. 222-232)

Rehabilitacja lecznicza była jednym z tematów poruszanych podczas trzech wydarzeń zorganizowanych przez instytucje zewnętrzne w 2018 r. oraz sześciu w 2019 r. Pracownicy Oddziału wzięli w nich udział na zaproszenie organizatorów (pięć wydarzeń), na polecenie Centrali ZUS (dwie imprezy) lub w związku z objęciem przez Prezes ZUS patronatu honorowego nad wydarzeniem (dwie imprezy). Z tytułu uczestnictwa w tych wydarzeniach Oddział nie poniósł żadnych wydatków.

(akta kontroli str. 222-228, 238-239)

W poszczególnych latach objętych kontrolą wykonanie wydatków²⁷ Oddziału wyniosło odpowiednio 141 080 tys. zł oraz 161 308,9 tys. zł. W podanych kwotach

²⁷ Z wyłączeniem wydatków inwestycyjnych.

ujęte zostały wydatki związane m.in. z amortyzacją, tworzeniem rezerw i odpisów aktualizujących, czy dodatkowym wynagrodzeniem rocznym, które planowane były odrębnie na poziomie Centrali ZUS, natomiast ich wykonanie było ujmowane w sprawozdaniu z wykonania planu Oddziału²⁸.

W latach 2018-2019 wykonanie planu finansowego Oddziału (w zakresie wydatków planowanych na poziomie Oddziału) wyniosło odpowiednio 131 704,5 tys. zł (97,2 % planu) oraz 148 839,5 tys. zł (97,3% planu).

Plan finansowy Oddziału²⁹ na 2020 r. ustalono na poziomie 156 241,2 tys. zł

(akta kontroli str. 239-240, 252-254, 294-312)

W 2018 r. wykonanie planu finansowego Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji w zakresie obsługi postępowań orzeczniczych³⁰ wyniosło 784,6 tys. zł (81,5% planu), a w 2019 r. 897,6 tys. zł (90,2% planu). Plan finansowy Wydziału na 2020 r. wyniósł 1 154,7 tys. zł.

Niepełne wykonanie planu finansowego Wydziału w 2018 r. oraz w 2019 r. wynikało przede wszystkim z trudności w oszacowaniu, jaki będzie wpływ akt do Wydziału i jaka liczba ubezpieczonych zostanie skierowana na badania do lekarza orzecznika, komisję lekarską bądź do lekarza konsultanta.

(akta kontroli str. 239-240, 344-346, 364-366)

W latach 2018-2019 pozostałe koszty związane z działalnością orzeczniczą (nieujęte w kosztach funkcjonowania Wydziału) wyniosły odpowiednio 5 861,6 tys. zł oraz 7 372,6 tys. zł. Największą pozycję tych kosztów stanowiły wynagrodzenia i pochodne od wynagrodzeń³¹, które wyniosły w 2018 r. 5 287,4 tys. zł, a w 2019 r. 6 728,6 tys. zł³². Do pozostałych kosztów zaliczono również m.in. amortyzację, zakup materiałów i usług, utrzymanie budynków, świadczenia na rzecz pracowników oraz delegacje.

(akta kontroli str. 239, 241-249, 378)

W latach 2018-2019 w Oddziale przeprowadzono łącznie 57 kontroli, z tego: 32 kontrole wewnętrzne funkcjonalne przeprowadzone przez komórki organizacyjne Oddziału w inspektoratach i biurach terenowych, 16 kontroli wewnętrznych instytucjonalnych, przeprowadzonych przez Wydział Kontroli Wewnętrznej Oddziału³³, osiem kontroli wewnętrznych funkcjonalnych przeprowadzonych przez komórki organizacyjne Centrali ZUS oraz jedną kontrolę przeprowadzoną przez podmiot zewnętrzny³⁴. Żadna z 48 kontroli wewnętrznych przeprowadzonych przez Oddział nie dotyczyła rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str.185-191)

²⁸ Na podstawie procedury Planowanie i wykonanie budżetu, wprowadzoną Zarządzeniem Nr 53 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017r.

²⁹ Plan po zmianach (z wyłączeniem wydatków inwestycyjnych). Według stanu na 8 lipca 2020 r.

³⁰ Koszty funkcjonowania Wydziału obejmowały zakup usług zdrowotnych na rzecz osób ubiegających się o świadczenia rentowe, świadczenia wypłacane lekarzom i psychologom za przeprowadzane badania i wydawane opinie, zwrot kosztów przejazdu wzywaniem na badania lekarskie oraz tłumaczenia

³¹ Wynagrodzenia, nagrody indywidualne, dodatkowe wynagrodzenie, odprawy emerytalne, składki na FUS, składki FP, odpis na ZFŚS.

³² Wzrost grupy kosztowej związanej z wynagrodzeniami wynikał m.in. z podwyżki wynagrodzeń w 2019 r., przyznanych w IV kwartale 2019 r. dodatków specjalnych dla lekarzy, nadgodzin realizowanych przez pracowników administracyjnych, wypłaty nagród jubileuszowych oraz odpraw emerytalnych.

³³ Wydział Kontroli Wewnętrznej funkcjonował w Oddziale do 30 kwietnia 2020 r. Od 1 maja 2020 r. zadania kontroli wewnętrznej w Oddziale realizowało Centrum Kontroli Wewnętrznej w Chorzowie.

³⁴ Kontrola przeprowadzona w 2018 r. w zakresie badania sprawozdania finansowego za 2016 r.

Departament Prewencji i Rehabilitacji ZUS dwukrotnie przeprowadził w Oddziale kontrolę pn. *Kontrola prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej i rozpatrywaniem wniosków o świadczenie zdrowotne*. W toku kontroli przeprowadzonej w 2018 r.³⁵ stwierdzono w ośmiu sprawach (17,4% badanych spraw) przekroczenie terminu obsługi wniosku, a w dziewięciu (19,6%) przekroczenie terminu zakładania spraw w aplikacji WL³⁶. Sformułowano jedno zalecenie dotyczące terminowego zakładania spraw w aplikacji WL oraz obsługi wniosku. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w Wydziale Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji zorganizowano spotkanie z pracownikami realizującymi zadania z zakresu prewencji i rehabilitacji, podczas którego omówiono wystąpienie pokontrolne i sformułowane w nim zastrzeżenia, jak również zobowiązano pracowników do przestrzegania zasad terminowego załatwienia wniosków o rehabilitację leczniczą. W kontroli przeprowadzonej w 2019 r.³⁷ stwierdzono w siedmiu sprawach (20,6% badanych spraw) przekroczenie terminu obsługi spraw o rehabilitację leczniczą, a w jednej niezrealizowanie orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. W odpowiedzi na sformułowane zalecenia, dotyczące terminowego zakładania spraw w aplikacji WL, w Wydziale zorganizowano spotkanie z pracownikami realizującymi zadania z zakresu prewencji i rehabilitacji, podczas którego podsumowano wyniki kontroli oraz przekazano zalecenia w zakresie obsługi spraw.

Departament Orzecznictwa Lekarskiego przeprowadził w Oddziale dwukrotnie kontrolę pn. *Działalność głównego lekarza orzecznika, przewodniczącego komisji lekarskiej, ocena orzeczeń o niezdolności do pracy, organizacja pracy orzecznictwa lekarskiego*. Podczas kontroli przeprowadzonej w 2018 r. stwierdzono pięć przypadków braku zgodności ustaleń orzecznich z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności lekarzy orzeczników. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami omówiono z lekarzami orzecznikami sprawy, w których stwierdzono uchybienia oraz przypomniano zasady orzekania o niezdolności do pracy. Ponadto systematycznie w ramach prowadzonych szkoleń lekarzy orzeczników analizowane miały być orzeczenia wydane przez komisje lekarskie, zmieniające ustalenia lekarzy orzeczników. Dodatkowo z każdym lekarzem orzecznikiem miały być indywidualnie omawiane zarzuty wadliwości wniesione do ich orzeczeń.

W toku kontroli przeprowadzonej w 2019 r. stwierdzono trzy przypadki braku zgodności ustaleń orzecznich z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności lekarzy orzeczników, jeden przypadek braku zgodności ustaleń orzecznich z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności komisji lekarskich oraz 13 przypadków nieprawidłowego sporządzenia opinii lekarskich oraz ustalania dat powstania niezdolności do pracy. Realizując sformułowane zalecenia pokontrolne, przeprowadzono zebrania z lekarzami orzecznikami, na których przypomniano zasady orzekania w zakresie ustalania początku niezdolności do pracy. Omówiono także sprawy, w których Komisja Lekarska zmieniła ustalenia lekarzy orzeczników.

Chociaż każdorazowo Oddział informował Centralę ZUS o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych, to jednak podjęte działania nie doprowadziły

³⁵ Kontrolą objęto 46 spraw dotyczących kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej z okresu od 1 marca 2018 r. do 31 sierpnia 2018 r.

³⁶ Wspomaganie prewencji.

³⁷ Kontrolą objęto 34 sprawy dotyczące kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej z okresu od 1 stycznia 2019 r. do 8 października 2019 r.

do wyeliminowania powtarzających się nieprawidłowości³⁸. Zdaniem NIK może to świadczyć o braku skutecznych mechanizmów kontroli zarządczej. Zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy o finansach publicznych³⁹ system kontroli zarządczej powinien zapewniać m.in. zgodność działań z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi, a także skuteczność i efektywność działania. Zgodnie z komunikatem Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych⁴⁰ w ramach systemu kontroli zarządczej należy m.in. monitorować skuteczność poszczególnych jego elementów (standard 19), a także zapewnić ciągłość działań (standard 12).

(akta kontroli str.185-197)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że w związku z zaleceniami pokontrolnymi przeprowadzono szkolenia, wyjaśniając wskazane błędy, tak by uniknąć w przyszłości potencjalnych niedociągnięć. Zaznaczył jednocześnie, że skuteczność i efektywność działań dotyczących realizacji zaleceń pokontrolnych zależy nie tylko od modyfikacji działań wewnętrznych, intensyfikacji pracy administracyjnej, obiegu dokumentów, ale również od uwarunkowań zewnętrznych, m.in. wzmożonego wpływu wniosków PR-4⁴¹ w pierwszych miesiącach roku, liczby zadań związanej z realizacją prewencji wypadkowej przez Oddział w Krakowie⁴², problemów kadrowych w grupie lekarzy orzeczników, braków kadrowych związanych z absencjami chorobowymi, wydłużających się terminów realizacji prewencji w przypadku postępowań odwoławczych, restrykcyjnych terminów proceduralnych realizacji zadań w stosunku do realnych możliwości wykonawczych.

(akta kontroli str. 1044)

Nadzór Głównego Lekarza Orzecznika nad działalnością lekarzy orzeczników w Oddziale polegał m.in. na kontroli postępowania orzeczniczego (orzeczeń), a jej wynikiem była akceptacja orzeczenia przez złożenie podpisu lub zgłoszenie zarzutu wadliwości. W badaniu spełnienia obowiązku przeprowadzenia przez głównego lekarza orzecznika lub jego zastępcę analizy dokumentacji stanowiącej podstawę do wydania orzeczenia lub opinii na poziomie co najmniej 60% spraw w miesiącu, na przykładzie sześciu ostatnich miesięcy 2019 r., ustalono, że w przypadku trzech miesięcy wskaźnik ten był niższy niż wymagany, co szczegółowo przedstawiono w sekcji stwierdzone nieprawidłowości. W pozostałych trzech miesiącach (sierpień, wrzesień, grudzień) wskaźnik ten wyniósł odpowiednio: 68,9%, 62,1% oraz 60,7%.

(akta kontroli str. 434)

W latach 2018-2019 do Oddziału wpłynęło łącznie 68 skarg (20 w 2018 r. oraz 48 w 2019 r.), z czego cztery skargi dotyczyły rehabilitacji leczniczej. Przedmiotem trzech z nich było zachowanie lekarza orzecznika w trakcie badania związanego z rehabilitacją leczniczą, a w jednym przypadku anulowanie skierowania na rehabilitację leczniczą. Jedną skargę uznano za zasadną⁴³, a pozostałe trzy jako bezzasadne.

³⁸ W toku kontroli NIK nie stwierdzono przypadków przekroczenia terminu obsługi wniosku, natomiast stwierdzono jeden przypadek przekroczenia terminu zakładania spraw w aplikacji WL.

³⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 869 ze zm.

⁴⁰ Dz. Urz. Min. Fin. Nr 15, poz. 84.

⁴¹ Wniosek o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS.

⁴² Oddział w Krakowie realizował zadania związane z prewencją wypadkową dla Oddziałów w Nowym Sączu, Tarnowie i Chrzanowie.

⁴³ W przedmiotowej skardze Wnosząca podniosła, że dwa tygodnie przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego została telefonicznie poinformowana, że z powodu błędnego wyliczenia okresu zasiłkowego przez pracownika ZUS, skierowanie zostaje anulowane. W odpowiedzi na skargę wskazano, że przy ustalaniu terminu rehabilitacji błędnie ustalono, iż okres zasiłkowy zakończy po zakończeniu planowego turnusu rehabilitacyjnego (po ponownym przeliczeniu wszystkich

Objęte badaniem cztery skargi zostały rozpatrzone w terminie wskazanym w art. 237 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego⁴⁴, zaś zawiadomienia o sposobie ich załatwienia zawierały wszystkie elementy określone w art. 238 § 1.

(akta kontroli str.181-184, 671)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Trzej lekarze orzecznicy, zatrudnieni w Oddziale w latach 2018-2019, wydali orzeczenia przed ukończeniem przeszkolenia dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskich, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. Pierwsze orzeczenia zostały wydane przez tych lekarzy w okresie od 8 do 10 dni przed zakończeniem przeszkolenia.

Zgodnie z § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy jednym z warunków niezbędnych w zakresie kwalifikacji dla lekarzy orzeczników jest odbycie przeszkolenia w zakresie ustalonym przez Prezesa Zakładu.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że trzej nowo zatrudnieni lekarze orzecznicy wydawali orzeczenia pod nadzorem i we współpracy z lekarzami szkolącymi w Oddziale. Dodał, że w ten sposób nowy, początkujący lekarz orzecznik mógł zapoznać się z działaniem i funkcjonalnością aplikacji komputerowych. Zastępca Naczelnika Wydziału poinformowała, że wskazani lekarze wydawali samodzielnie orzeczenia po upływie od 5 do 14 dni od zakończenia szkolenia.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca jednak uwagę, że w sprawach rozpoznawanych przez lekarzy orzeczników, każdy lekarz orzecznik dokonuje indywidualnej oceny i wydaje orzeczenia jednoosobowo.

(akta kontroli str. 116, 120, 382-390, 393, 676)

2. W przypadku trzech z sześciu miesięcy objętych badaniem główny lekarz orzecznik lub jego zastępca nie przeprowadzili analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia lub opinii na poziomie co najmniej 60% spraw w miesiącu, co było niezgodne z wymaganiami określonymi w załączniku nr 6 pn. *Instrukcja sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie* do Procedury 9.1 Wydawanie orzeczeń. Wymagany wskaźnik analizy dokumentacji nie został osiągnięty w lipcu, październiku oraz listopadzie 2019 r. i wyniósł on odpowiednio: 58,7%, 57,1%, 59,6% spraw.

Z-ca Naczelnika Wydziału wyjaśniła, że powodem niezachowania obowiązującego wskaźnika kontrolowanych orzeczeń w lipcu 2019 r. były urlopy wypoczynkowe lekarzy nadzoru oraz dodatkowa, nieprzewidziana nieobecność chorobowa lekarza nadzoru, natomiast w październiku i listopadzie 2019 r. – zwiększenie liczby zadań w związku z wprowadzeniem świadczenia uzupełniającego. Dodała, że aby świadczenie to było przyznane lekarz nadzoru podejmuje decyzję o sposobie załatwienia sprawy, a następnie lekarz orzecznik ustala wnioskującym niezdolność do samodzielnej egzystencji. Wskazała, że zadanie to Oddział realizował przy niezmienionej obsadzie etatowej i dużym

okresów niezdolności do pracy ustalono, że okres zasiłkowy kończył się dwa dni po rozpoczęciu rehabilitacji). Trzy dni po wniesieniu skargi, po uzyskaniu akceptacji Departamentu Prewencji i Rehabilitacji, poinformowano Wnoszącą, że może skorzystać z ustalonego wcześniej terminu rehabilitacji, ale w ramach urlopu wypoczynkowego. Wnosząca złożyła w Oddziale oświadczenie, że rehabilitację leczniczą odbędzie w ramach przysługującego urlopu wypoczynkowego.

⁴⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 256 ze zm.

wpływie wniosków (liczba wniosków w III kwartale 2019 r. wyniosła 6 093, a w IV kwartale – 13 482).

(akta kontroli str. 434, 676)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Oddział podejmował działania w celu zapewnienia warunków organizacyjno-kadrowych do realizacji zadań z zakresu orzecznictwa lekarskiego, w tym orzekania w sprawie rehabilitacji leczniczej. Podejmowane działania na rzecz uzupełnienia zatrudnienia w grupie lekarzy orzecznictwa lekarskiego nie były w pełni skuteczne, gdyż nie doprowadziły do pełnej obsady tych stanowisk. NIK zwraca uwagę na stwierdzone w corocznych kontrolach Centrali ZUS, powtarzające się uchybienia w zakresie zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą.

OBSZAR

2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą Oddział wydał 7 242 orzeczenia w sprawie rehabilitacji leczniczej, z tego 6 030 orzeczeń zostało wydanych w wyniku skierowania lekarza leczącego, 859 w związku z ustaleniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, 330 w związku z ustalaniem niezdolności do pracy do celów rentowych, a 23 w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich.

(akta kontroli str. 370)

Szczegółowym badaniem w zakresie prawidłowości wydawania orzeczeń i skuteczności rehabilitacji leczniczej objęto 90 spraw z 2018 r., tj. w których wnioski wpłynęły i zostały rozpatrzone w tym roku, z tego 18 spraw rozpatrzonych odmownie oraz 72 sprawy, w których wydano orzeczenie pozytywne. Badania kontrolne przeprowadzono na pięciu grupach spraw, tj.:

- 18 spraw, w których lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji⁴⁵,
- 18 spraw, w których wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji, a wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierał żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z schorzeniami, na które miał być rehabilitowany,
- 18 spraw, w których wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji, a wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał zasiłki chorobowe związane z schorzeniami, na które miał być rehabilitowany (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana),
- 18 spraw, w których wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji, a wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał świadczenie rehabilitacyjne,
- 18 spraw, w których wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji, a wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

Analiza formalnej poprawności 90 orzeczeń o braku lub o potrzebie rehabilitacji wykazała, że wszystkie orzeczenia wydano zgodnie z uregulowaniami określonymi w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych

⁴⁵ Do kontroli wybrano sprawy, w których lekarz orzecznik uznał rehabilitację za niecelową, tj. osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokuje odzyskania zdolności do pracy.

na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne⁴⁶. Jednakże w 14 sprawach (15,6% badanych spraw) fakt przeprowadzenia analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia nie został odnotowany jednocześnie na egzemplarzu orzeczenia znajdującym się w aktach sprawy oraz w aplikacji WO, co szczegółowo przedstawiono w dalszej części wystąpienia, w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 695-766, 799-834, 869-904, 934-969)

W 86 sprawach (95,6%) przydział lekarza orzecznika odbywał się losowo z wykorzystaniem funkcjonalności systemów komputerowych. W pozostałych czterech przypadkach lekarz orzecznik został wyznaczony przez Głównego Lekarza Orzecznika Oddziału w dniu przeprowadzenia badania z uwagi na nieobecność lekarza, który pierwotnie został przydzielony do sprawy (w drodze losowania).

(akta kontroli str. 695-766, 799-834, 869-904, 934-969)

Dyrektor Oddziału wskazał, że oprócz losowego przydziału spraw w Oddziale podejmowano również inne działania antykorupcyjne, polegające m.in. na występowaniu do Naczelnego Lekarza Zakładu o wyznaczenie oddziału do badania (jeśli wniosek dotyczył pracowników Zakładu zajmujących określone przez Prezesa Zakładu stanowiska w ZUS⁴⁷), unikaniu konfliktu interesów (lekarz orzecznik oraz lekarz – członek komisji lekarskich nie mogli brać udziału w wydawaniu orzeczeń w odniesieniu do osób, dla których był lekarzem leczącym). Dyrektor dodał, że w przypadku skierowania do rozpatrzenia sprawy takiej osoby, a także w innych okolicznościach, które mogą wywołać wątpliwości, co do bezstronności lekarza orzekającego, bezpośredni przełożony lekarza orzecznika albo lekarza – członka komisji lekarskich wyłącza go od udziału w postępowaniu.

(akta kontroli str. 395)

Spośród 90 orzeczeń⁴⁸ objętych szczegółowym badaniem 88 (97,8%) zostało wydanych na podstawie wniosków wystawionych przez lekarza leczącego, jedno (1,1%) przy okazji orzekania o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego i jedno (1,1%) przy okazji orzekania w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych.

(akta kontroli str. 685-694)

Spośród 90 badanych orzeczeń 17 (18,9%) zostało wydanych przez lekarzy orzeczników o specjalności niezgodnej z typem schorzenia. W żadnej z tych spraw

⁴⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 277. Dalej: rozporządzenie w sprawie rehabilitacji leczniczej.

⁴⁷ Stanowiska te zostały określone w § 19 załącznika do zarządzenia nr 67 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia *Trybu rozpatrywania spraw w ramach zwierzchniego nadzoru Prezesa Zakładu nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego*. W przypadku oddziału były to stanowiska: głównego lekarza orzecznika, zastępcy głównego lekarza orzecznika, lekarz – członek komisji lekarskiej, lekarz orzecznika oddziału, naczelnika wydziału orzecznictwa lekarskiego i prewencji, zastępcy dyrektora oddziału, dyrektora oddziału.

⁴⁸ W przypadku trzech badanych grup spraw, w których: 1) lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji, 2) wnioskodawca nie pobierał żadnych świadczeń, 3) wnioskodawca pobierał zasiłki chorobowe, wszystkie analizowane orzeczenia zostały wydane na podstawie wniosków wystawionych przez lekarza leczącego (54 z 54). W grupie 18 spraw, w których wnioskodawca pobierał świadczenie rehabilitacyjne, 17 orzeczeń zostało wydanych na podstawie wniosków wystawionych przez lekarza leczącego, a jedno przy okazji orzekania o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego. W grupie 18 spraw, w których wnioskodawca pobierał rentę okresową, 17 orzeczeń zostało wydanych na podstawie wniosków wystawionych przez lekarza leczącego, a jedno przy okazji orzekania w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych.

nie zlecano badań dodatkowych⁴⁹. Stwierdzone przypadki dotyczyły orzeczeń, wydanych przez lekarzy o specjalności neurologia w sprawach dotyczących schorzeń narządu ruchu, układu krążenia i układu oddechowego (14 spraw⁵⁰) oraz przez lekarza o specjalności rehabilitacja medyczna w sprawach dotyczących schorzeń narządu głosu, układu krążenia oraz układu oddechowego (trzy sprawy). We wszystkich 17 sprawach orzeczenie wydano na podstawie dokumentacji medycznej. We wszystkich sprawach Główny Lekarz Orzecznik przeprowadził analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia lub opinii. W żadnej ze spraw nie zgłosił zarzutu wadliwości.

W odniesieniu do wskazanych spraw Główny Lekarz Orzecznik Oddziału wyjaśnił, że *do lekarza orzecznika wydającego orzeczenie nie tylko w sprawach prewencji rentowej, ale także opiniującego sprawy uszczerbków, niezdolności do pracy, czy niezdolności do samodzielnej egzystencji trafiają do badania ubezpieczeni w drodze losowania. Jest to od lat stosowany system, skonstruowany tak, by wyeliminować możliwość subiektywnego przydziału spraw do orzecznika dla zapobiegania nawet teoretycznej możliwości korupcji. Wskazał, że oczywistością jest, że w takiej sytuacji niemożliwy jest indywidualny przydział spraw do orzecznika zgodnie z profilem posiadanych przez niego specjalizacji. Dodał, że wszyscy lekarze orzecznicy są specjalistami w danej dziedzinie i mają wieloletnie doświadczenie zawodowe. W przypadku istniejących wątpliwości lekarze orzecznicy mogą skorzystać z wiedzy konsultanta danej dziedziny medycyny, czy posłużyć się wykonaniem określonych badań dodatkowych, jeżeli uznają to za niezbędne. Wyjaśnił również, że orzecznicy opierają się głównie na badaniach i materiale dostarczonym przez ubezpieczonego, konfrontując te dane z badaniem fizykalnym i danymi z wywiadu. Dodał, że dodatkowa diagnostyka jest wykonywana w sytuacji, gdy w zależności od profilu sprawy są niezbędne w ocenie i nie zostały dostarczone przez ubezpieczonego, lub wtedy, jeżeli te dostarczone są niewiarygodne.*

(akta kontroli str. 685-694, 1011-1012)

W żadnej z 90 analizowanych spraw w opiniach lekarskich lekarzy orzeczników nie odniesiono się do możliwości przekwalifikowania zawodowego. Procedura do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń, w której ujęto m.in. Wzór Uzasadnienia i podsumowania ustaleń orzecznich, dotyczy wszystkich orzeczeń, wydawanych przez ZUS, w tym dotyczących orzekania o niezdolności do pracy do celów rentowych.

Główny Lekarz Orzecznik Oddziału wyjaśnił, że większość kierowanych na rehabilitację (przez lekarzy leczących ambulatoryjnie) nie ma niezdolności do pracy lub ma jedynie krótkotrwałą. Przekwalifikowaniem zawodowym natomiast objęte są osoby, w stosunku do których wydano orzeczenie o trwałej niezdolności do pracy (osoby te nie mogą być i nie są kierowane na rehabilitację w ramach prewencji rentowej). Wskazał, że w sprawach, gdy ubezpieczony kierowany jest na rehabilitację, informacje o możliwości przekwalifikowania zawodowego lekarz orzecznik odnotowuje w sprawie rentowej czy o świadczenie rehabilitacyjne, a nie w dokumentach dotyczących prewencji. Dodał również, że wydając orzeczenie

⁴⁹ W przypadku trzech badanych grup spraw, w których: 1) lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji, 2) wnioskodawca nie pobierał żadnych świadczeń, 3) wnioskodawca pobierał zasiłki chorobowe, w każdej z nich cztery orzeczenia zostały wydanych przez lekarzy orzeczników o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (w każdej grupie 4 z 18). W grupie 18 spraw, w których wnioskodawca pobierał świadczenie rehabilitacyjne, takich orzeczeń było trzy, a w ostatniej grupie 18 spraw, w których wnioskodawca pobierał rentę okresową – dwa.

⁵⁰ 11 orzeczeń dotyczyło schorzeń narządu ruchu, dwa orzeczenia – schorzeń układu oddechowego, a jedno – schorzeń układu krążenia. Trzy ostatnie sprawy dotyczyły osób chorujących na schorzenia długotrwale (choroby nowotworowe oraz miażdżyca), w stosunku do których były wydawane wcześniej orzeczenia o przyznaniu świadczeń związane z tymi samymi schorzeniami.

o potrzebie rehabilitacji leczniczej orzecznik jednocześnie stwierdza, że badany rokuje poprawę w wyniku rehabilitacji – poprzez odzyskanie zdolności do pracy lub zapobieganie jej utracie.

(akta kontroli str. 685-694, 1012)

W 71 sprawach, w których wydano orzeczenie pozytywne (98,6% takich spraw), kierowanie osób na rehabilitację leczniczą do ośrodków rehabilitacyjnych odbyło się zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz Procedury 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej⁵¹. W jednym przypadku sprawa o rehabilitację została założona w aplikacji WL z opóźnieniem, o czym szerzej w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 767-798, 835-868, 905-932, 970-999)

W badanej próbie spraw nie wystąpiły przypadki osób uchylających się od rehabilitacji, tj. osób, które nie podjęły rehabilitacji leczniczej pomimo skierowania na nią.

(akta kontroli str. 395)

Analiza próby 18 spraw⁵², które zakończyły się wydaniem orzeczenia lekarskiego o braku potrzeby rehabilitacji, wykazała, że:

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed wydaniem orzeczenia wyniosła 97,5 tys. zł, a w okresie roku po wydaniu orzeczenia 53,9 tys. zł (spadek o 44,7%), w tym kwota naliczonych składek na ubezpieczenie rentowe wyniosła odpowiednio 26,7 tys. zł i 13,9 tys. zł (spadek o 47,8%);
- w okresie roku przed wydaniem orzeczenia wszystkie osoby objęte próbą pobierały świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, średnio przez 219 dni (łącznie 3 949 dni), których wysokość wyniosła średnio 16,3 tys. zł (łącznie 293,7 tys. zł), natomiast w okresie roku po wydaniu orzeczenia 17 osób pobierało świadczenia średnio przez 259 dni (łącznie 4 399 dni), których wysokość wyniosła średnio 17 tys. zł (łącznie na kwotę 288,7 tys. zł);
- w okresie jednego roku po wydaniu orzeczenia jedna osoba nie pobierała żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy (osoba ta była świadczeniobiorcą ośrodka pomocy społecznej), kolejna osoba pobierała świadczenie uzupełniające, jedna osoba utraciła pracę, jedna osoba przeszła na emeryturę, sześć osób było zatrudnionych i z tego tytułu pobierali oni zasiłki chorobowe i/lub świadczenie rehabilitacyjne, pozostałe osiem osób pobierało renty okresowe (w tym cztery osoby jednocześnie były zatrudnione).

(akta kontroli str. 685-686)

Analiza próby 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierał żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z schorzeniami, na które miał być rehabilitowany, wykazała, że:

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed rehabilitacją⁵³ wyniosła 296,6 tys. zł, a w okresie roku po rehabilitacji 292,7 tys. zł (spadek o 1,3%), w tym kwota naliczonych składek

⁵¹ Wprowadzonego zarządzeniem nr 41 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 31 marca 2017 r. oraz zarządzeniem nr 40 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 25 czerwca 2018 r.

⁵² Wszystkie analizowane orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji zostały wydane z powodu stanu zdrowia ubezpieczonych, który nie rokował poprawy lub nie pozwalał na przeprowadzenie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej.

⁵³ Wykazywane dane dotyczyły okresu 1 roku (365 dni) przed zakończeniem rehabilitacji lub 1 roku po zakończeniu rehabilitacji.

na ubezpieczenie rentowe wyniosła odpowiednio 74,9 tys. zł i 75 tys. zł (wzrost o 0,2%);

- w okresie jednego roku przed rehabilitacją 15 osób nie pobierało żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, a pozostałe trzy osoby przebywały ogółem na zwolnieniach lekarskich przez 40 dni⁵⁴ (kwota wypłaconych świadczeń wyniosła 6,4 tys. zł), natomiast w okresie jednego roku po zakończeniu rehabilitacji siedem osób nie pobierało żadnych świadczeń, a 11 osób pobierało zasiłek chorobowy przez okres 282 dni. Przy czym jedna osoba przebywała na zwolnieniu lekarskim przez 158 dni w związku ze schorzeniem, na który była rehabilitowana (tj. zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa), a pozostałe 10 osób przebywało na zwolnieniach lekarskich łącznie przez 124 dni (średnio przez 12 dni na osobę);
- 10 osób przebywało na zwolnieniach lekarskich z innym kodem choroby niż byli rehabilitowani nie dłużej niż 30 dni, a jedna osoba przebywała na zwolnieniu lekarskim z kodem choroby, na który była rehabilitowana przez 158 dni⁵⁵. Kwota wypłaconych świadczeń dla wskazanych 11 osób wyniosła ogółem 14,7 tys. zł i była o 130,7% większa niż w okresie wcześniejszym;
- według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji w przypadku 16 osób (88,9%) nastąpiła poprawa stanu zdrowia, a w przypadku pozostałych dwóch ich stan zdrowia pozostał bez zmian⁵⁶;
- wszystkie osoby w badanej próbie w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji były zatrudnione lub prowadziły działalność gospodarczą, przy czym trzy z nich miały ustalone prawo do emerytury i pobierały świadczenia emerytalne, o czym szerzej w dalszej części wystąpienia.

(akta kontroli str. 687-688)

Analiza próby 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał zasiłki chorobowe związane z schorzeniami, na które miał być rehabilitowany, wykazała, że:

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed rehabilitacją wyniosła 236,9 tys. zł, a w okresie roku po rehabilitacji 223 tys. zł (spadek o 5,9%), w tym kwota naliczonych składek na ubezpieczenie rentowe wyniosła odpowiednio 61,1 tys. zł i 57,8 tys. zł (spadek o 5,3%);
- w okresie jednego roku przed rehabilitacją 18 osób pobierało świadczenia z tytułu niezdolności do pracy średnio przez 94 dni (łącznie 1 698 dni), których wysokość wyniosła średnio na kwotę 12,8 tys. zł (łącznie 230,7 tys. zł), natomiast w okresie jednego roku po rehabilitacji dwie osoby nie pobierały żadnych świadczeń, a pozostałe 16 osób pobierało świadczenia średnio przez 67 dni (łącznie 1 070 dni), których wysokość wyniosła średnio 6,1 tys. zł (łącznie 97,3 tys. zł – spadek o 57,8% w stosunku do wcześniejszego okresu), przy czym w przypadku ośmiu osób, świadczenia były wypłacone na schorzenia, na które byli rehabilitowani;

⁵⁴ W przypadku dwóch osób, termin zwolnienia lekarskiego dotyczył okresu turnusu rehabilitacyjnego, a jednej osoby zwolnienie lekarskie (3 dni) dotyczyły innej jednostki chorobowej.

⁵⁵ We wszystkich analizowanych grupach ujęto przypadki rehabilitacji leczniczej i pobierania świadczeń z tych samych kodów choroby, niezależnie od liczby dni pobierania świadczeń z tego tytułu.

⁵⁶ Wskazane dwa przypadki dotyczyły rehabilitacji narządu ruchu (kod choroby M50 – choroby krążków międzykręgowych szyjnych oraz M47 – spondyloza).

- według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji w przypadku 14 osób (77,8%) nastąpiła poprawa stanu zdrowia, stan zdrowia kolejnych trzech osób (16,7%) pozostał bez zmian, a w przypadku jednej osoby w zawiadomieniu z ośrodka rehabilitacyjnego nie wskazano w informacji co do stanu funkcjonalności (turnus został skrócony do 15 dni z powodu zawału serca);
- 17 osób w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji było zatrudnionych lub prowadziło działalność gospodarczą (przy czym jedna z nich pobierała jednocześnie świadczenie emerytalne), a jedna osoba była bezrobotna i pobierała świadczenia przedemerytalne. Wśród wskazanych 17 zatrudnionych osób dwie osoby nie pobierały żadnych świadczeń w okresie roku po rehabilitacji, 12 pobierało zasiłek chorobowy, a trzy zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne.

(akta kontroli str. 689-690)

Analiza próby 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał świadczenie rehabilitacyjne, wykazała, że:

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed rehabilitacją wyniosła 68,5 tys. zł, a w okresie roku po rehabilitacji 192,9 tys. zł (wzrost o 181,6%), w tym kwota naliczonych składek na ubezpieczenie rentowe wyniosła odpowiednio 16,9 tys. zł i 34,6 tys. zł (wzrost o 104,5%);
- w okresie jednego roku przed zakończeniem rehabilitacji wszystkie osoby pobierały świadczenie rehabilitacyjne, a 11 z nich także zasiłek chorobowy przez średnio 295 dni (łącznie 5 312), których wysokość wyniosła średnio 25 tys. zł (łącznie 449,5 tys. zł);
- w okresie jednego roku po zakończeniu rehabilitacji dwie osoby nie pobierały żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy⁵⁷, a 16 osób pobierało świadczenia (zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne lub renta okresowa) średnio 157 dni (łącznie 2 513 dni), których wysokość wyniosła średnio 11,2 tys. zł (łącznie 178,5 tys. zł – spadek w stosunku do wcześniejszego okresu o 60,3%), przy czym 13 z nich pobierało świadczenia na schorzenia, na które byli rehabilitowani;
- według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji w przypadku 12 osób (66,7%) nastąpiła poprawa stanu zdrowia, stan zdrowia kolejnych pięciu osób pozostał bez zmian (27,8%), a w przypadku jednej osoby z powodu skrócenie turnusu rehabilitacyjnego do 2 dni nie odnotowano nie wskazano w informacji co do stanu funkcjonalności⁵⁸;
- 12 osób w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji było zatrudnionych lub prowadziło działalność gospodarczą, kolejne pięć osób w tym okresie utraciło pracę, a jedna osoba przeszła na emeryturę. Wśród wskazanych 12 zatrudnionych osób jedna osoba nie pobierała żadnych świadczeń w okresie roku po rehabilitacji, osiem pobierało zasiłek chorobowy i/lub świadczenie rehabilitacyjne, a cztery świadczenie rehabilitacyjne i rentę okresową. Wszystkie pięć osób, które utraciły pracę w ciągu roku po rehabilitacji, pobierały również w tym okresie zasiłki chorobowe i/lub świadczenie rehabilitacyjne;

(akta kontroli str. 691-692)

⁵⁷ Przy czym jedna osoba po zakończeniu rehabilitacji przeszła na emeryturę i pobierała świadczenia emerytalne.

⁵⁸ Turnus rehabilitacyjny został skrócony z powodu nadużywania alkoholu przez pacjenta.

Analiza próby 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy, wykazała, że:

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed rehabilitacją wyniosła 66,7 tys. zł, a w okresie roku po rehabilitacji 50 tys. zł (spadek o 25,1%), w tym kwota naliczonych składek na ubezpieczenie rentowe wyniosła odpowiednio 17,6 tys. zł i 12,9 tys. zł (spadek o 17,1%);
- w okresie jednego roku przed zakończeniem rehabilitacji wszystkie osoby pobierały świadczenia z tytułu niezdolności do pracy średnio przez 361 dni (łącznie 6 501 dni), których wysokość wyniosła średnio 17,8 tys. zł (łącznie 319,7 tys. zł), natomiast w okresie jednego roku po zakończeniu rehabilitacji średnio przez 273 dni (łącznie 4 906 dni), których wysokość wyniosła średnio 14,7 tys. zł (łącznie 265 tys. zł – spadek o 17,1%). W przypadku 15 osób świadczenia były pobierane na schorzenia, na które byli rehabilitowani;
- według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji w przypadku 12 osób (66,7%) nastąpiła poprawa stanu zdrowia, stan zdrowia kolejnych pięciu osób (27,8%) pozostał bez zmian, a w przypadku jednej osoby stwierdzono pogorszenie się stanu zdrowia;
- osiem osób w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji było zatrudnionych lub prowadziło działalność gospodarczą oraz jednocześnie pobierało rentę okresową, osiem osób pobierało tylko rentę okresową⁵⁹, jedna osoba przeszła na rentę stałą⁶⁰, a kolejna osoba w tym okresie utraciła pracę i pobierała zasiłek dla bezrobotnych. Wśród wskazanych ośmiu zatrudnionych osób cztery w ciągu roku po rehabilitacji przeszły na emeryturę, o czym szerzej w dalszej części wystąpienia;

(akta kontroli str. 693-694)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że poziom skuteczność rehabilitacji leczniczej różnił się w poszczególnych grupach analizowanych spraw. W przypadku osób niepobierających świadczeń w okresie jednego roku po zakończeniu rehabilitacji wszystkie osoby były zatrudnione lub prowadziły działalność gospodarczą, nie wystąpiły przypadki pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, renty okresowej lub stałej. W kolejnej grupie 18 osób, które pobierały zasiłek chorobowy, 17 z nich były zatrudnionych lub prowadziło działalność gospodarczą, jedna osoba była bezrobotna. Trzy osoby pobierały świadczenia rehabilitacyjne, jednakże nie wystąpiły przypadki pobierania renty okresowej lub stałej. W przypadku grupy 18 osób, które pobierały świadczenie rehabilitacyjne, dziesięć osób (50,6%) w okresie roku po rehabilitacji było zatrudnionych, cztery osoby (22,2%) pobierały renty okresowe (przy czym dwie osoby równocześnie pracowały), kolejne pięć osób były bezrobotne (27,8%), a jedna osoba przeszła na emeryturę. W grupie 18 osób, które pobierały rentę okresową, osiem osób (44,4%) pobierało dalej rentę okresową, cztery osoby (22,2%) pobierały rentę okresową i jednocześnie były zatrudnione, kolejne cztery osoby (22,2%) nabyły prawa do emerytury, jedna osoba pobierała rentę stałą, a jedna osoba zasiłek dla bezrobotnych.

Poziom skuteczności rehabilitacji w zbadanej próbie 72 osób, mierzona na podstawie faktu pobierania (lub nie) świadczeń z ubezpieczenia społecznego

⁵⁹ W tym jedna osoba w okresie roku po rehabilitacji zmarła.

⁶⁰ W opinii ośrodka rehabilitacyjnego wskazano na brak zmian stanu funkcjonalnego pacjenta po zakończeniu rehabilitacji.

w okresie 12 miesięcy po zakończeniu leczenia w ośrodku rehabilitacyjnym⁶¹, wyniósł jedynie 15,3%. Jedenaście osób w okresie jednego roku po zakończeniu rehabilitacji nie pobierało żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, kolejne 26 osób (36,1%) pobierało świadczenie z tytułu niezdolności do pracy przez okres do 30 dni, siedem osób (9,7%) przez okres od 30 do 100 dni, a pozostałe 28 osób (38,9%) powyżej 100 dni.

Główny Lekarz Orzecznik Oddziału wskazał, że kierowanie do ośrodka rehabilitacyjnego przez orzecznika z jego inicjatywy podczas badania o przedłużenie świadczenia z przyznaniem krótkiego okresu świadczeń następowych tak, by niedługo po przeprowadzonej rehabilitacji ubezpieczony był poddany ponownej ocenie – przynosi znaczne lepsze efekty. Dodał, że gorsze efekty przynosi rehabilitacja u osób od lat przebywających na rentach, z utrwaloną postawą pro rentową, którzy kierowani są przez lekarzy rodzinnych w trakcie długotrwałych, kilkuletnich okresów niezdolności do pracy, gdy kolejne badanie orzecznicze wypada po 1-3 latach dalszego trwania renty. Wyjaśnił również, że nie ma powodu do dyskwalifikacji tych ubezpieczonych z możliwości leczenia rehabilitacyjnego – nawet gdy prawdopodobieństwo efektywnego powrotu do pracy jest dość niskie. Jest to ich prawo wynikające z ustawy. Wskazał ponadto, że niskie prawdopodobieństwo odzyskania zdolności do pracy nie jest przeciwskazaniem do kierowania ubezpieczonego na rehabilitację.

(akta kontroli str. 685-694, 1013-1014)

Spośród 90 analizowanych spraw w trzech przypadkach osoby w momencie składania wniosku miały ustalone prawo do emerytury i pobierały świadczenia emerytalne (jednocześnie osoby te były zatrudnione). W okresie roku po zakończeniu rehabilitacji 9 z 72 badanych osób (12,5%) pobierało świadczenia emerytalne. Jednocześnie ośrodki rehabilitacyjne w przypadku 6 z nich odnotowały poprawę stanu zdrowia, w przypadku dwóch kolejnych osób brak zmian, a w przypadku jednej osoby odnotowały pogorszenie stanu zdrowia.

Zastępca Dyrektora Oddziału wskazał, że w zakresie kwalifikowania na rehabilitację osób, które już pobierają emeryturę lub są w wieku emerytalnym, Oddział zobowiązany jest do stosowania procedur Centrali. W przedłożonej w toku kontroli opinii prawnej Departamentu Legislacyjno-Prawnego ZUS z 5 marca 2018 r. wskazano, że z uwagi na wątpliwości interpretacyjne wykładni art. 57 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, możliwe są dwa warianty interpretacji dotyczące możliwości kierowania na rehabilitację leczniczą osób mających ustalone prawo do emerytury lub spełniających warunki do jej uzyskania. Dlatego też jako zasadne wskazano wystąpienie w tej kwestii do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Pismem z 28 grudnia 2018 r. Dyrektor Departamentu Ubezpieczeń Społecznych w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przedstawił stanowisko, zgodnie z którym brak jest podstaw do uniemożliwienia osobom ubezpieczonym aktywnym zawodowo spełniającym warunki do uzyskania emerytury lub nawet mającym ustalone prawo do emerytury z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, korzystania z rehabilitacji w ramach prewencji rentowej.

Zastępca Dyrektora Oddziału dodał, że co do zasady emeryt nie może skorzystać z prewencji rentowej, którą prowadzi ZUS – to uprawnienie przysługuje tylko

⁶¹ Wskaźnik zastosowany w opracowaniu ZUS pn. *Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2017 r. w 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji*, <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/ubezpieczeni-poddani-rehabilitacji-leczniczej-w-ramach-prewencji-rentowej-zus> (dostęp na dzień 24 września 2020 r.).

aktywnym zawodowo emerytom, którzy z tego tytułu podlegają ubezpieczeniu społecznemu. Główny Lekarz Orzecznik Oddziału dodał, że w jego opinii kierowanie takich osób na rehabilitację leczniczą jest nieuzasadnione. Wskazał, że *osoby pracujące nadal mimo uprawnień emerytalnych czynią to z własnego wyboru, najczęściej pomimo istniejących a związanych z wiekiem pewnych ograniczeń. Wydaje mi się, że mało uzasadnione jest by z pieniędzy ubezpieczyciela typu ZUS finansować rehabilitację, której rola w przedłużeniu tego okresu zatrudnienia staje się wątpliwa.*

Najwyższa Izba Kontroli przyjmuje do wiadomości powyższe wyjaśnienia, jednakże zwraca uwagę na wątpliwości co do celowości kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej osób, mających ustalone prawo do emerytury lub spełniających warunki do jej uzyskania. Rehabilitacja lecznicza przysługuje osobom ubezpieczonym, które, na skutek choroby lub wypadku, są zagrożone całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy. Osoby, które osiągnęły wiek przedemerytalny lub emerytalny nawet po skutecznie przeprowadzonej rehabilitacji wkrótce opuszczają rynek pracy i przejdą na emeryturę. Podkreślić należy, że w przypadku osób, które mają ustalone prawo do emerytury z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub spełniają warunki do uzyskania emerytury, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie może zostać przyznana renta z tytułu niezdolności do pracy.

(akta kontroli str. 685-694, 1022-1034)

Na podstawie analizy wszystkich 90 spraw objętych próbą stwierdzono, że średni czas oczekiwania na wydanie orzeczenia (liczony od dnia wpływu wniosku do Oddziału do dnia wydania orzeczenia) wyniósł 34 dni, przy czym najkrótszy okres oczekiwania wyniósł 5 dni, a najdłuższy 83 dni. W 12 sprawach (13,3%) z 90 badanych czas oczekiwania na wydanie orzeczenia wyniósł powyżej 45 dni. Odnosząc się do tych spraw, Zastępca Naczelnika Wydziału wyjaśniła, że w siedmiu⁶² przypadkach przyczyną długiego oczekiwania na wydanie orzeczenia było wyznaczanie odległych terminów badania lekarskiego z uwagi *na dużą liczbę złożonych wniosków oraz absencję lekarzy orzeczników* (urlopy), w trzech sprawach – niestawienie się ubezpieczonych na wyznaczone badania lekarskie, a w pozostałych dwóch sprawach – oczekiwanie na przekazanie teczek akt ubezpieczonych do Wydziału Prewencji z innych wydziałów⁶³.

(akta kontroli str. 677-684)

Średni czas obsługi 72 orzeczeń (liczony od dnia wydania orzeczenia do dnia emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą) wyniósł 18 dni, przy czym najkrótszy okres obsługi wyniósł 15 dni, a najdłuższy 68 dni. W trzech sprawach czas obsługi orzeczeń wyniósł powyżej 30 dni, jednakże żadne z nich nie dotyczyło orzeczeń wydanych przy orzekaniu o świadczeniu rehabilitacyjnym oraz w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych. W przypadku dwóch z trzech spraw, w których czas obsługi wyniósł 32 i 36 dni, orzeczenia zostały wysłane pocztą i odebrane odpowiednio 10 i 8 dni po ich wydaniu. Zawiadomienia o skierowaniu

⁶² W przypadku sześć z nich, orzeczenia były wydane w okresie wakacyjnym (czerwiec-sierpień), a w jednej sprawie w październiku.

⁶³ W jednym przypadku, w którym wniosek wpłynął do ZUS 27 lipca 2018 r. akta zostały przekazane z Wydziału Zasiłków, który był w trakcie wydawania decyzji w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego, 17 sierpnia 2018 r. (orzeczenie zostało wydane 18 września 2018 r.). W kolejnej sprawie po wpłynięciu wniosku o rehabilitację (17 kwietnia 2018 r.) toczyło się postępowanie w sprawie przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy. Orzeczenie w tej sprawie zostało wydane 18 maja 2018 r., a akta zostały przekazane przez Wydział Świadczeń Emerytalno-Rentowych 5 czerwca 2018 r. (orzeczenie w sprawie rehabilitacji zostało wydane 9 lipca 2018 r.).

na rehabilitację wystawiono po uprawomocnieniu się orzeczenia⁶⁴. Zastępca Naczelnika Wydziału wyjaśniła, że w przypadku sprawy, w której obsługa orzeczenia wyniosła 68 dni, ubezpieczony w momencie orzekania był w trakcie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, przyznanego wcześniej na okres czterech miesięcy. Z uwagi na brak miejsc w ośrodku rehabilitacyjnym, nie było możliwości skierowania ubezpieczonej osoby na rehabilitację leczniczą w trakcie trwającego okresu wypłaty świadczenia. Wiedząc o kolejnym złożonym wniosku o przedłużenie świadczenia rehabilitacyjnego, pracownik oczekiwał na wydanie kolejnego orzeczenia w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego.

(akta kontroli str. 677-684)

Średni czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji liczony od dnia emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację wyniósł 88 dni (najkrótszy w tym samym dniu, najdłuższy 196 dni), a liczony od wpływu wniosku o rehabilitację wyniósł 139 dni (najkrótszy 41 dni, najdłuższy 252 dni). Spośród 33 spraw (z 72), w których czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji liczony od dnia emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację przekroczył 100 dni, w przypadku 23 przyczyną wydłużenia czasu oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji były brak miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych, a w przypadku 10 próśby ubezpieczonych o zmianę terminu (lub miejsca) rehabilitacji.

(akta kontroli str. 677-684)

Dyrektor Oddziału wskazał, że proces kierowania na rehabilitację w ramach prewencji rentowej nie przebiega we wszystkich przypadkach tak samo. Przy przydzielaniu terminów rehabilitacji branych jest pod uwagę wiele czynników, m.in. indywidualna sytuacja ubezpieczeniowa, czas trwania podstawowego okresu zasiłkowego, korzystanie z rehabilitacji na innych czasowych świadczeniach z ubezpieczenia społecznego, profil rehabilitacji, wskazania medyczne, sugestie ubezpieczonych, co do terminu turnusu rehabilitacyjnego i ewentualnie miejsca rehabilitacji. Dodał, że problemy z dostępnością miejsc w danym ośrodku rehabilitacyjnym związane są z dużym zainteresowaniem w stosunku do liczby zakontraktowanych miejsc z danego profilu.

(akta kontroli str. 1044-1045)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W przypadku 14 spraw (15,6%), z 90 badanych, dotyczących wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej fakt przeprowadzenia przez Głównego Lekarza Orzecznika lub jego zastępcę analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia został odnotowany niezgodnie z wymogami zawartymi w pkt 4 części III załącznika nr 6 do ówczesnie obowiązującej Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń. Zgodnie z ww. uregulowania wewnętrznymi fakt akceptacji orzeczenia lub zgłoszenia zarzutu wadliwości główny lekarz orzecznik albo jego zastępca odnotowuje na egzemplarzu orzeczenia znajdującym się w aktach sprawy oraz w aplikacji WO. Tymczasem w ośmiu sprawach fakt akceptacji został odnotowany jedynie w aplikacji WO, a w przypadku sześciu tylko na egzemplarzu orzeczenia znajdującym się w aktach sprawy.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że opiniuje się w średnio 60% ogółu spraw. Dodał, że *po wydaniu orzeczenia główny lekarz orzecznik oraz jego zastępcy przeprowadzają analizę dokumentacji i odnotowują to na egzemplarzu*

⁶⁴ Od orzeczenia lekarza orzecznika przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej Zakładu, w ciągu 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia.

orzeczenia lub w aplikacji WO. Wskazane sprawy prawdopodobnie nie znalazły się w 60% kontrolowanych spraw.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że zgodnie z przytoczonym zapisem procedury wewnętrznej, fakt przeprowadzenia analizy odnotowywany miał być na egzemplarzu orzeczenia oraz w aplikacji WO. Ponadto mając na względzie, że wymagany wskaźnik obliczany jest z wykorzystaniem aplikacji WO, jedynie sześć spraw, w których stosowna adnotacja została ujęta tylko na egzemplarzu orzeczenia, nie znalazły się w 60% kontrolowanych spraw.

Zgodnie z obowiązującą od 31 stycznia 2020 r. Procedurą 9.1 Wydawanie orzeczeń⁶⁵, fakt akceptacji orzeczenia albo zgłoszenia zarzutu wadliwości główny lekarz orzecznik albo jego zastępca odnotowuje w WO lub na egzemplarzu orzeczenia znajdującym się w aktach sprawy – w takim przypadku stosownego zapisu w WO dokonuje pracownik OLP⁶⁶.

(akta kontroli str. 394, 695-766, 799-834, 869-904, 934-969)

2. Jedna sprawa o rehabilitację leczniczą, z 72 objętych szczegółowym badaniem, została założona w aplikacji WL 11 dni po wydaniu orzeczenia (10 dni po jego rejestracji), co było niezgodne z pkt 21 Załącznika nr 3 pn. Instrukcja dotycząca kierowania na rehabilitację leczniczą do Procedury do procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej. Zgodnie z uregulowaniami wewnętrznymi sprawa o rehabilitację miała być założona w aplikacji WL w dniu wydania orzeczenia lub w dniu otrzymania tego orzeczenia przez właściwego pracownika.

Zastępca Dyrektora Oddziału wyjaśnił, że pracownik, który obsługiwał tę sprawę nagle musiał skorzystać z opieki nad dzieckiem chorym i nie przekazał w terminie akt ubezpieczonego do komórki prewencji. W komórce prewencji, w tym okresie, jeden z pracowników również przebywał na długotrwałym zwolnieniu lekarskim.

(akta kontroli str.1000-1002)

OCENA CZĄSTKOWA

W grupie badanych 72 osób, które ukończyły rehabilitację, jedynie 11 nie pobierało świadczeń w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji (15,3%), a 35 osób przebywało na długotrwałych świadczeniach (powyżej 30 dni). Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na duże zróżnicowanie w zakresie poziomu skuteczności rehabilitacji leczniczej w poszczególnych grupach analizowanych spraw. W przypadku grupy osób niepobierających świadczeń 38,9% badanych osób nie pobierało żadnych świadczeń w okresie roku po rehabilitacji, w dwóch kolejnych grupach osób pobierających zasiłek chorobowy oraz świadczenia rehabilitacyjne 11,1% osób nie pobierało żadnych świadczeń, a w grupie osób pobierających renty okresowe wszystkie osoby w okresie roku po rehabilitacji nadal korzystały ze świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, w tym w szczególności z tytułu rent okresowych. Ponadto NIK zwraca uwagę na długi okres oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji, który w badanej próbie wyniósł średnio cztery i pół miesiąca od wpływu wniosku o rehabilitację.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczące wydawania orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej nie miały istotnego wpływu na ocenę kontrolowanej działalności w tym obszarze.

⁶⁵ Wprowadzonej Zarządzeniem Nr 8 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 stycznia 2020 r.

⁶⁶ Komórka orzecznictwa lekarskiego i prewencji.

III. Uwagi i wnioski

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

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

- Wnioski
1. Niedopuszczanie do orzekania lekarzy orzeczników przed ukończeniem przeszkolenia w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS.
 2. Zapewnienie formalnego dokumentowania czynności wykonywanych w ramach nadzoru sprawowanego przez Głównego Lekarza Orzecznika zgodnie z wymogami wewnętrznymi poprzez każdorazowe odnotowywanie faktu akceptacji orzeczenia oraz przeprowadzanie analiz dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia lub opinii na poziomie co najmniej 60% spraw w każdym miesiącu.

IV. 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 Delegatury NIK w Krakowie. 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 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.

Kraków, września 2020 r.

Kontroler

Dominika Stępień

starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis