



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

LKR.410.007.02.2020

Marta Pieczka
p.o. Dyrektor Oddziału
Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Chrzanowie
ul. Oświęcimska 14
32-500 Chrzanów

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 Chrzanowie, ul. Oświęcimska 14, 32-500 Chrzanów (<i>Oddział</i>)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marta Pieczka, p.o. Dyrektor Oddziału, 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 ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
Kontroler	<ol style="list-style-type: none">1. Dominika Stępień, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/87/2020 z dnia 29 maja 2020 r.2. Marcin Hałat, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/113/2020 z dnia 25 czerwca 2020 r. <p>(akta kontroli str. 1-6, 1531-1535)</p>

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

II. Ocena ogólna² 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 zwiększyła się o 2387 (o 13,9%), przy niezmiennym stanie przeciętnego zatrudnienia lekarzy orzecznictwa lekarskiego. Średnia roczna liczba wydawanych orzeczeń przez lekarzy orzeczników wzrosła o 13,3% (z 2611 w 2018 r. do 2958 w 2019 r.).

W latach 2018-2019 do Oddziału wpłynęły ogółem 3594 wnioski o rehabilitację leczniczą, natomiast wydano 4028 orzeczeń. Z rehabilitacji leczniczej skorzystały w tym okresie 2844 osoby. Średni czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji w ramach badanej próby wyniósł trzy i pół miesiąca (liczony od dnia wpływu wniosku lub wydania orzeczenia), co wynikało przede wszystkim z niewystarczającej dostępności miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że długotrwałe oczekiwanie na rozpoczęcie rehabilitacji może mieć znaczący wpływ na stopień jej skuteczności. W okresie objętym kontrolą, liczba odmów w zakresie skierowań na rehabilitację leczniczą wyniosła ogółem 817, z tego 389 w 2018 r. i 428 w 2019 r. (w tym, odpowiednio: 26 i 22 z przyczyn formalnych).

Analiza 72 badanych spraw zakończonych rehabilitacją leczniczą³ dla osób zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy wykazała, że nie we wszystkich badanych przypadkach była ona skuteczna. Wprawdzie w ciągu 12 miesięcy od zakończenia rehabilitacji ubezpieczeni przez okres krótszy o 31,2% pobierali świadczenia z FUS⁴, kwota wypłaconych im świadczeń zmniejszyła się o 44,2%, a poprawę ich stanu funkcjonalnego ośrodki rehabilitacyjne stwierdziły w 68% przypadków, to jednak jedynie 16 osób (22,2%) w tym okresie nie pobierało żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, natomiast 41 osób przebywało na długotrwałych świadczeniach (powyżej 30 dni), w tym 22 osoby (53,7%) pobierały świadczenia na schorzenia, na które byli rehabilitowani. Ogółem, spośród 56 badanych osób (77,8%), które w okresie po rehabilitacji pobierały świadczenia z FUS, w przypadku połowy z nich wypłacone świadczenia dotyczyły schorzeń, na które byli rehabilitowani. Ponadto w okresie 12 miesięcy po rehabilitacji 15,3% badanych osób przebywało na świadczeniach z tytułu niezdolności do pracy dłużej niż w okresie przed rehabilitacją, a kolejne 19,4% badanych osób nadal pobierało świadczenia przez cały rok (365 dni przed i po zakończeniu rehabilitacji). Kwoty odprowadzonych składek wzrosły o 14,2%.

W okresie jednego roku po odbyciu rehabilitacji 57 osób (79,2% badanych) było zatrudnionych na umowę o pracę, umowę zlecenia lub prowadziło działalność gospodarczą, w tym 22 pobierały także inne świadczenia (rentę okresową, świadczenie rehabilitacyjne i/lub świadczenie emerytalne).

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszym wystąpieniu zastosowano ocenę opisową.

³ Przeprowadzona wg czterech grup osób uprawnionych do rehabilitacji: w okresie 12 miesięcy przed zakończeniem rehabilitacji nie pobierających świadczeń, pobierających zasiłki chorobowe, pobierających świadczenia rehabilitacyjne oraz pobierających renty okresowe.

⁴ Fundusz Ubezpieczeń Społecznych.

Poziom skuteczności rehabilitacji leczniczej różnił się w poszczególnych grupach badanych spraw. W ciągu 12 miesięcy od zakończenia rehabilitacji, w porównaniu do roku przed rehabilitacją⁵:

- w grupie 18 osób pobierających wcześniej zasiłki chorobowe: liczba dni, za które ubezpieczeni pobierali świadczenia z tytułu niezdolności do pracy była mniejsza łącznie o 1330 dni, tj. 59,3% (średnio o 68 dni na osobę, tj. 54%), a kwota wypłaconych świadczeń – mniejsza łącznie o 104,7 tys. zł, tj. 62,9% (średnio o 8,1 tys. zł na osobę, tj. 87,8%). Świadczenia pobierane przez sześciu ubezpieczonych (37,5%), z 16 je pobierających, dotyczyły innych schorzeń niż te, z których byli rehabilitowani. W okresie roku po rehabilitacji 17 osób (94,4%) było zatrudnionych na umowę o pracę lub prowadziło działalność gospodarczą, w tym trzy pobierały także świadczenie rehabilitacyjne, a jedna przeszła na emeryturę. Kwota odprowadzonych składek była większa o 2,7%;
- w grupie 18 osób pobierających wcześniej świadczenie rehabilitacyjne: liczba dni, za które ubezpieczeni pobierali świadczenia z tytułu niezdolności do pracy była mniejsza łącznie o 3222, tj. 54,3% (o 149 dni na osobę, tj. 45%), a kwota wypłaconych świadczeń – mniejsza o 360,5 tys. zł, tj. 70,8% (o 18,4 tys. zł na osobę, tj. 64,9%). Świadczenia pobierane przez sześciu ubezpieczonych (40%), z 15 je pobierających, dotyczyły innych schorzeń niż te, na które byli rehabilitowani. W okresie roku po rehabilitacji 16 osób (88,8%) było zatrudnionych na umowę o pracę, umowę zlecenia lub prowadziło działalność gospodarczą, w tym 11 pobierało świadczenie rehabilitacyjne i/lub rentę okresową. Kwota odprowadzonych składek była większa o 183,1%;
- w grupie 18 osób pobierających przed rehabilitacją rentę okresową: liczba dni, za które ubezpieczeni pobierali świadczenia z tytułu niezdolności do pracy była mniejsza o 123 dni, tj. 2% (o siedem dni na osobę, tj. 2%), a kwota wypłaconych świadczeń – większa o 15,7 tys. zł, tj. 4,7% (o 0,9 tys. zł na osobę, tj. 4,5%). Świadczenia pobierane przez dziewięciu ubezpieczonych (50%), z 18 je pobierających, dotyczyły innych schorzeń niż te, które były podstawą skierowania na rehabilitację. W okresie roku po rehabilitacji sześć osób (33,3%), oprócz pobierania renty, było zatrudnionych na umowę o pracę, umowę zlecenia lub prowadziło działalność gospodarczą, w tym jedna osoba w tym czasie przeszła na emeryturę. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne była mniejsza o 6,6%.

Odnotowano trzy przypadki kierowania na rehabilitację leczniczą osób, które pobierały emeryturę lub w krótkim czasie po jej ukończeniu przeszły emeryturę, co w ocenie NIK jest niezgodne z celem rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Osoby pobierające świadczenia emerytalne lub korzystające z tego prawa wkrótce po zakończeniu rehabilitacji nie były zagrożone przejściem na rentę, ponieważ takich uprawnień już nabyć nie mogły.

Stwierdzone nieprawidłowości, dotyczące nieprzestrzegania przepisów rozporządzenia⁶ w zakresie orzekania przez lekarzy orzeczników, którzy nie ukończyli przeszkolenia, jak również nieprzestrzegania uregulowań wewnętrznych w zakresie terminowej rejestracji i obsługi wniosków nie miały istotnego wpływu na kontrolowaną działalność.

⁵ Z porównania wyłączono grupę 18 osób, które w okresie roku przed rehabilitacją nie pobierały żadnych świadczeń z tytułu schorzeń, na które byli rehabilitowani, z uwagi na brak danych dotyczących wyłącznie okresu przed rozpoczęciem rehabilitacji (ujęto w nim świadczenia z tytułu pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym).

⁶ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (Dz. U. z 2011 r. Nr 286 poz. 1683).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

W latach 2018-2019 w Oddziale zatrudnionych było⁸, odpowiednio: 11 i 10 lekarzy orzeczników⁹. Według stanu na koniec poszczególnych lat stan zatrudnienia lekarzy orzeczników wyniósł osiem i 10 osób. W przeliczeniu na pełny etat, w obydwu latach stan zatrudnienia wyniósł przeciętnie siedem etatów.

Wśród lekarzy orzeczników, pracujących w Oddziale w 2018 r., dwóch miało specjalizację z medycyny pracy, po jednym z chorób wewnętrznych, chirurgii, ortopedii i traumatologii oraz z chorób płuc. Trzech miało specjalizacje z innych dziedzin medycyny¹⁰. W 2019 r. w Oddziale pracowało dwóch lekarzy orzeczników ze specjalizacją z chirurgii, dwóch z medycyny pracy, po jednym ze specjalizacją z chorób wewnętrznych oraz chorób płuc. Czterech lekarzy miało specjalizacje z innych dziedzin medycyny.

Obsługą administracyjno-techniczną postępowań orzeczniczych, lekarzy orzeczników oraz obsługą skierowań na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej zajmował się, wyodrębniony w strukturze Oddziału, Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji (*Wydział*). Przeciętne zatrudnienie pracowników Wydziału odpowiedzialnych za obsługę administracyjną wyniosło w 2018 r. 12,5 etatu, a w 2019 r. 10,8 etatu.

(akta kontroli str. 218-219, 220-223, 224-255, 231)

W okresie objętym kontrolą Oddział ogłosił 12 rekrutacji na stanowisko lekarza orzecznika. Cztery z nich nie zostały rozstrzygnięte z uwagi na brak kandydatów (trzy nabory) lub brak kandydatów spełniających wymagania (jeden nabór). Pozostałe osiem naborów zostało rozstrzygniętych¹¹, przy czym żaden nich nie doprowadził do obsadzenia wszystkich proponowanych etatów¹².

(akta kontroli str. 256-398)

Szczegółowym badaniem objęto osiem rozstrzygniętych rekrutacji ogłoszonych w latach 2018-2019 oraz dwóch nierozstrzygniętych. Wszystkie skontrolowane nabory zostały przeprowadzone zgodnie z art. 74a-74g ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych¹³ oraz z wewnętrznymi regulacjami ZUS¹⁴. 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. 256-410, 1480-1505)

⁷ 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.

⁸ Liczba zatrudnionych lekarzy orzeczników w danym roku w osobach.

⁹ W Oddziale nie funkcjonowała Komisja Lekarska Zakładu.

¹⁰ Wyniki nie sumują się, gdyż niektórzy lekarze mają więcej niż jedną specjalizację (stan na 31 grudnia).

¹¹ W wyniku ośmiu rozstrzygniętych naborów zostało zatrudnionych sześciu nowych lekarzy orzeczników, a dwóch lekarzy orzeczników zostało ponownie zatrudnionych (przy czym ponowne zatrudnienie jednego z lekarzy wynikało z rozwiązania umowy o pracę w związku z przejściem na emeryturę, a drugiego z okresową pracą w innym Oddziale ZUS i powrocie po pozytywnym przejściu rekrutacji).

¹² Przedmiotowe nabory dotyczyły 37,7 etatu, natomiast w ich wyniku obsadzono 5,7 etatu.

¹³ Dz.U. z 2020 poz. 266 ze zm.

¹⁴ 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.

Zatrudnienie na stanowiskach lekarzy orzeczników na koniec 2018 r. wyniosło 6,6 etatu przy planie 12 etatów, a na koniec 2019 r. 6,6 etatu przy planie 13 etatów.

Dyrektor Oddziału wskazała, że powodami trudności w zatrudnieniu lekarzy orzeczników były: *brak możliwości pogodzenia pracy lekarza orzecznika z pracą na oddziałach szpitalnych, w szczególności w specjalizacjach zabiegowych, możliwość zatrudnienia jedynie na podstawie umowy o pracę, niski prestiż w środowisku lekarskim lekarzy orzeczników, mała konkurencyjność proponowanego wynagrodzenia w porównaniu z uposażeniem oferowanym przez placówki służby zdrowia*. Dodała, że sytuacja uległa poprawie po wprowadzeniu podwyżek płac w 2019 r.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że nieobsadzenie stanowisk, na które przeprowadzono rekrutację w latach 2018-2019 spowodowały przeciążenie pracą pozostałych lekarzy orzeczników i zmniejszenie liczby wydawanych orzeczeń, co skutkowało wydłużeniem czasu oczekiwania na wydanie orzeczenia przez lekarza orzecznika, a tym samym wydłużeniem okresu oczekiwania wnioskodawców na wypłatę świadczeń.

(akta kontroli str. 218-234, 1449-1451)

Średnie wynagrodzenie zasadnicze lekarzy orzeczników w latach 2017-2019 wyniosło odpowiednio: 7,1 tys. zł, 7,5 tys. zł oraz 9,9 tys. zł¹⁵.

(akta kontroli str. 224-227)

W okresie objętym kontrolą z pracy w Oddziale odeszło ogółem czterech lekarzy orzeczników¹⁶, a zatrudniono sześciu lekarzy¹⁷.

Naczelnik Wydziału Kadrowo-Płacowego wskazała, że głównymi przyczynami odejść lekarzy orzeczników był wiek lekarzy (przejście na emeryturę), a także stan zdrowia oraz brak chęci na zawarcie kolejnej umowy.

(akta kontroli str. 218-234, 1471-1479)

Średni wiek lekarzy orzeczników wyniósł 62 lata w 2018 r. i 59 lat w 2019 r.

Spośród lekarzy orzeczników pracujących w Oddziale w 2018 r. sześciu miało ustalone uprawnienia emerytalne, a jeden miał orzeczoną stopień niepełnosprawności. Natomiast w 2019 r. czterech lekarzy miało ustalone uprawnienia emerytalne, a dwóch miało stopień niepełnosprawności.

(akta kontroli str. 224, 228-229)

Główny Lekarz Orzecznik (GLO) poinformowała, że aktualnie nie ma norm dotyczących obciążenia lekarzy orzeczników, chociaż Naczelny Lekarz Orzecznik (NLO) w piśmie z 17 lutego 2011 r. zalecił wydawanie nie mniej niż 160 orzeczeń miesięcznie na etat w sprawach rentowych.

W okresie objętym kontrolą obowiązywały normy czasowe wyznaczone przez NLO 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,
- 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,

¹⁵ Bez uwzględnienia dodatków, nagród czy dodatkowego wynagrodzenia rocznego („trzynastek”).

¹⁶ Z wyłączeniem lekarzy, z którymi rozwiązano dotychczasowy stosunek pracy i którzy zostali ponownie zatrudnieni, również przy zmianie warunków pracy, w tym okresie w Oddziale.

¹⁷ W 2018 r. z pracy odeszło trzech lekarzy, natomiast przyjęto trzy osoby na stanowisko lekarza orzecznika, a w 2019 r. z pracy odszedł jeden lekarz orzecznik, a nawiązano stosunek pracy z trzema lekarzami orzecznikami.

- od 14 kwietnia 2020 r. – 40 minut na wydanie orzeczenia na podstawie badania bezpośredniego oraz 20 minut na załatwienie sprawy w trybie zaocznym.
(akta kontroli str. 559-575)

Naczelnik Wydziału poinformowała, że ustalone normy czasowe były uwzględniane w Oddziale przy opracowywaniu harmonogramów pracy lekarzy orzeczników przy planowaniu liczby możliwych spraw do zrealizowania w danym dniu pracy. Częstotliwość badań ubezpieczonych przez lekarzy orzeczników określana jest przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego, a pracownik Departamentu wprowadza ją do systemu (aplikacji WO). W Oddziale – jak dodała – harmonogram pracy lekarzy ustalany jest w ramach narzuconej częstotliwości, a badania są wyznaczone wyłącznie w godzinach pracy danego lekarza orzecznika (przy uwzględnieniu niepełnego wymiaru czasu pracy). W aplikacji WO¹⁸ nie były odnotowywane godziny rozpoczęcia konkretnego badania (rzeczywiste czasy przeznaczone na załatwienie danej sprawy orzeczniczej). Naczelnik Wydziału wskazała, że w aplikacji WO widoczna jest jedynie godzina zapisu orzeczenia w systemie. Jednocześnie poinformowała, że *godziny badań zapisane w harmonogramie nie zawsze pokrywają się z godziną rozpoczęcia badania przez lekarza rzeczownika. W przypadkach badań bezpośrednich może wystąpić opóźnienie z powodu np. bardzo skomplikowanej poprzedniej sprawy, badania „trudnego” pacjenta, spóźnienia się pacjenta na badanie. Może też nastąpić wcześniejsze rozpoczęcie badania w sytuacji, gdy np. wcześniejszy pacjent nie zgłosił się, poprzednia sprawa była sprawą prostą i nie został wykorzystany w pełni czas przewidziany na badanie.*

Ponadto Naczelnik Wydziału wskazała, że o godzinie zaocznego wydania orzeczenia decyduje lekarz orzecznik, który w określonym dniu rozpatruje sprawy zaoczne, zgodnie z harmonogramem. Są one załatwiane w godzinach pracy, bez konieczności zachowania kolejności wykazanej w harmonogramie.

(akta kontroli str. 559-575, 1388)

W latach 2018-2019 lekarze orzecznicy nie wykonywali pracy w godzinach nadliczbowych.

(akta kontroli str. 559-575, 1388)

W okresie objętym kontrolą Dyrektor Oddziału występowała do Centrali ZUS o pięć nowych etatów dla lekarzy orzeczników w związku z wprowadzeniem od 1 października 2019 r. obowiązku wydawania orzeczeń, wynikających z wprowadzenia ustawy o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji¹⁹. Wskazano, że pozyskane dodatkowych etatów pozwoli na przyjęcie nowych lekarzy orzeczników co pozytywnie wpłynie na usprawnienie pracy i terminowość realizacji zadań. Centrala ZUS podjęła decyzję o zwiększeniu zatrudnienia lekarzy orzeczników o 3,2 etatu w Oddziale (pozostałe 1,8 etatu miało zostać uzupełnione z zasobów będących w dyspozycji Oddziału).

Dyrektor Oddziału wskazała, że o trudnościach w zatrudnieniu lekarzy była informowana Centrala ZUS, a problemy związane z pozyskaniem kandydatów na stanowisko lekarzy orzeczników były poruszane m.in. podczas spotkań Rad Regionów, które odbyły się w terminie 9-10 maja 2018 r. oraz 3 lipca 2019 r.

W trakcie posiedzenia Rady Regionu w 2018 r. Dyrektor Oddziału (jednocześnie pełniąca funkcję Z-cy Przewodniczącego Rady Regionu) zwróciła uwagę na trudną sytuację kadrową i związane z tym problemy. Dyrektor Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego (DOL) zaznaczyła, że problem zatrudnienia lekarzy orzeczników dotyczy całego kraju i trwa od kilku lat. Wskazała, że *Departament, w celu*

¹⁸ Wspomaganie orzecznictwa.

¹⁹ Dz. U. poz. 1622 ze zm. Ustawa ta weszła w życie 1 października 2019 r.

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 środowisku lekarskim.

(akta kontroli str. 253-255, 1449-1462)

W 2018 r. Oddział współpracował z 31 konsultantami: 26 lekarzami specjalistami²⁰ i pięcioma psychologami, a w 2019 r. z 34 konsultantami: 30 lekarzami specjalistami i czterema psychologami²¹.

Zgodnie z Załącznikiem nr 9 do Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń²² każdy Oddział powinien współpracować z co najmniej dwoma konsultantami posiadającymi tę samą specjalizację. W 2018 r. Oddział współpracował tylko z jednym konsultantem w przypadku sześciu dziedzin medycyny, a w 2019 r. – w przypadku 11 dziedzin.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że Oddział ZUS nie ma możliwości, potrzeby, ani też obowiązku zatrudniania lekarzy konsultantów wszystkich specjalizacji medycznych. Dodała również, że zgodnie z obowiązującymi procedurami zalecane jest zatrudnienie co najmniej dwóch lekarzy w danej dziedzinie medycyny. Niewielka liczba spraw z dziedziny gastroenterologii, otolaryngologii, diabetologii, urologii, nefrologii i reumatologii, która wymaga konsultacji powoduje brak zainteresowania lekarzy specjalistów podpisywaniem umów cywilnoprawnych. Podkreśliła, że pomimo czynionych starań, nie zawsze chęć współpracy wyrazi wystarczająca liczba lekarzy specjalistów.

(akta kontroli str. 111-115, 1449-1462, 1539-1614)

W okresie objętym kontrolą w Oddziale ogłoszono cztery konkursy na stanowiska konsultantów (jeden w grudniu 2018 r. oraz trzy w: lutym, wrześniu i październiku 2019 r.). Celem naborów przeprowadzonych w grudniu 2018 r. i październiku 2019 r. było pozyskanie lekarzy konsultantów z określonych dziedzin medycyny na następny rok. Uzasadnieniem dla przeprowadzenia dodatkowych dwóch naborów w 2019 r. na lekarzy konsultantów były, odpowiednio: potrzeba pozyskania dodatkowych lekarzy konsultantów, przede wszystkim z dziedziny ortopedii²³ oraz konieczność pozyskania większej liczby konsultantów, w związku z przewidywanym dużym wzrostem orzeczeń w związku z wprowadzeniem ustawy o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

(akta kontroli str. 115-155)

Dyrektor Oddziału wskazała, że zapotrzebowanie Oddziału w zakresie zawierania umów z lekarzami specjalistami w określonej dziedzinie medycyny były szacowane na podstawie częstotliwości występujących schorzeń u osób składających wnioski

²⁰ W 2018 r.: dziewięciu lekarzy ze specjalizacją psychiatria, pięciu z dziedziny neurologii, po dwóch z: ortopedii, kardiologii i okulistyki, po jednym z: gastroenterologii, otolaryngologii i foniatrii, diabetologii, urologii, nefrologii i reumatologii oraz pięciu psychologów.

²¹ W 2019 r.: siedmiu lekarzy ze specjalizacją psychiatria, pięciu z neurologii, trzech z okulistyki, po dwóch z: ortopedii i kardiologii, a po jednym z: gastroenterologii, otolaryngologii i foniatrii, diabetologii, urologii, nefrologii, reumatologii, chirurgii, medycyny ogólnej, medycyny pracy, anestezjologii i intensywnej terapii oraz rehabilitacji medycznej, a także czterech psychologów.

²² Wprowadzonej Zarządzeniem Nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r.

²³ Wynikało to przede wszystkim z odejścia jednego z lekarzy posiadających specjalizację z dziedziny ortopedii (1 listopada 2018 r.) oraz awansem drugiego z lekarzy ortopedów na stanowisko Zastępcy GLO (1 lutego 2019 r.) przy posiadaniu jednego lekarza o specjalizacji z ortopedii jako konsultanta (z naboru z 12 października 2018 r.).

o świadczenia. Uwzględniano przy tym również specjalizacje posiadane przez zatrudnionych już lekarzy orzeczników.

W opublikowanych ogłoszeniach o konkursach na stanowiska konsultantów wskazano (oprócz psychologów i lekarzy stomatologów) następujące dziedziny medycyny, w których kandydaci powinni posiadać tytuł specjalisty: chirurgii, dermatologii, diabetologii, gastrologii, ginekologii, kardiologii, laryngologii, medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych, nefrologii, okulistyki, ortopedii, psychiatrii, pulmonologii, reumatologii, urologii.

Nie określano liczby konsultantów ponieważ, jak wyjaśniła Naczelnik Wydziału, w ogłoszeniu dotyczącym możliwości zgłaszania ofert wstępnych zamieszczano klauzulę o możliwości odrzucenia oferty wstępnej bez podania przyczyny. *W chwili otrzymania ofert wstępnych dokonywano analizy ofert złożonych w określonej dziedzinie medycyny i wówczas porównywaliśmy z naszymi potrzebami, tj. z przeprowadzaną wcześniej analizą wniosków wpływających do Oddziału z określonym typem schorzenia.* Dodała, że w związku z brakiem wśród lekarzy specjalistów z zakresu psychiatrii i neurologii, przy równoczesnym dużym wpływie wniosków dotyczących tych schorzeń, umowy były podpisywane z wszystkimi lekarzami, którzy zgłosili oferty. Naczelnik wskazała, że pomimo wymogów proceduralnych zatrudnienia co najmniej dwóch lekarzy z określonej dziedziny medycyny, wystąpiły przypadki zgłoszenia się tylko jednego specjalisty, i zawarcia z nim umowy (dotyczyło to m.in. nefrologii, urologii, laryngologii czy diabetologii), w których to dziedzinach liczba wpływających wniosków o ustalenie niezdolności do pracy była znikoma.

(akta kontroli str. 1449-1463, 1466-1467)

W wyniku rozstrzygniętych konkursów na konsultantów, w grudniu 2017 r. zawarto umowy o dzieło z 30 konsultantami (na 2018 r.), a w grudniu 2018 r. – umowy o dzieło z 28 konsultantami (na 2019 r.). W 2019 roku w wyniku dwóch dodatkowych naborów podpisano umowy z sześcioma konsultantami. Ponadto w 2019 r. w wyniku naboru z października, zawarto umowy, obowiązujące w 2020 r. z 31 konsultantami.

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. 111-155, 1539-1614)

W okresie objętym kontrolą lekarze konsultanci wydali średniorocznie 2 480 opinii (2 053 w 2018 r. i 2 907 w 2019 r.), a psychologzy – 79 opinii (86 i 71). Średnie wynagrodzenie roczne lekarza konsultanta wyniosło 13,3 tys. zł w 2018 r. i 16,3 tys. zł w 2019 r., a psychologa, odpowiednio: 2,9 tys. zł i 3 tys. zł.

(akta kontroli str. 111-113)

W latach 2018-2019 Oddział współpracował z dwoma podmiotami w zakresie wykonywania badań dodatkowych (badania lekarskie i diagnostyczne) i z dwoma podmiotami z zakresu wykonywania badań stroboskopowych. W każdym z tych lat przed zawarciem umowy na wykonywanie badań dodatkowych, kierowano zapytanie do dwóch podmiotów świadczących tego rodzaju usługi. W przypadku umowy zawartej na 2018 r. wybrano ofertę korzystniejszą cenowo, a na 2019 r. podpisano umowę z podmiotem, który złożył ofertę.

W przypadku podjęcia współpracy w zakresie badań stroboskopowych na 2018 r., z uwagi na niską wartość zamówienia (poniżej 3,5 tys. zł brutto), propozycję

podpisania umowy na 2018 r., skierowano do jednego podmiotu, z którym ostatecznie podpisano umowę²⁴.

W celu zapewnienia usług w zakresie wykonania badań stroboskopowych na 2019 r., zapytanie ofertowe skierowano do dwóch podmiotów, a umowę zawarto z podmiotem, który jako jedyny złożył ofertę²⁵.

(akta kontroli str. 156-217)

W okresie objętym kontrolą nie kierowano ubezpieczonych na obserwacje szpitalne, ani nie zawierano umów w tym zakresie.

(akta kontroli str. 602)

W wyniku badania przeprowadzonego na losowo wybranej próbie 10 lekarzy orzeczników, 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 dziedzinach medycyny i odbyli przeszkolenie dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS²⁶. Jednakże pięciu z nich wydawało orzeczenia przed datą ukończenia wskazanego przeszkolenia, co opisano w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 232-410, 1411-1413, 1470, 1471-1479, 1480-1505)

W Oddziale nie wprowadzono i nie obowiązywały wewnętrzne normy w zakresie liczby odbytych szkoleń przez lekarzy orzecznictwa lekarskiego. W Oddziale obowiązywały wewnętrzne wytyczne ZUS regulujące kwestię szkoleń dla lekarzy orzeczników i obejmowały one m.in. szkolenia e-learningowe dla nowo przyjętych lekarzy oraz szkolenia zamieszczone na stronie Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego, szkolenia pięciodniowe w Centrali ZUS, cykliczne spotkania lekarzy orzeczników z Oddziałów Chrzanów, Kraków, Tarnów, Nowy Sącz²⁷, Kielce, szkolenia dla GLO i Przewodniczących Komisji Lekarskich w Centrali ZUS, czy szkolenia indywidualne lekarzy wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.

W 2018 r. Oddział zorganizował i przeprowadził 20 szkoleń wewnętrznych dla lekarzy orzeczników, w których wzięło udział łącznie 126 osób, a w 2019 r. 15 szkoleń, w których wzięło udział łącznie 115 osób. W okresie objętym kontrolą przeprowadzono dziewięć szkoleń z zakresu prewencji rentowej ZUS/rehabilitacji leczniczej, w których uczestniczyli lekarze orzecznicy Oddziału lub sam GLO.

W latach 2018-2019 lekarze orzecznicy uczestniczyli w szkoleniach regionalnych organizowanych przez oddziały ZUS w: Chrzanowie, Tarnowie i Nowym Sączu, jak również w szkoleniach organizowanych przez Centralę ZUS i inne instytucje (np. Uniwersytet Śląski, Polski Instytut Kontroli Wewnętrznej). W 2018 r. w 15 takich szkoleniach uczestniczyło sześć osób, a w 2019 r. w pięciu szkoleniach sześć osób. Spośród 14 lekarzy orzeczników, którzy pracowali w Oddziale w latach 2018-2019, wszyscy uczestniczyli w tym okresie przynajmniej w jednym szkoleniu.

(akta kontroli str. 411-559)

²⁴ Na podstawie §41 ust. 1 Zasad dokonywania zakupów w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (Załącznik do zarządzenia nr 39 Prezesa ZUS z dnia 12 lipca 2016 r.) odstąpiono od analizy rynku, zapytań ofertowych oraz negocjacji.

²⁵ Zgodnie z §31 ust. 1 Instrukcji Zamówień / Załącznik nr 4 Procedury 14.1 Realizacja Zakupów obowiązujący od 1 stycznia 2018 r.

²⁶ Zgodnie z treścią §11 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (Dz. U z 2017 r. poz. 1923).

²⁷ 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 dla Oddziału w Chrzanowie) zostało poproszonych o koordynację współpracy lekarzy orzecznictwa lekarskiego dla poszczególnych regionów.

W Oddziale lekarze orzecznicy mieli możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez skorzystanie z przysługującego im trzydniowego urlopu zawodowego/szkoleniowego, przyznawanego zgodnie z obowiązującym w ZUS Regulaminem pracy²⁸. W latach 2018-2019 sześciu lekarzy nie skorzystało z urlopu szkoleniowego.

(akta kontroli str. 469)

W okresie objętym kontrolą żaden z zatrudnionych w Oddziale lekarzy orzeczników nie podnosił kwalifikacji zawodowych w zakresie uzyskania kolejnej specjalizacji bądź uzyskania tytułu naukowego (prof. n. med., dr / dr hab. n. med.).

(akta kontroli str. 230)

W okresie objętym kontrolą Oddział inicjował oraz prowadził działalność informacyjno-promocyjną, dotyczącą działań ZUS oraz systemu ubezpieczeń społecznych. Żadne z wymienionych działań w latach 2018–2019 nie obejmowało problematyki rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.

W roku 2018 podjęto 36 działań o charakterze informacyjno-promocyjnym, a w roku 2019 – 20 takich działań (w formie lekcji, warsztatów, spotkań oraz wydarzeń). Inicjatorem działań informacyjno-promocyjnych był zarówno Oddział wraz z inspektoratami, jak i Oddział ZUS w Krakowie oraz Centrala ZUS²⁹.

Celem podjętych inicjatyw było przede wszystkim *budowanie pozytywnego wizerunku ZUS, nawiązanie współpracy i ustalenie zasad współpracy z kołami PZERiI³⁰, popularyzacja wiedzy z zakresu ubezpieczeń społecznych wśród różnych grup społecznych, czy zawodowych: uczniów, młodzieży, studentów, nauczycieli, lekarzy, opiekunów osób niepełnosprawnych, seniorów, itp.*

(akta kontroli str. 61-79)

W poszczególnych latach objętych kontrolą wykonanie wydatków³¹ Oddziału wyniosło odpowiednio 57 801 tys. zł oraz 65 127 tys. zł. W podanych kwotach 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 Oddziału³².

W latach 2018-2019 wykonanie planu finansowego Oddziału (w zakresie wydatków planowanych na poziomie Oddziału) wyniosło, odpowiednio: 54 613 tys. zł (97,8% planu) oraz 60 319 tys. zł (97,2% planu).

Plan finansowy Oddziału³³ na 2020 r. ustalono na poziomie 61 889 tys. zł.

(akta kontroli str. 220-223, 622-774)

W 2018 r. wykonanie planu finansowego Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji w zakresie obsługi postępowań orzeczniczych³⁴ wyniosło 519 tys. zł (86,2% planu), a w 2019 r. 677 tys. zł (68,% planu). Plan finansowy Wydziału na 2020 r. wyniósł 600 tys. zł.

Plan finansowy Wydziału ustalony został w roku 2018 na 602 tys. zł, a w roku 2019 na 984 tys. zł. Niepełne wykonanie planu finansowego Wydziału wynikało przede

²⁸ Wprowadzonym Zarządzeniem Prezesa ZUS nr 38 z 13 grudnia 2004 r. ze zm.

²⁹ Z inicjatywy Centrali ZUS w roku 2018 działań informacyjno-promocyjnych podjęto dziewięć, a w roku następnym – dwa. Z kolei Oddział ZUS w Krakowie podjął takich działań jeden raz (2019 r.).

³⁰ Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów.

³¹ Z wyłączeniem wydatków inwestycyjnych.

³² Na podstawie procedury Planowanie i wykonanie budżetu, wprowadzoną Zarządzeniem Nr 53 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017r.

³³ Plan po zmianach (z wyłączeniem wydatków inwestycyjnych). Wg stanu na 9 września 2020 r.

³⁴ 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 wzywanych na badania lekarskie oraz tłumaczenia.

wszystkim z mniejszej niż planowano ilości sporządzanych opinii przez konsultantów oraz mniejszymi wydatkami na zwrot kosztów przejazdu osobom wezwanym na badania.

(akta kontroli str. 220-223,622-774)

W latach 2018-2019 pozostałe koszty związane z działalnością orzeczniczą (nieujęte w kosztach funkcjonowania Wydziału) wyniosły odpowiednio 1 908 tys. zł oraz 2 308 tys. zł. Największą pozycję tych kosztów stanowiły wynagrodzenia, które wyniosły w 2018 r. 1 345 tys. zł (70,4%), a w 2019 r. 1 667 tys. zł (72,2%). Do pozostałych kosztów zaliczono również m.in. pochodne od wynagrodzeń, świadczenia na rzecz pracowników, koszty najmu i utrzymania budynków/pomieszczeń i lokali, zużycie energii, czy usługi pocztowe i bankowe.

(akta kontroli str. 220-223, 622-774)

W latach 2018-2019 w Oddziale przeprowadzono jedną kontrolę zewnętrzną, zrealizowaną w 2018 r. przez Archiwum Państwowe w Katowicach.

W roku 2018 Centrala ZUS przeprowadziła w Oddziale sześć kontroli wewnętrznych, a w roku 2019 – jedną. Jedną z przeprowadzonych w 2018 r. kontroli dotyczyła działalności głównego lekarza orzecznika, oceny orzeczeń o niezdolności do pracy, organizacji pracy orzecznictwa lekarskiego. W wyniku analizy 159 spraw stwierdzono pięć przypadków (3,1%) braku zgodności ustaleń orzecznich z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności lekarzy orzeczników, wskutek czego nastąpiła konieczność przekazania spraw do ponownego rozpatrzenia. W związku ze stwierdzeniem takich nieprawidłowości w poprzedniej kontroli ZUS (2015 r.), sformułowano jedno zalecenie w zakresie „podjęcia intensywnych działań w ramach nadzoru głównego lekarza orzecznika, które skutecznie wyeliminują nieprawidłowości w zakresie ustaleń orzecznich powodujących konieczność skierowania sprawy do ponownego rozpatrzenia”. Dyrektor Oddziału poinformowała o realizacji zaleceń przez systematyczne (zwykle dwukrotnie w miesiącu) spotkania lekarzy, wzmożenie nadzoru nad treścią merytoryczną orzeczeń, jak i wzmożony nadzór merytoryczny nad pracą nowych lekarzy oraz analizę przyczyn uchyleń orzeczeń i ich zmiany przez komisje lekarskie, w tym podejmowanie działań mających na celu unikanie powtarzających się błędów.

(akta kontroli str. 80-110, 1448).

Wydział Kontroli Wewnętrznej Oddziału³⁵ przeprowadził w 2018 r. dziewięć kontroli wewnętrznych, w roku 2019 – osiem. Ponadto przełożeni komórek organizacyjnych przeprowadzili w 2018 r. 21, a w 2019 r. 18 tzw. *kontroli wewnętrznych funkcjonalnych zwierzchnich*. Żadna z powyższych kontroli wewnętrznych nie dotyczyła tematyki rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.

(akta kontroli str. 80-110)

Badanie spełnienia obowiązku przeprowadzenia przez GLO/ZGLO analizy dokumentacji stanowiącej podstawę do wydania orzeczenia lub opinii na poziomie co najmniej 60% spraw w miesiącu, przeprowadzone na przykładzie sześciu ostatnich miesięcy 2019 r. wykazało, że wskaźnik ten w każdym miesiącu wyniósł powyżej 60%³⁶.

(akta kontroli str. 576-600, 1413-1414, 1473-1479)

³⁵ Zgodnie z załącznikiem nr 2 do Zarządzenia nr 1 Prezesa ZUS z 2 stycznia 2020 r. w sprawie zmian w Regulaminie organizacyjnym ZUS (...) Wydział Kontroli Wewnętrznej w Oddziale w Chrzanowie został zlikwidowany z dniem 30 kwietnia 2020 r. w związku z utworzeniem Centrum Kontroli Wewnętrznej w Chorzowie, które swoim zasięgiem objęło również Oddział w Chrzanowie.

³⁶ W lipcu 2019 r. wyniósł on - 91,01%, w sierpniu - 89,56%, we wrześniu 78,20%, w październiku - 70,63%, w listopadzie 87,56%, a w grudniu 62,30%.

W latach 2018-2019 do Oddziału wpłynęło łącznie 25 skarg, przy czym tylko jedna z nich dotyczyła rehabilitacji leczniczej realizowanej przez ZUS w ramach prewencji rentowej. Skarga ta dotyczyła przebiegu przeprowadzonego badania lekarskiego. Została uznana za niezasadną, o czym poinformowano skarżącego w formie oraz w terminie zgodnym z art. 237 oraz 238 §1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego³⁷. W okresie objętym kontrolą nie wpłynęły do Oddziału żadne wnioski (złożone w trybie Kpa).

(akta kontroli str. 80-110, 1615-1697, 1742)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Pięciu z sześciu lekarzy, którzy zostali zatrudnieni w Oddziale w latach 2018-2019, wydało orzeczenia przed ukończeniem przeszkolenia dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników, co było niezgodne z §11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. Wskazani lekarze wydawali orzeczenia odpowiednio 35 dni, 17 dni, 14 dni, jeden dzień przed datą ukończenia szkolenia, a w ostatnim omawianym przypadku, w tym samym dniu, w którym miało zostać zakończone szkolenie.

Z treści §11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy wynika, że lekarzem orzecznikiem może być lekarz, który jest specjalistą i odbył przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa Zakładu.

Naczelnik Wydziału wyjaśniła, że szkolenie nowo zatrudnionych lekarzy prowadzone jest również przez GLO lub jego zastępcę, a każda sprawa, co do której wydano orzeczenie przed datą zakończenia szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy, była omawiana indywidualnie z lekarzem orzecznikiem. Dodała, że wydanie orzeczeń każdorazowo nadzorował GLO, co, według niej, jest dobrą formą dodatkowego szkolenia nowo zatrudnionych lekarzy. Poinformowała również, że wszystkie wydane przez tych lekarzy orzeczenia lekarskie w sprawach samej rehabilitacji leczniczej wydane były po zakończeniu szkolenia dla nowo zatrudnionych lekarzy.

(akta kontroli str. 232-233, 497-559, 1413, 1473-1479)

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

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą zadania w zakresie rehabilitacji leczniczej Oddział realizował przy niepełnej obsadzie kadrowej, co wynikało przede wszystkim z trudności w pozyskaniu lekarzy orzeczników. Podejmowane działania na rzecz uzupełnienia zatrudnienia nie były w pełni skuteczne, z proponowanych w ramach 12 naborów 37,7 etatu, uzupełniono jedynie 5,7 etatu w ramach ośmiu naborów. Zauważyć należy, że w okresie objętym kontrolą liczba wszystkich wydanych orzeczeń w Oddziale wzrosła o 2387 orzeczeń (o 13,9%).

³⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 256 ze zm. (dalej: Kpa).

2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą Oddział wydał 4028 orzeczeń w sprawie rehabilitacji leczniczej, z tego 3464 orzeczeń zostało wydanych w wyniku skierowania lekarza leczącego, 465 w związku z ustaleniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, 52 w związku z ustaleniem niezdolności do pracy do celów rentowych, a 47 w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich.

(akta kontroli str. 220-223)

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.:

- I grupa: 18 spraw, w których lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji³⁸,
- II grupa: 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 przypadłościami, na które miał być rehabilitowany,
- III grupa: 18 spraw, w których wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji, a wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana),
- IV grupa: 18 spraw, w których wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji, a wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał świadczenie rehabilitacyjne,
- V grupa: 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 na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne³⁹.

We wszystkich sprawach, dotyczących wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej, fakt przeprowadzenia przez GLO lub Zastępcę GLO (ZGLO) analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia został odnotowany na egzemplarzu orzeczenia znajdującym się w aktach sprawy oraz w aplikacji WO

(akta kontroli str. 785-786, 790-1155, 1774-1819)

W 72 z 90 badanych orzeczeń GLO przydzielił sprawy lekarzom orzecznikom poprzez losowanie w aplikacji WO. W pozostałych 18 przypadkach sprawy zostały przydzielone lekarzom z pominięciem losowania (we wszystkich przypadkach sporządzono uzasadnienie w aplikacji WO).

(akta kontroli str. 785-786, 790-1155, 1446-1447)

³⁸ Do kontroli wybrano sprawy, w których lekarz orzecznik uznał rehabilitację za niecelową, tj. osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokuje odzyskania zdolności do pracy.

³⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 277. Dalej: rozporządzenie w sprawie rehabilitacji leczniczej.

Spośród 90 orzeczeń⁴⁰ objętych szczegółowym badaniem 87 (96,6%) zostało wydanych na podstawie wniosków wystawionych przez lekarza leczącego, a trzy (3,3%) przy okazji orzekania o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego.

(akta kontroli str. 775-784, 790-1155)

Spośród 90 badanych orzeczeń, 24⁴¹ (26,6%) zostały wydane przez lekarzy orzeczników o specjalności innej niż typ schorzenia. W żadnej z tych 90 spraw nie zlecano badań dodatkowych. Stwierdzone przypadki dotyczyły orzeczeń wydanych przez lekarzy o specjalności pulmonologia w sprawach dotyczących schorzeń narządu ruchu, czy układu krążenia oraz przez lekarza o specjalności choroby zakaźne w sprawach dotyczących schorzeń narządu ruchu. We wszystkich 24 sprawach orzeczenie wydano na podstawie dokumentacji medycznej. W trzech sprawach GLO nie przeprowadził analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia lub opinii i nie zgłosił zarzutu wadliwości. GLO wyjaśniła, że Procedura 9.1 regulująca wydawanie orzeczeń w ZUS nie nakłada obowiązku orzekania o prewencji przez specjalistę z zakresu rehabilitacji leczniczej, a *zarówno lekarz orzecznik pulmonolog, jak i lekarz orzecznik specjalista chorób zakaźnych są lekarzami z ponad dwudziestoletnim stażem orzeczniczym w ZUS. Dodatkowo lekarz pulmonolog została zaakceptowana i przeszkolona przez Centralę Zakładu do prowadzenia w naszym Oddziale programu rehabilitacji kompleksowej.* Wyjaśniła, że przydział spraw do lekarzy orzeczników następuje w jednoznacznie ustalony sposób, tj. w drodze losowej w aplikacji WO. Z kolei kierowanie do lekarzy konsultantów na dodatkowe badania *może mieć miejsce jedynie w wyjątkowych przypadkach i w szczególnie skomplikowanych sprawach przy rozpatrywaniu wniosków o świadczenia długoterminowe. Do takich świadczeń prewencja ZUS nie zalicza się.* Jednocześnie podniosła, że to do strony występującej do ZUS należy przedłożenie niezbędnych dokumentów pozwalających lekarzowi na ocenę stanu zdrowia, gdyż ZUS nie jest instytucją diagnozującą (jak przychodnie czy szpitale), ale orzekającą. Odniosła się również do faktu, że takie kierowanie przez lekarzy orzeczników na badania dodatkowe, przy rozpatrywaniu wniosków o prewencję ZUS, mogłoby naruszyć ustawę o finansach publicznych przez niewłaściwe gospodarowanie środkami finansowymi. Stwierdziła, że *każdy lekarz orzecznik posiada wiedzę i kompetencje do orzekania o zasadności/niezasadności leczenia w ramach prewencji ZUS, które wynikają z posiadanego wykształcenia, praktyki zawodowej, ukończonej specjalizacji, ustawicznego szkolenia (do którego jest zobowiązany), szkoleń z zakresu orzecznictwa zarówno na szczeblu Centralnym jak i Oddziałowym (...). Rehabilitacja w ramach prewencji ZUS ma służyć poprawie stanu zdrowia, co w wielu wypadkach uzyskano.* GLO podkreśliła, że poprawa natomiast nie jest synonimem odzyskania zdolności do pracy, na którą to zdolność składa się szereg czynników zarówno biologicznych, jak również socjalnych i społecznych.

(akta kontroli str. 775-784, 1419-1425, 1539-1614)

Spośród 90 analizowanych spraw w trzech sprawach (3,3%) w opiniach lekarskich lekarzy orzeczników odniesiono się do możliwości przekwalifikowania

⁴⁰ 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, 4) wnioskodawca pobierał renty, wszystkie analizowane orzeczenia zostały wydane na podstawie wniosków wystawionych przez lekarza leczącego (72 z 72). W grupie 18 spraw, w których wnioskodawca pobierał świadczenie rehabilitacyjne, 15 orzeczeń zostało wydanych na podstawie wniosków wystawionych przez lekarza leczącego, a trzy przy okazji orzekania o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego.

⁴¹ W przypadku grupy I: takich orzeczeń było siedem, w grupie II: sześć, w grupie III: trzy, w grupie IV – trzy, a w grupie V – pięć.

zawodowego⁴², a w 33 sprawach (36,6%)⁴³ do tego, że badany rokuje (lub nie) poprawę lub odzyskanie zdolności do pracy. Brak było w uzasadnieniach opinii lekarskich informacji w jakim czasie rokuje poprawę lub odzyskanie zdolności do pracy.

GLO wyjaśniła, że samo skierowanie na rehabilitację nie pociąga za sobą konieczności kierowania ubezpieczonego na przekwalifikowanie zawodowe. Przekwalifikowanie zawodowe bierze się *pod uwagę wyłącznie w przypadkach, w których rehabilitacja lecznicza nie pozwoli uzyskać poprawy w stopniu umożliwiającym odzyskanie pełnej sprawności do pracy, dlatego orzecznicy najczęściej nie mają podstaw do odnoszenia się w uzasadnieniu do konieczności przekwalifikowania zawodowego.*

Zdaniem GLO, z uwagi na to, że poprawa stanu ubezpieczonego nie jest równoznaczna z odzyskaniem zdolności do pracy, konieczność korzystania z rehabilitacji może wymagać kilkukrotnego kierowania na to leczenie. Stąd też – według wskazań GLO - lekarz orzecznik nie widzi dodatkowej konieczności uzasadniania kierowania na ten rodzaj leczenia. GLO stwierdziła, że przy uwzględnieniu wieloletniego doświadczenia orzeczniczego lekarze orzecznicy najczęściej nie widzą dodatkowej konieczności uzasadniania kierowania osób na ten rodzaj leczenia. Sam fakt skierowania na rehabilitację wskazuje, że ubezpieczony rokuje odzyskanie zdolności do pracy natomiast okres ten jest uzależniony od rodzaju schorzenia i trudny do przewidzenia w chwili badania przez lekarza orzecznika w ZUS.

W 65 sprawach (90,2%) z 72, w których wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji, kierowanie osób na rehabilitację leczniczą do ośrodków rehabilitacyjnych odbyło się zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz Procedury 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej⁴⁴. Jednakże w dwóch sprawach rejestracja wniosku o rehabilitację i założenie sprawy, nastąpiła z opóźnieniem⁴⁵, co zostało szerzej przedstawione w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 775-784, 790-1155, 1466-1467, 1506-1530)

W pięciu przypadkach (6,9%) z 72 zbadanych spraw termin obsługi wniosku o rehabilitację leczniczą był dłuższy niż 8 dni (okres od daty wpływu do ZUS do jego emisji), co szczegółowo przedstawiono w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*.

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

(akta kontroli str. 790-1155, 1466-1467)

Analiza próby 18 spraw, które zakończyły się wydaniem orzeczenia lekarskiego o braku potrzeby rehabilitacji (grupa I), wykazała, że:

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed wydaniem orzeczenia wyniosła 145,6 tys. zł, a w okresie roku po wydaniu orzeczenia 137,9 tys. zł (spadek o 5,2%), w tym kwota naliczonych składek na

⁴² Dotyczy po jednym przypadku z trzech grup spraw: 1) grupa III: wnioskodawca pobierał zasiłki chorobowe, 2) grupa IV: wnioskodawca pobierał świadczenia rehabilitacyjne oraz 3) grupa V: wnioskodawca pobierał renty okresowe.

⁴³ W przypadku grupy spraw, w których wnioskodawca pobierał renty, w 10 z nich lekarz wskazał w orzeczeniu na to, czy badany rokuje poprawę lub odzyskanie zdolności do pracy, lub/i w jakim charakterze. W grupie spraw, w których wnioskodawca pobierał świadczenia rehabilitacyjne, jak i w grupie spraw, w których wnioskodawca nie pobierał żadnych świadczeń – po siedem. takich a z kolei w grupie spraw, w których wnioskodawca pobierał zasiłki chorobowe – 6. W grupie spraw, w których lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji – takich wskazań w orzeczeniu było trzy.

⁴⁴ Rejestracja wniosku o rehabilitację i założenie sprawy, nastąpiła nie później niż w następnym dniu roboczym od daty wpływu wniosku do Zakładu.

⁴⁵ Dotyczy przypadków: a) Grupa II – Nie korzystał ze świadczeń – badanie 2 (rejestracja 4. dnia); b) Grupa V – Renty – badanie nr 5 (rejestracja 4. dnia).

ubezpieczenie rentowe wyniosła odpowiednio 37,1 tys. zł i 33,1 tys. zł (spadek o 10,7%);

- w okresie roku przed wydaniem orzeczenia wszystkie osoby objęte próbą pobierały świadczenia z tytułu niezdolności do pracy średnio przez 182 dni (łącznie 3 276 dni), których wysokość wyniosła średnio 8,9 tys. zł (łącznie 159,3 tys. zł), natomiast w okresie roku po wydaniu orzeczenia 14 osób pobierało świadczenia średnio przez 216 dni (łącznie 3033 dni), których wysokość wyniosła średnio 16,3 tys. zł (łącznie na kwotę 228,1 tys. zł);
- w okresie jednego roku po wydaniu orzeczenia cztery osoby nie pobierały żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy (osoby te były zatrudnione, w tym jedna osoba pobierała również emeryturę – zarówno przed, jak i po wydaniu orzeczenia);
- siedem osób pobierało zasiłki chorobowe (będąc zatrudnionym), sześć kolejnych osób pobierało renty okresowe (przy czym cztery z nich jednocześnie były zatrudnione), a jedna pobierała rentę stałą.

(akta kontroli str. 775-784)

Analiza próby 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierał żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany (grupa II)⁴⁶, wykazała, że:

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed rehabilitacją⁴⁷ wyniosła 268 tys. zł, a w okresie roku po rehabilitacji 279,1 tys. zł (wzrost o 4,1%), w tym kwota naliczonych składek na ubezpieczenie rentowe wyniosła odpowiednio 71,4 tys. zł i 71,8 tys. zł (wzrost o 0,6%);
- w okresie jednego roku przed rehabilitacją siedem osób nie pobierało żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, a pozostałe 11 osób przebywało ogółem na zwolnieniach lekarskich przez ogółem 203 dni⁴⁸ (kwota wypłaconych świadczeń wyniosła 25,4 tys. zł), natomiast w okresie jednego roku po zakończeniu rehabilitacji 11 osób nie pobierało żadnych świadczeń, a siedem osób pobierało zasiłek chorobowy przez okres 299 dni (przy czym sześć osób przebywało na zwolnieniach lekarskich przez łącznie 201 dni w związku ze schorzeniami, na które nie byli rehabilitowani, a jedna osoba przebywała na zwolnieniu lekarskim m.in. z kodem choroby, na który była rehabilitowana⁴⁹ przez 98 dni). Kwota wypłaconych świadczeń dla wskazanych siedmiu osób wyniosła ogółem 17,4 tys. zł i była o 31,5% mniejsza niż w okresie wcześniejszym;
- według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji w przypadku 13 osób (88,9%) nastąpiła poprawa stanu zdrowia, w przypadku czterech osób ich stan zdrowia pozostał bez zmian, a u jednej nastąpiło pogorszenie (przebywała na zwolnieniu lekarskim przez 98 dni w okresie roku po rehabilitacji);
- jedna z pracujących osób miała ustalone prawo do emerytury i pobierała świadczenie emerytalne;

(akta kontroli str. 775-784)

⁴⁶ W grupie tej były osoby, w przypadku których podana liczba dni i wysokość świadczeń z tytułu niezdolności do pracy dotyczyła również okresu pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym. Świadczenia pobierane przez ubezpieczonych za okres przed rozpoczęciem rehabilitacji dotyczyły innych schorzeń (kodu choroby), niż schorzenia, z których byli rehabilitowani.

⁴⁷ Wykazywane dane dotyczyły okresu roku (365 dni) przed zakończeniem rehabilitacji lub roku po zakończeniu rehabilitacji.

⁴⁸ W przypadku jedenastu osób termin zwolnienia lekarskiego dotyczył również okresu turnusu rehabilitacyjnego, lub dotyczył innej jednostki chorobowej, niż ubezpieczeni byli rehabilitowani.

⁴⁹ Okres przebywania na trzech zwolnieniach lekarskich na ten sam kod choroby co była rehabilitowana wyniósł 59 dni (od 18 sierpnia 2018 r. do 4 września 2018, od 5 września 2018 r. do 26 września 2018 i od 27 września 2018 r. do 10 października 2018 r.)

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

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed rehabilitacją wyniosła 183,1 tys. zł, a w okresie roku po rehabilitacji 188,1 tys. zł (wzrost o 2,7%), w tym kwota naliczonych składek na ubezpieczenie rentowe wyniosła odpowiednio 46,7 tys. zł i 48,1 tys. zł (wzrost o 2,9%);
- w okresie jednego roku przed zakończeniem rehabilitacji 18 osób pobierało świadczenia z tytułu niezdolności do pracy średnio przez 124 dni (łącznie 2244 dni), których wysokość wyniosła średnio 9,2 tys. zł (łącznie 166,5 tys. zł), natomiast w okresie jednego roku po zakończeniu rehabilitacji dwie osoby nie pobierały żadnych świadczeń, a pozostałe 16 osób pobierało świadczenia średnio przez 57 dni (łącznie 914 dni), których wysokość wyniosła średnio 4,4 tys. zł (łącznie 61,8 tys. zł – spadek o 62,8% w stosunku do wcześniejszego okresu);
- według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji w przypadku 16 osób (88,9%) nastąpiła poprawa stanu zdrowia, stan zdrowia kolejnych dwóch osób (11,1%) pozostał bez zmian;
- 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 z prawem do zasiłku (pobierała również w tym okresie świadczenia rehabilitacyjne);
- wśród wskazanych 17 pracujących osób, dwie osoby nie pobierały żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w okresie roku po rehabilitacji, 11 pobierało tylko zasiłek chorobowy, trzy zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne, jedna tylko świadczenie rehabilitacyjne;

(akta kontroli str. 775-784)

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

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed rehabilitacją wyniosła 33,8 tys. zł, a w okresie roku po rehabilitacji 95,7 tys. zł (wzrost o 183,1%), w tym kwota naliczonych składek na ubezpieczenie rentowe wyniosła odpowiednio 8,6 tys. zł i 24 tys. zł (wzrost o 179%);
- w okresie jednego roku przed zakończeniem rehabilitacji wszystkie osoby pobierały zasiłek chorobowy oraz świadczenie rehabilitacyjne przez średnio 330 dni (łącznie 5939 dni), których wysokość wyniosła średnio 28,3 tys. zł (łącznie 509,5 tys. zł);
- w okresie jednego roku po zakończeniu rehabilitacji trzy osoby nie pobierały żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy⁵⁰, a 15 osób pobierało świadczenia (zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne lub rentę okresową) średnio 181 dni (łącznie 2717 dni), których wysokość wyniosła średnio 10,6 tys. zł (łącznie 149 tys. zł – spadek w stosunku do wcześniejszego okresu o 241,9%);
- według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji w przypadku 10 osób stan zdrowia pozostał bez zmian (55,5%), a u ośmiu osób (44,4%) nastąpiła poprawa stanu zdrowia;

⁵⁰ Przy czym jedna osoba była bezrobotną bez prawa do zasiłku, a w przypadku kolejnej osoby przyznane przed rehabilitacją świadczenie rehabilitacyjne zakończyło się pięć dni po rehabilitacji (zostało wypłacone przed rozpoczęciem rehabilitacji).

- 16 osób w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji było zatrudnionych lub prowadziło działalność gospodarczą, a dwie osoby były na świadczeniu rehabilitacyjnym (z czego jedna stałą się osobą bezrobotną z prawem do zasiłku);
- spośród 18 badanych osób, w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji, 14 osób pobierało zasiłek chorobowy i/lub świadczenie rehabilitacyjne, a cztery osoby świadczenie rehabilitacyjne i rentę okresową.
- dziewięć spośród 15 osób pobierających jakiegokolwiek świadczenie po rehabilitacji, w okresie roku po rehabilitacji była niezdolna do pracy z tej samej jednostki chorobowej, na którą była rehabilitowana.

(akta kontroli str. 775-784)

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

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed rehabilitacją wyniosła 33,3 tys. zł, a w okresie roku po rehabilitacji 31,1 tys. zł (spadek o 6,6%), w tym kwota naliczonych składek na ubezpieczenie rentowe wyniosła odpowiednio 9,4 tys. zł i 8 tys. zł (spadek o 14,8%);
- w okresie jednego roku przed zakończeniem rehabilitacji wszystkie osoby pobierały świadczenia z tytułu niezdolności do pracy średnio przez 349 dni (łącznie 6290 dni), których wysokość wyniosła średnio 17,8 tys. zł (łącznie 333,8 tys. zł), natomiast w okresie jednego roku po zakończeniu rehabilitacji średnio przez 342 dni (łącznie 6167 dni), których wysokość wyniosła średnio 19,4 tys. zł (łącznie 349,5 tys. zł – wzrost o 4,7%);
- według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji w przypadku 12 osób (66,7%) nastąpiła poprawa stanu zdrowia, stan zdrowia kolejnych sześciu osób (33,3%) pozostał bez zmian;
- sześć osób w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji było zatrudnionych lub prowadziło działalność gospodarczą oraz jednocześnie pobierało rentę okresową, dziesięć osób pobierało tylko rentę okresową, jedna osoba przeszła na rentę stałą⁵¹, a kolejna osoba w tym okresie utraciła pracę i pobierała zasiłek dla bezrobotnych (osoba ta w okresie tym pobierała również rentę okresową). Wśród wskazanych sześciu zatrudnionych osób jedna z nich w ciągu roku po rehabilitacji przeszła na emeryturę;
- wszystkie 18 osób w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji pobierały renty okresowe lub rentę stałą (jedna osoba), a dziewięć osób (50%) pobierało to świadczenie na schorzenie, na które byli rehabilitowani. Jednocześnie ośrodki rehabilitacyjne w przypadku sześciu ze wskazanych dziewięciu osób odnotowały poprawę stanu zdrowia, a w przypadku pozostałych trzech, nie odnotowano zmian stanu zdrowia.

(akta kontroli str. 775-784)

Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej prowadzony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest skierowany do osób w wieku produkcyjnym, które w wyniku następstw chorób i urazów są zagrożone utratą zdolności do pracy, ale rokują odzyskanie tej zdolności po zastosowaniu odpowiedniego leczenia rehabilitacyjnego, mają zatem szansę powrotu do pracy zarobkowej. Coroczne badania statystyczne prowadzone przez ZUS osób poddanych rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, mają m.in. na celu ocenę skuteczności

⁵¹ W opinii ośrodka rehabilitacyjnego wskazano na poprawę stanu funkcjonalnego pacjenta po zakończeniu rehabilitacji.

rehabilitacji leczniczej mierzonej odsetkiem ubezpieczonych, którzy po zakończeniu rehabilitacji nie korzystali z żadnych świadczeń z ubezpieczenia społecznego w okresie 12 miesięcy od daty zakończenia rehabilitacji.

Poziom skuteczności rehabilitacji leczniczej⁵² w zbadanej próbie 72 osób, mierzonej na podstawie faktu pobierania (lub nie) świadczeń z ubezpieczenia społecznego w okresie 12 miesięcy po zakończeniu leczenia w ośrodku rehabilitacyjnym, wyniósł 22,2%, przy czym różnił się w poszczególnych grupach analizowanych spraw i wynosił: 61,1% w grupie 18 osób, które przed rehabilitacją nie pobierały żadnych świadczeń⁵³, 11,1% w grupie 18 osób pobierających wcześniej zasiłki chorobowe (związane z przypadłościami, na które miały być rehabilitowane), 16,7% w grupie 18 osób pobierających wcześniej świadczenie rehabilitacyjne, a 0% w grupie 18 osób pobierających przed rehabilitacją rentę okresową.

W przypadku II grupy badanych przypadków, 11 (61,1%) osób na 18 w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji było zatrudnionych (nie pobierały żadnych świadczeń), przy czym jedna z nich miała ustalone prawo do emerytury i pobierała świadczenie emerytalne. Siedem osób pobierało zasiłek chorobowy przez okres 299 dni (przy czym sześć osób przebywało na zwolnieniach lekarskich przez łącznie 201 dni w związku ze schorzeniami, na które nie byli rehabilitowani, a jedna osoba przebywała – po stwierdzonym pogorszeniu stanu zdrowia po pobyciu na turnusie rehabilitacyjnym - przez 98 dni na zwolnieniu lekarskim m.in. z kodem choroby, na który była rehabilitowana).

Z kolei w III badanej grupie, spośród 18 osób, które pobierały zasiłek chorobowy, 16 z nich było zatrudnionych lub prowadziło działalność gospodarczą w okresie jednego roku po rehabilitacji, jednocześnie cztery były przez różny okres osobami bezrobotnymi. W czterech przypadkach na 18 zbadanych osób osoby te pobierały świadczenia rehabilitacyjne, jednakże nie wystąpiły przypadki pobierania renty okresowej lub stałej. W grupie tej ponadto stwierdzono, że po zakończeniu rehabilitacji poprawa nastąpiła aż u 16 osób (88,9%), stan zdrowia pozostałych dwóch osób (11,1%) pozostał bez zmian;

W przypadku IV badanej grupy, 18 osób, które pobierały świadczenie rehabilitacyjne, 16 osób w okresie roku po rehabilitacji było zatrudnionych/prowadziło działalność, a pięć osób pobierało renty okresowe. Spośród 18 badanych osób, w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji, 14 osób pobierało zasiłek chorobowy i/lub świadczenie rehabilitacyjne, a 4 osoby świadczenie rehabilitacyjne i rentę okresową. Ponadto dziewięć spośród 15 osób pobierających jakiegokolwiek świadczenie po rehabilitacji, w okresie roku po rehabilitacji była niezdolna do pracy z tej samej jednostki chorobowej, na którą była rehabilitowana.

W ostatniej badanej grupie, spośród 18 osób, które pobierały rentę okresową, pomimo faktu, że według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji w przypadku 12 osób (66,7%) nastąpiła poprawa stanu zdrowia, a stan zdrowia kolejnych sześciu osób (33,3%) pozostał bez zmian, to jednak 17 osób nadal pobierało rentę okresową w tym okresie a jedna rentę stałą. Sześć osób, które pobierały w tym okresie jednego roku po rehabilitacji rentę okresową, znalazło zatrudnienie (w tym prowadząc działalność gospodarczą).

⁵² 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 25 września 2020 r.).

⁵³ W grupie tej znalazły się 11 osób, które pobierały zasiłek chorobowy przed zakończeniem rehabilitacji, ale pobierały go w okresie obejmującym pobyt na rehabilitacji albo przed nim, jednak z innego kodu choroby niż były rehabilitowane.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że skuteczność rehabilitacji zależy od wielu czynników, w tym rodzaju schorzeń, stopnia ich zaawansowania, długości trwania procesu chorobowego, stosowanego leczenia, w tym również leczenia rehabilitacyjnego, charakteru wykonywanej pracy, wieku osoby skierowanej na ten rodzaj leczenia. Jednocześnie stwierdziła, że w przypadku grupy osób aktywnych zawodowo (grupa II badanej próby), u których istniejące schorzenia znajdują się w stadium początkowym, skuteczność rehabilitacji jest relatywnie wysoka (61,1%), co potwierdza słuszność korzystania z leczenia usprawniającego celem zachowania dobrej kondycji zdrowotnej i możliwości kontynuowania zatrudnienia. Wskazała, że skuteczność rehabilitacji w grupie osób przebywających na zasiłkach chorobowych i świadczeniach rehabilitacyjnych jest niska, zwłaszcza w zakresie schorzeń układu ruchu, co wynika m.in. z tego, że ten rodzaj schorzeń wymaga długofalowego procesu leczenia i usprawniania stąd jednorazowe przebycie rehabilitacji leczniczej nie daje od razu oczekiwanego efektu mierzonego utrzymaniem lub odzyskaniem zdolności do pracy. Wskazała ponadto, że sam wynik rehabilitacji zależy zawsze od indywidualnej odpowiedzi organizmu na zastosowane leczenie, istnienia lub pojawienia się schorzeń współistniejących, wieku ubezpieczonego, posiadanego zawodu czy charakteru wykonywanej przez niego pracy zawodowej.

Jednocześnie stwierdziła, że znaczne zaawansowanie procesów chorobowych i trudne do przewidzenia efekty dalszego leczenia były powodem braku skuteczności rehabilitacji w grupie osób pobierających okresowe świadczenia rentowe. Zdaniem Dyrektora Oddziału zastosowanie, szczególnie w tej grupie, leczenia rehabilitacyjnego może wpłynąć *na spowolnienie procesu chorobowego a tym samym odsunąć w czasie złożenie wniosku o podwyższenie pobieranego świadczenia rentowego*. Dodała, że zdarzają się również przypadki, gdzie zastosowana rehabilitacja pozwala odzyskać sprawność w stopniu umożliwiającym podjęcie pracy. Wyjaśniła ponadto, że skierowanie ubezpieczonego na rehabilitację leczniczą świadczy o prognozowanej przez lekarza orzecznika możliwości uzyskania poprawy, i choć nie jest ona równoznaczna z uzyskaniem korzystnego wyniku leczenia oraz odzyskaniem zdolności do pracy, to okoliczność taka jest możliwa. Dyrektora Oddziału wskazała, że *odzyskanie zdolności do pracy po leczeniu rehabilitacyjnym zależy nie tylko od wielu czynników medycznych, ale także od późniejszej postawy ubezpieczonego, jego motywacji i zaangażowania w realizację zaleceń medycznych, a na to Zakład nie ma wpływu*.

(akta kontroli str. 775-784, 1743-1744)

Spośród 90 analizowanych spraw w dwóch 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 trzy osoby (4,1%) z 72 badanych pobierały świadczenia emerytalne. Ośrodki rehabilitacyjne w przypadku wszystkich tych osób odnotowały poprawę stanu zdrowia.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że brak jest podstaw do uniemożliwienia kierowania na rehabilitację leczniczą osób mających ustalone prawo do emerytury z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub spełniających warunki do jej uzyskania, a które są aktywne zawodowo, czego potwierdzeniem było przedłożone w toku kontroli stanowisko prawne Dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Społecznych w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z datą 28 grudnia 2018 r. skierowanym do Członka Zarządu ZUS. W treści tego stanowiska, jednoznacznie stwierdzono, że 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.

(akta kontroli str. 775-784, 1426-1435)

Najwyższa Izba Kontroli zauważa i przyjmuje do wiadomości powyższe wyjaśnienia, niemniej poddaje w wątpliwość celowość kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej osób mających ustalone prawo do emerytury lub spełniających warunki do jej uzyskania. Z rehabilitacji leczniczej mają prawo korzystać osoby ubezpieczone, które w wyniku choroby lub wypadku są zagrożone całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy. Należy także podkreślić, że osoby które osiągnęły wiek przedemerytalny lub emerytalny, a u których rehabilitacja lecznicza była skuteczna, wkrótce przejdą na emeryturę i opuszczą rynek pracy. Jednocześnie należy zauważyć, 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.

Celem programu rehabilitacji leczniczej jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. Położenie nacisku na kompleksowy charakter rehabilitacji oraz maksymalne skrócenie czasu oczekiwania na jej rozpoczęcie jest w realizacji programu priorytetem; tak aby jak najwcześniej skierować do ośrodka osoby, które otrzymały orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej⁵⁴.

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) wynosił 20 dni⁵⁵, przy czym najkrótszy okres oczekiwania wyniósł 0 dni (orzeczenie wydane w dzień złożenia wniosku), a najdłuższy 36 dni.

(akta kontroli str. 775-786)

Średni czas obsługi 72 orzeczeń (liczony od dnia wydania orzeczenia do dnia emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą) wyniósł 19 dni, przy czym najkrótszy okres obsługi wyniósł jeden dzień, a najdłuższe terminy wyniosły 41, 49, 52, 70 i 97 dni⁵⁶. Sprawy te dotyczyły orzeczeń wydanych na wniosek lekarza leczącego⁵⁷.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że przyczynami długich okresów obsługi orzeczeń były m.in. brak wolnych miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych, oczekiwanie na wydanie kolejnego orzeczenia w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego lub renty okresowej lub rozpatrzenie przez Komisje Lekarskie zgłoszonego sprzeciwu do wydanego orzeczenia w sprawie rehabilitacji leczniczej.

Średni czas oczekiwania na rehabilitację liczony od emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację wyniósł 66 dni, z czego najkrótszy wyniósł trzy dni, a najdłuższy 144 dni⁵⁸.

⁵⁴[https://www.zus.pl/documents/10182/167776/20_lat_rehabilitacji_leczniczej_w_ramach_prewencji_rentowej_Z_US/cc13cad6-e975-52fb-2078-ce15343e721f_\[Dokument pn. „20 lat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS”, dostęp: 28 września 2020 r.\]](https://www.zus.pl/documents/10182/167776/20_lat_rehabilitacji_leczniczej_w_ramach_prewencji_rentowej_Z_US/cc13cad6-e975-52fb-2078-ce15343e721f_[Dokument pn. „20 lat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS”, dostęp: 28 września 2020 r.])

⁵⁵ Dokładnie: 20,53 dni.

⁵⁶ W grupie II (nie korzystał ze świadczeń) – 70 i 97 dni, w grupie IV (korzystał ze świadczeń rehabilitacyjnych) – dwukrotnie po 41 dni, oraz w grupie V (korzystał z rent okresowych) odpowiednio 49 i 52 dni.

⁵⁷ Procedura 9.3. Realizacja rehabilitacji leczniczej – Załącznik nr 3 – Instrukcja dotycząca kierowania na rehabilitację leczniczą. W sprawach kierowania na rehabilitację leczniczą przy orzekaniu o świadczeniu rehabilitacyjnym, a także w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych, termin od daty wydania orzeczenia do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację lub daty odmowy skierowania na rehabilitację wynosi 30 dni.

⁵⁸ Badanie nr 17 w grupie IV (świadczenia rehabilitacyjne).

Z kolei średni czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji liczony od dnia wpływu wniosku o rehabilitację wyniósł 104 dni (najkrótszy 20 dni, najdłuższy 206 dni).

Dyrektor Oddziału wskazała, że głównymi powodami długich okresów oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji był przede wszystkim brak dostępności miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych w terminach wcześniejszych (ustalenie terminów rehabilitacji następuje wedle określonego harmonogramu), a także uwzględnianie w terminach odbywania turnusów rehabilitacyjnych – okresu pobierania zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego, czy renty. Czas oczekiwania na rehabilitację (liczony między wpływem wniosku o rehabilitację a samym rozpoczęciem rehabilitacji) różnił się w poszczególnych grupach: wyniósł odpowiednio 81 i 83 dni dla grup osób: pobierających zasiłki chorobowe oraz pobierających świadczenia rehabilitacyjne; i odpowiednio 127 i 128 dni dla grup nie pobierających żadnych świadczeń oraz pobierających renty.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że różnica uwidoczona w poszczególnych parach grup badanych osób wynika z ich specyfiki. Oddział w pierwszej kolejności stara się kierować na rehabilitację leczniczą osoby pobierające zasiłek chorobowy (grupa III), tak by nie przekroczyć 182 dni. *Kolejną grupą do pilnego skierowania na rehabilitację są osoby pobierające świadczenia rehabilitacyjne (Grupa IV). Następną grupę stanowią osoby pobierające renty okresowe (Grupa V). Świadczenia rehabilitacyjne są zazwyczaj orzekane w okresach krótszych niż renty /2, 3, 4, 6 miesięcy/. Osoby, które nie pobierają przed rehabilitacją żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy i w tych sprawach nie ma ryzyka, że zbyt odległy termin rehabilitacji spowoduje wypłatę kolejnego świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, oczekują najdłużej na termin rehabilitacji.*

Dyrektor Oddziału i GLO w toku kontroli wyraziły stanowisko, w którym wskazały, że długotrwałe oczekiwanie na rehabilitację ma zdecydowanie negatywny wpływ na jej skuteczność. Ich zdaniem, przedłużanie świadczenia (renta, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek chorobowy) prowadzi do *psychicznej inwalidyzacji i trudności w powrocie do zatrudnienia nawet mimo pozytywnych efektów leczniczych.*

Naczelnik Wydziału wyjaśniła, że głównymi powodami skrócenia pobytu były: uzasadnienia medyczne (w tym hospitalizacja), prośby pacjentów, zdarzenia losowe, nadużywanie alkoholu w trakcie turnusu, wyczerpanie zasiłku chorobowego. *Dodała, że decyzja o skróceniu pobytu podejmowana jest przez ośrodek rehabilitacyjny po uzgodnieniu z Departamentem Prewencji. Wszystkie skrócenia pobytów wprowadzane są do aplikacji WL przez pracowników Departamentu. (...) Wszelkie koszty pobytu rozliczane są przez Departament Prewencji /oddział nie bierze w tym udziału/. Naczelnik wskazała, że nie są jej znane zasady rozliczeń pobytu w przypadku skrócenia turnusu.*

(akta kontroli str. 614-620, 775-786, 1415-1418, 1426-1435, 1439-1445, 1449-1460, 1506-1530, 1743-1744)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W dwóch sprawach z 72 zbadanych rejestracja wniosku o rehabilitację i założenie sprawy w aplikacji WL nastąpiła cztery dni od wpływu wniosku, co było niezgodne z pkt. 3 załącznika nr 3 pn. Instrukcja dotycząca kierowania na rehabilitację leczniczą do Procedury do procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej. Zgodnie z uregulowaniami wewnętrznymi rejestracja wniosku o rehabilitację i założenie sprawy następuje nie później niż w następnym dniu roboczym od daty wpływu wniosku do Zakładu.

Naczelnik Wydziału wyjaśniła, że rejestracja wpływających wniosków odbywała się na podstawie skanów wniosków w aplikacji EPWD⁵⁹. Dodała, że rejestracja na podstawie oryginalnego dokumentu szczególnie złożonego w inspektoratach Oddziału, w praktyce nie jest możliwa w terminie określonym w procedurze.

Wskazała, że w badanych dwóch przypadkach rejestracja nastąpiła w czwartym dniu od zarejestrowania skanu, z uwagi na spiętrzenie prac wynikających z konieczności zapewnienia zastępstw za nieobecnego pracownika, a tym samym wykonania przez tego pracownika zadań własnych i zleconych w danym dniu. Wyjaśniła jednocześnie, że prawdopodobną przyczyną był brak wydrukowania skanów z aplikacji EPWD i rejestracja wniosków na podstawie samych oryginałów dokumentów.

(akta kontroli str. 785, 1156-1387, 1466-1467, 1506-1530)

2. W pięciu przypadkach, na 72 zbadane sprawy, czas obsługi wniosku o rehabilitację leczniczą nastąpił z przekroczeniem terminu określonego w pkt. 2 załącznika nr 3 do Procedury 9.3 (tj. powyżej 8 dni od daty wpływu wniosku do Zakładu do daty emisji wniosku o wydanie orzeczenia w sprawie potrzeby rehabilitacji lub daty emisji odmowy skierowania na rehabilitację z przyczyn formalnych). Terminy te zostały przekroczone: o jeden dzień, o cztery, pięć, osiem i o 12 dni.

Naczelnik Wydziału wyjaśniła, że przed skierowaniem sprawy do wydania dyspozycji o sposobie rozpatrzenia sprawy przez GLO należy pozyskać komplet akt dotyczący danej osoby, aby lekarz prawidłowo mógł wskazać dalszy tok postępowania, *tzn. skierować sprawę do badania bezpośredniego, załatwić sprawę zaocznie, pozyskać dokumentację medyczną niezbędną do wydania orzeczenia. Problemy z terminowym skierowaniem sprawy do GLO wynikają z faktu znajdowania się akt w innych komórkach organizacyjnych Oddziału.*

Ponadto stwierdziła, że w trzech przypadkach akta znajdowały się w Wydziale Świadczeń Emerytalno-Rentowych, gdzie rozpatrywana była inna sprawa danego ubezpieczonego, i wystąpiła konieczność jej zakończenia w tamtej komórce organizacyjnej. Jedna ze spraw znajdowała się w komórce – wieloosobowe stanowisko koordynacji usług świadczeń emerytalno-rentowych (KUS). W kolejnym przypadku wniosek wpłynął do Oddziału ZUS w Krakowie i tam został zarejestrowany, natomiast terytorialnie załatwienie wniosku podlegało pod Oddział ZUS w Chrzanowie, i opóźnienie wynikało z konieczności przekazania wniosku pocztą i konieczności pozyskania akt ubezpieczonego z innej komórki organizacyjnej. W ostatnim przypadku powodem było nałożenie się dużej liczby zadań dla danego pracownika (zastępstwo).

(akta kontroli str. 785, 1156-1387, 1466-1467, 1506-1530)

OCENA CZĄSTKOWA

Analiza 72 spraw dotyczących rehabilitacji leczniczej osób zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy wykazała, że rehabilitacja ta nie była we wszystkich przypadkach skuteczna. W badanej grupie jedynie 16 osób nie pobierało świadczeń w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji, a 41 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 61,1% z nich nie pobierało żadnych świadczeń

⁵⁹ Elektroniczna Platforma Wymiany Danych, prowadzona przez Centralę ZUS.

w okresie roku po rehabilitacji, w grupie osób pobierających zasiłek chorobowy takie osoby stanowiły 11,1%, w grupie osób pobierających świadczenia rehabilitacyjne 16,7%, natomiast 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.

Stwierdzone uchybienia w zakresie terminowej rejestracji i obsługi wniosków o wydanie orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej nie miały istotnego wpływu na ocenę kontrolowanej działalności w tym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

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

- 1) podjęcie działań mających na celu zapewnienie orzekania przez lekarzy orzeczników, którzy ukończyli przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS;
- 2) zapewnienie terminowej rejestracji i obsługi wniosków o wydanie orzeczenia, zgodnie z wymogami wewnętrznymi.

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 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

Marcin Hałat

starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis