



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Lublinie

LLU.410.009.02.2020

Pan
Zbigniew Wasąg
Dyrektor Oddziału
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
w Biłgoraju
ul. T. Kościuszki 103
23-400 Biłgoraj

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Kontrola nr P/20/040 „Rehabilitacja lecznicza realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych
w ramach prewencji rentowej”

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Biłgoraju, ul. T. Kościuszki 103, 23-400 Biłgoraj (dalej: Oddział)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Zbigniew Wasąg, Dyrektor Oddziału od 1 kwietnia 2018 r., p.o. Dyrektora Oddziału od 28 października 2017 r. do 31 marca 2018 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym warunki kadrowe i organizacyjne. 2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2018-2019, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych w latach wcześniejszych oraz w okresie późniejszym, a także danych statystycznych 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 Lublinie
Kontrolerzy	1. Monika Cieniuch, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/100/2020 z 7 sierpnia 2020 r. 2. Paweł Gruszkiewicz, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/101/2020 z 7 sierpnia 2020 r. (akta kontroli tom I str. 1-2)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Realizowany przez Oddział program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany do osób zagrożonych utratą zdolności do pracy, ale rokujących jej odzyskanie był nie w pełni skuteczny. Pomimo, że w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji leczniczej zmalała zarówno liczba dni niezdolności do pracy z 14 838 do 11 396, tj. o 23,2%, jak również kwota świadczeń wypłaconych z FUS³ z 849,5 tys. zł do 581,2 tys. zł (o 31,6%), a u 62,5% ubezpieczonych (wg opinii lekarzy) nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego, to jednak świadczenia z FUS pobierało nadal 50 ubezpieczonych (tj. 69,4%) spośród 72 objętych kontrolą⁴, z tego 28 osobom (38,9%) wypłacono świadczenia w związku ze schorzeniami, na które były rehabilitowane. Średni czas oczekiwania na rehabilitację liczony od dnia złożenia wniosku do dnia rozpoczęcia rehabilitacji wynosił 109 dni (od 29 dni do 256 dni) i w ocenie NIK mógł mieć wpływ na efektywność rehabilitacji.

Rehabilitacja lecznicza przyniosła najlepsze efekty w przypadku 18 osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierały żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które były rehabilitowane. Zmniejszyła się liczba dni, za które ubezpieczeni pobierali

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

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

³ Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

⁴ Kontrolą objęto 72 sprawy dotyczące osób, które wnioski złożyły oraz ukończyły rehabilitację leczniczą w 2018 r., w tym po 18 osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku: nie pobierały żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, pobierały zasiłki chorobowe z przypadłościami, na które miały być rehabilitowane, pobierały świadczenie rehabilitacyjne oraz pobierały rentę.

świadczenia z tytułu niezdolności do pracy (z 224 do 165 dni, tj. o 26,3%) oraz zmalała kwota wypłaconych świadczeń chorobowych (z 20,1 tys. zł do 17,1 tys. zł, tj. o 14,9%). W okresie roku od zakończenia rehabilitacji żadnych świadczeń z FUS nie pobierało dziewięciu ubezpieczonych (50,0%), a świadczenia pobierane przez osiem osób (44,4%) dotyczyły schorzeń innych, niż te na które były rehabilitowane. Niezdolność do pracy wskutek choroby u dwóch osób (tj. 11,1%) trwała dłużej niż 30 dni. Odnotowano wzrost kwoty odprowadzonych składek o 8,8%. W tej grupie osób oczekiwanie na rehabilitację wynosiło średnio 132 dni, a w jednym przypadku (5,6%) powyżej sześciu miesięcy. Wszystkie osoby po upływie roku od zakończenia rehabilitacji były zatrudnione.

W grupie osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierały zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miały być rehabilitowane (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana), w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji liczba dni niezdolności do pracy uległa zmniejszeniu o 47,3% (z 2 249 do 1 185), zmalała również kwota wypłaconych z tego tytułu świadczeń z 132,9 tys. zł do 60,4 tys. zł, tj. o 54,6%. W ciągu roku od zakończenia rehabilitacji 88,9% ubezpieczonych (16 osób) pracowało, w tym cztery osoby (22,2%) nie pobierały żadnego świadczenia, dwie osoby (11,1%) pobierały świadczenia rehabilitacyjne. Jednak świadczenia z FUS pobierane przez sześć osób (33,3%) dotyczyły tych samych schorzeń, na które były rehabilitowane, a niezdolność do pracy wskutek choroby trwała dłużej niż 30 dni w przypadku pięciu osób (27,8%). Kwota składek ubezpieczenia społecznego uległa zwiększeniu z 149,5 tys. zł do 180,7 tys. zł, tj. o 20,9%. W tej grupie objętej badaniem czas oczekiwania na rehabilitację wynosił średnio 101 dni, przy czym jedna osoba (5,6%), która na rehabilitację oczekiwała powyżej sześciu miesięcy, po jej zakończeniu wróciła na rynek pracy.

Wśród osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierały świadczenie rehabilitacyjne, liczba dni na świadczeniach z FUS po odbyciu rehabilitacji uległa zmniejszeniu z 6 104 do 4 467, tj. o 26,8%, zmalała również kwota wypłaconych świadczeń z 438,1 tys. zł do 252,5 tys. zł, tj. o 42,4%. Pomimo, że w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji wszystkie osoby pobierały świadczenia z FUS⁵, to w czterech (22,2%) przypadkach była to kontynuacja świadczeń przyznanych przed rehabilitacją i po ich zakończeniu nie przyznawano im kolejnych świadczeń, cztery osoby (22,2%) pozostały na świadczeniach związanych z inną jednostką chorobową, natomiast 10 osób (55,6%), pomimo odbycia rehabilitacji, pozostało na świadczeniach związanych z tą samą jednostką chorobową, która stanowiła podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. Kwota odprowadzonych składek ubezpieczenia społecznego uległa zwiększeniu z 16,9 tys. zł do 52,2 tys. zł, tj. o 208,9%. Do pracy powróciły trzy osoby (16,7%), cztery osoby (22,2%) pobierały świadczenia rehabilitacyjne⁶, 10 osobom (55,6%), po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przyznano rentę okresową⁷, o jednej osobie Oddział nie miał danych. Oczekiwanie na rehabilitację było krótsze w porównaniu do pozostałych objętych badaniem grup i wynosiło średnio 89 dni.

Najniższą skuteczność odnotowano w grupie osób, które przed rehabilitacją pobierały rentę okresową. W grupie tej liczba dni na świadczeniach z FUS po odbyciu rehabilitacji uległa zmniejszeniu z 6 261 do 5 579, tj. o 10,9%. również zmalała kwota wypłaconych świadczeń z 258,4 tys. zł do 251,2 tys. zł, tj. o 2,8%. Kwota składek ubezpieczenia społecznego wzrosła z 5,4 tys. zł do 28,1 tys. zł,

⁵ Związane ze schorzeniami, na które były rehabilitowane.

⁶ W tym jedna osoba na schorzenie związane z inną jednostką chorobową, a dwie osoby z tą samą jednostką chorobową.

⁷ W tym siedmiu osobom, po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przyznano rentę okresową na to samo schorzenie.

tj. o 420,4%. W ciągu roku od zakończenia rehabilitacji wszystkie osoby pobierały rentę okresową, jednak w trzech przypadkach (16,7%) były to świadczenia przyznane przed rehabilitacją i po ich zakończeniu nie przyznano kolejnych świadczeń. Po wykorzystaniu świadczenia trzy osoby (16,7%) pracowały, a 15 osób (83,3%) pozostało na rencie (w tym 12 osób pozostało na świadczeniach związanych z tą samą jednostką chorobową, która stanowiła podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji). Czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji w tej grupie badanych wynosił średnio 114 dni, przy czym 13 (tj. 72,2%) ubezpieczonych na rehabilitację oczekiwało ponad 100 dni.

NIK zauważa jednocześnie, że w badanej próbie 16 ubezpieczonych, którym odmówiono prawa do rehabilitacji, z uwagi na to, że nie rokują szans na odzyskanie zdolności do pracy zmalała zarówno liczba dni niezdolności do pracy (o 27,2%), jak również kwota wypłaconych świadczeń (o 46,1%). Po roku od dnia złożenia wniosku o potrzebie rehabilitacji 75,0% ubezpieczonych pracowało, a 25,0% było na rencie.

Zadania w zakresie orzecznictwa lekarskiego Oddział realizował w 2018 r. przy pełnej, a w 2019 r. przy niepełnej obsadzie lekarzy orzeczników (nieobsadzone były cztery etaty). Nabory na stanowiska lekarzy orzeczników Oddział przeprowadził zgodnie z przepisami art. 74a-74f ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁸ oraz wewnętrznymi procedurami dotyczącymi naboru pracowników. Zatrudnieni w Oddziale lekarze orzecznicy spełniali wymogi formalne określone w przepisach § 11 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy⁹. Oddział miał trudności z pozyskiwaniem do pracy zarówno lekarzy orzeczników, jak również specjalistów do pracy w charakterze konsultanta. Nie nawiązano współpracy z co najmniej dwoma lekarzami specjalistami w danej dziedzinie. W ramach przeprowadzonego konkursu od konsultantów nie egzekwowano zaświadczeń o niekaralności zawodowej, a w umowach z nimi zawieranych nie zamieszczano zapisu dotyczącego możliwości żądania przez Oddział uzupełnienia opinii.

Liczba orzeczeń przypadająca na jednego lekarza orzecznika wzrosła ze 195 – w styczniu 2018 r. do 330 – w grudniu 2019 r. Wiązało się to ze zmniejszeniem zatrudnienia lekarzy orzeczników oraz z wejściem w życie ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji¹⁰, i wydawaniem w tym zakresie orzeczeń. W rezultacie czas poświęcony na wydanie orzeczenia został istotnie skrócony. Ośmiu z 10 objętych kontrolą lekarzy orzeczników wydawało orzeczenia na podstawie dokumentacji medycznej (w trybie zaocznym), w czasie krótszym niż przewidziane przez Centralę ZUS normy.

Lekarze orzecznicy wydawali orzeczenia oraz kierowali osoby na rehabilitację leczniczą zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne¹¹ oraz odpowiednio Procedurą 9.1 Wydawanie orzeczeń i Procedurą 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej.

⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 266, ze zm., dalej: ustawa o sus.

⁹ Dz. U. Nr 273 poz. 2711, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.

¹⁰ Dz. U. poz. 1622, ze zm., dalej: ustawa o świadczeniu uzupełniającym.

¹¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 277, dalej: rozporządzenie w sprawie kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹² kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należało m.in. prowadzenie prewencji rentowej, obejmującej rehabilitację leczniczą ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy (art. 69 ustawy o sus). W latach 2018-2019 Oddział wydał łącznie 40 360 orzeczeń, w tym 19 649 orzeczeń w 2018 r. i 20 711 – w 2019 r. W związku z rehabilitacją leczniczą Oddział wydał łącznie 3 614 orzeczeń¹³, z czego 2 290 orzeczeń o potrzebie rehabilitacji¹⁴. W 2018 r. orzeczeń odmownych wydano 225, a w 2019 r. – 202. W okresie objętym kontrolą wystawiono łącznie 3 167 skierowań na rehabilitację, a odbyły ją 2 824 osoby¹⁵.

W badanym okresie wniesiono łącznie 1 294 sprzeciwów od orzeczenia, z czego pozytywnie rozpatrzono 301. Sformułowanych zostało 569 zarzutów wadliwości orzeczeń, z czego w 125 przypadkach orzeczenia zostały zmienione (21,9%).

Liczba orzeczeń dotyczących rehabilitacji leczniczej wydanych na wniosek lekarza leczącego zmalała z 1 404 w 2018 r. do 1 287 w 2019 r. Zmniejszeniu uległa również liczba orzeczeń wydanych w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich (z 33 do 16), oraz nieznacznie – orzeczeń wydanych w związku z ustalaniem niezdolności do pracy do celów rentowych (z 68 do 67). Wzrosła natomiast liczba orzeczeń związanych z ustalaniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego (z 358 do 381).

(akta kontroli tom I str. 20-25)

Przeciętne zatrudnienie lekarzy orzeczników w Oddziale wyniosło w 2018 r. 8,8 etatu (zgodnie z planem zatrudnienia), a w 2019 r. – 7,8 etatu (plan 11,4 etatu). Zatrudnieni w Oddziale lekarze orzecznicy posiadali następujące specjalizacje¹⁶:

- w 2018 r.: 3,6 etatu – choroby wewnętrzne, 2,6 – chirurgia, 0,6 – ortopedia i traumatologia, 1 – reumatologia, 2 – choroby płuc, 1,6 – inne specjalizacje,
- w 2019 r.: 4 – choroby wewnętrzne, 1,2 – chirurgia, 0,6 – ortopedia i traumatologia, 1,4 – reumatologia, 2 – choroby płuc, 1,6 – inne specjalizacje.

W badanym okresie znacząco wzrosła średnia liczba orzeczeń wydawanych przez jednego lekarza orzecznika (w styczniu 2018 r. – 195 orzeczeń, w grudniu 2019 r. – 330 orzeczeń, wzrost o 69,2%), co związane było ze zmniejszeniem zatrudnienia lekarzy orzeczników oraz z wejściem w życie od 1 października 2019 r. ustawy o świadczeniu uzupełniającym i wydawaniem w tym zakresie orzeczeń.

Dyrektor Oddziału poinformował, że plan zatrudnienia do poziomu 11,4 etatu został zwiększony dopiero we wrześniu 2019 r. w związku z przygotowaniem się Zakładu

¹² 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.

¹³ W 2018 r. – 1 863, w 2019 r. – 1 751.

¹⁴ W 2018 r. – 1 192, w 2019 r. – 1 098.

¹⁵ Różnica pomiędzy liczbą osób skierowanych, a liczbą osób które odbyły rehabilitację wynika z: braku ubezpieczenia społecznego na dzień wysłania dokumentacji medycznej do ośrodków rehabilitacyjnych, rezygnacji z przyczyn osobistych, zdrowotnych, braku ubezpieczenia społecznego w momencie przejścia na emeryturę czy braku orzeczonej niezdolności do pracy.

¹⁶ Część lekarzy orzeczników posiadała więcej niż jedną specjalizację.

do zapewnienia sprawnego wydawania orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji, potrzebnych do przyznania świadczenia uzupełniającego.

W latach 2018-2019 Oddział nie zatrudniał lekarzy członków komisji lekarskich.

(akta kontroli tom I str. 20-29, 212-217, 409-412)

W Oddziale nie wprowadzono odrębnych uregulowań wewnętrznych w zakresie naboru lekarzy orzeczników. W 2019 r. przeprowadzono dwa nabory na stanowiska lekarzy orzeczników, w okresie lipiec-sierpień na dwa stanowiska oraz w okresie wrzesień-październik na cztery stanowiska. Nabory zostały przeprowadzone zgodnie z przepisami art. 74a-74f ustawy o sus. W każdym z naborów dokumenty złożył jeden kandydat, i w ich wyniku do pracy przyjęto dwóch lekarzy orzeczników odpowiednio na pełny etat oraz na 0,4 etatu.

Dyrektor Oddziału poinformował, że zarówno on, jak i Główny Lekarz Orzecznik (dalej: GLO) zgłaszali w 2019 r. problemy związane z niewystarczającym zatrudnieniem na spotkaniach w Centrali Zakładu, a w odpowiedzi na te zgłoszenia przyznane zostały trzy dodatkowe etaty. Ponadto, w odrębnym piśmie Dyrektor wyjaśnił, że analiza rozpatrywanych spraw z wniosków ubezpieczonych o ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, jak również ustalenia uprawnień do świadczenia z tytułu długotrwalej (częściowej, całkowitej) niezdolności do pracy wskazywała na preferowanie lekarzy w takich specjalizacjach jak: psychiatria, medycyna pracy, choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, neurologia, medycyna rodzinna, ortopedia. Dyrektor wskazał na brak zainteresowania pracą w orzecznictwie lekarskim przez lekarzy psychiatrów i lekarzy medycyny pracy, dlatego preferowani byli lekarzy chorób wewnętrznych, najchętniej posiadający także inne specjalizacje lub będący w trakcie specjalizacji z diabetologii, reumatologii, geriatрії. Dyrektor wyjaśnił też, że w 2018 r. prowadzona była intensywna kampania informacyjna w środowisku lekarskim, związana z wprowadzeniem elektronicznych zwolnień lekarskich. W ramach kampanii prowadzonej w jednostkach ZUS, szpitalach i przychodniach szkolono lekarzy z obsługi systemu informatycznego. Każdorazowo lekarzy informowano o możliwościach podjęcia pracy w ZUS w charakterze lekarza orzecznika lub konsultanta. Ponadto, GLO prowadził indywidualne rozmowy agituując do podjęcia współpracy. Ww. działania nie przyniosły oczekiwanego rezultatu.

(akta kontroli tom I str. 27, 183-187, 212-217, 409-412, 453-462)

Od 13 września 2017 r. obowiązywały ustalone przez Naczelnego Lekarza Zakładu normy czasu na rozpatrzenie przez lekarza orzecznika/komisję lekarską wniosku o wydanie orzeczenia/opinii w sprawach niezwiązanych z kontrolą zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy:

- 20 minut – w sprawach, w których orzeczenie miało zostać wydane na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej¹⁷,
- 40 minut – w sprawach, w których orzeczenie miało zostać wydane po przeprowadzeniu bezpośredniego badania.

W związku ze zwiększonym wpływem wniosków o wydanie orzeczenia osób ubiegających się o świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, od 1 października 2019 r. ww. normy zostały skrócone odpowiednio do: 15 minut i 30 minut. Oddział był informowany o obowiązujących normach czasu na rozpatrzenie sprawy przez Naczelnego Lekarza Zakładu.

Z harmonogramów badań 10 objętych kontrolą lekarzy orzeczników¹⁸ wynika, że:

¹⁷ Dalej: orzeczenie wydane w trybie zaocznym.

¹⁸ Kontrolę przeprowadzono na podstawie „harmonogramów badań na dzień” dla 10 lekarzy orzeczników w okresie: 7-11.05.2018 r., 3-7.09.2018 r., 4-8.02.2019 r. i 4-8.11.2019 r.

- ośmiu lekarzy co najmniej raz poświęciło mniej czasu (7-10 minut) na rozpatrzenie sprawy w trybie zaocznym, niż czas ustalony przez Centralę,
- w przypadku każdego lekarza co najmniej raz wystąpiła sytuacja, że czas pomiędzy kolejnymi sprawami przekraczał czas przewidziany na przeprowadzenie badania (przekroczenie wynosiło od 20 minut do 180 minut). Według wyjaśnień Dyrektora dłuższy czas pomiędzy kolejnymi badaniami nie musiał stanowić o przekraczaniu norm przewidzianych na jedno badanie, bowiem takie sytuacje mogły wystąpić, ponieważ:
 - nie było wystarczająco dużo spraw, by w całości wypełnić harmonogram pracy,
 - ubezpieczony na jeden-dwa dni przed wyznaczonym badaniem przekazał informację, że nie zgłosi się na wyznaczony termin,
 - występowała konieczność rozpatrzenia spraw trudnych pod względem orzeczniczym (np. sprawy unijne lub związane z deportacją).

Wykorzystywana aplikacja WO (Wspomaganie Orzecznictwa) daje możliwość przydziału dwóch spraw na jeden przedział czasowy.

Z informacji Dyrektora Oddziału wynika, że taką praktykę stosowano w przypadkach nieprzewidzianej nieobecności lekarza orzecznika w pracy, interwencji pracodawcy lub Wydziału Zasiłków lub zgłoszenia się ubezpieczonego w innym terminie lub godzinie niż ustalona data wezwania.

(akta kontroli tom I str. 212-217, 305-310, 372-379, 415-417)

W okresie objętym kontrolą tylko jednego dnia lekarze świadczyli pracę w godzinach nadliczbowych¹⁹.

Dyrektor Oddziału poinformował, że sugestia o możliwości świadczenia pracy w godzinach nadliczbowych oraz w dni wolne, tj. soboty została przekazana lekarzom orzecznikom przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego (dalej: DOL). W wyznaczone do takiej pracy soboty specjalnie udostępniana była aplikacja WO. GLO Oddziału wystąpił z inicjatywą rozpatrzenia zaocznego spraw orzecznicznych w dniu wolnym od pracy.

W badanym okresie z pracy w Oddziale odeszło trzech, a pracę rozpoczęło dwóch lekarzy orzeczników. Średni miesięczny poziom wynagrodzeń lekarzy orzeczników w przeliczeniu na pełny etat w 2018 r. wynosił 8,1 tys. zł, a w 2019 r. – 10,2 tys. zł (wzrost o 26%). Spośród lekarzy orzeczników, którzy odeszli z pracy, dwóch rozwiązało umowę o pracę w związku z przejściem na świadczenie emerytalne, a jeden – w związku z podjęciem zatrudnienia w innym zakładzie pracy.

W ocenie Dyrektora Oddziału poziom wynagrodzeń lekarzy orzeczników od stycznia 2019 r. zapewnia warunki stabilnego i trwałego zatrudnienia w Oddziale.

Średni wiek lekarzy orzeczników w badanym okresie wynosił 58 lat.

(akta kontroli tom I str. 30, 37, 183-187, 212-217)

2. W 2018 r. Oddział współpracował z 43 konsultantami (39 lekarzami i czterema psychologami), a w 2019 r. - z 40 konsultantami (37 lekarzami i trzema psychologami). Wydali oni 1 343 opinie w 2018 r. i 1 838 – w 2019 r. Średnie roczne wynagrodzenie konsultantów wyniosło w badanym okresie odpowiednio 5,8 tys. zł (5,8 tys. zł – lekarze, 5,6 tys. zł – psychologodzy) i 7,4 tys. zł (7,6 tys. zł – lekarze, 5,7 tys. zł – psychologodzy).

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że szczególnie specjalistyczna wiedza z zakresu: psychiatrii, kardiologii, okulistyki, psychologii klinicznej jest niezbędnym wsparciem lekarza orzecznika przy wydawaniu orzeczeń. Stąd dążenie do pozyskania do współpracy jako konsultantów lekarzy tych specjalności, magistrów psychologii.

¹⁹ Dziewięciu lekarzy po 8 godzin nadliczbowych, łącznie 72 nadgodziny – 7 grudnia 2019 r. (sobota) – w związku z bardzo dużym wpływem spraw do rozpatrzenia w pionie orzecznictwa lekarskiego, po wejściu w życie regulacji prawnej w zakresie świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

Dyrektor wskazał, że liczba konsultantów w danej dziedzinie medycyny uzależniona jest także od dostępności czasowej lekarzy poszczególnych specjalizacji. Konieczność przeprowadzania badań konsultacyjnych w placówkach ZUS często stoi w kolizji z ich praktykami lekarskimi, czy innymi obowiązkami zawodowymi. Ponadto, Dyrektor dodał, że zawierając w 2019 r. umowy z konsultantami, preferencją było nawiązanie współpracy z tymi lekarzami, którzy już posiadali doświadczenie w pracy orzeczniczej, zwłaszcza w ZUS.

(akta kontroli tom I str. 20-25, 37-38, 183-187)

W latach 2018-2019 Oddział przeprowadził jeden konkurs na pełnienie funkcji konsultanta, w wyniku którego Oddział zawarł umowy o dzieło z 22 konsultantami. Zawarte umowy nie zawierały zapisu dotyczącego możliwości żądania przez Oddział uzupełnienia opinii, jeżeli byłaby ona niekompletna. Wymóg zawarcia takiego zapisu wynikał z zapisów załącznika do Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń²⁰. Wszyscy konsultanci spełniali wymóg posiadania specjalizacji określony w ww. załączniku. Lekarze konsultanci nie dostarczyli aktualnych zaświadczeń o niekaralności zawodowej z Okręgowej Izby Lekarskiej (dalej: OIL), do czego obligowało ogłoszenie o konkursie, a Oddział ich nie wyegzekwował.

Ponadto, w badanym okresie Oddział – poza konkursem – zawarł umowy z 18 konsultantami, w tym 14 to osoby dotychczas niebędące konsultantami Oddziału. Z informacji Dyrektora wynika, że zatrudniono ich w wyniku rozmów prowadzonych przez GLO z lekarzami, którzy mieli już doświadczenie orzecznicze pracując wcześniej jako lekarze orzecznicy w ZUS lub jako lekarze rzeczoznawcy w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Powyższym działaniem zapewniono w każdej jednostce terenowej ZUS od jednego do trzech lekarzy konsultantów przeprowadzających badania związane ze świadczeniami uzupełniającymi.

Zgodnie z wytycznymi DOL standardem powinno być nawiązanie współpracy z co najmniej dwoma lekarzami specjalistami w danej dziedzinie. W badanym okresie Oddział nie nawiązał współpracy z lekarzami posiadającymi specjalizację w zakresie: chirurgii (w 2018 r.), medycyny pracy, medycyny społecznej i reumatologii (w 2019 r.). Ponadto, współpracę nawiązano z jednym lekarzem specjalistą w zakresie audiologii i foniatrii, reumatologiem (w 2018 r.) oraz kardiologiem (w 2019 r.).

Dyrektor wyjaśnił, że nie udało się nawiązać współpracy z co najmniej dwoma konsultantami w ww. specjalizacjach, co wynikało ze znikomego zainteresowania współpracą z ZUS ze strony lekarzy o takich specjalnościach. Dyrektor dodał, że GLO, jego zastępca i pracownicy Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji (dalej: WOLiP) prowadzili z lekarzami rozmowy w celu ich pozyskania do pracy w Oddziale.

Oddział w latach 2018-2019 nie współpracował z podmiotami świadczącymi usługi w zakresie wykonywania badań dodatkowych lub obserwacji.

(akta kontroli tom I str. 38-40, 76, 79-164, 318-321, 372-379)

3. Lekarze orzecznicy zatrudnieni w Oddziale w latach 2018-2019 spełniali wymogi formalne określone w § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.

²⁰ Pt. Instrukcja – ogólne w arunkii postępowania orzeczniczego, część II. Współpraca z konsultantami Zakładu, wykony w anie badań dodatkow ych.

Z informacji uzyskanych od Dyrektora wynika, że Oddział obowiązywały wyłącznie wytyczne (programy szkoleń) dotyczące obowiązkowych szkoleń dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskich²¹.

W latach 2018-2019 Centrala ZUS zorganizowała 5 szkoleń, a Oddział – 20. W okresie objętym kontrolą każdy lekarz orzecznik wziął udział w co najmniej jednym szkoleniu²². Żadne ze zorganizowanych szkoleń nie dotyczyło rehabilitacji leczniczej²³.

Spośród lekarzy orzeczników Oddziału kolejną (inną niż posiadana) specjalizację w 2018 r. ukończył jeden lekarz – specjalizacja w zakresie diabetologii, i w 2019 r. jeden – w zakresie geriatrii.

(akta kontroli tom I str. 28-29, 31-36, 362-363)

4. W okresie objętym kontrolą Oddział prowadził działania informacyjno-promocyjne dotyczące ZUS i systemu ubezpieczeń społecznych. Działalność informacyjno-promocyjna Oddziału prowadzona była na podstawie dokumentów: Strategii Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2016-2020, Strategii Komunikacji ZUS oraz Planu Działalności Zakładu na 2018 r. i 2019 r. Przedsięwzięcia prowadzone były z inicjatywy Oddziału lub Centrali ZUS, bądź na zaproszenie innych instytucji.

Pracownicy Oddziału uczestniczyli w różnego rodzaju wydarzeniach, m.in. w targach, konferencjach, seminariach, punktach informacyjnych i dniach otwartych.

Oddział nie inicjował ani też nie uczestniczył w prowadzeniu działań informacyjno-promocyjnych stricte dedykowanych rehabilitacji leczniczej. Jedyne działania, na których poruszono kwestie zasad orzecznictwa lekarskiego i rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej to zorganizowane w 2018 r. i 2019 r. – wspólnie z Centralą – Dni Osób z Niepełnosprawnością.

Koszty poniesione przez Oddział na działania informacyjno-promocyjne w 2018 r. wyniosły 1,5 tys. zł, w tym 0,6 tys. zł na promocję działań związanych z rehabilitacją leczniczą²⁴. Wyodrębnienie tych kosztów dla 2019 r. nie było możliwe.

Ponadto, informacje dotyczące rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS dostępne były na stronie internetowej ZUS (www.zus.pl) w dedykowanej zakładce.

(akta kontroli tom I str. 212-304, 362, 364-371, 380-408)

5. W latach 2018-2019 w zakresie postępowań orzeczniczych koszty ponosił WOLiP. Były to koszty z tytułu wynagrodzeń bezosobowych wynikających z umów cywilnoprawnych (zawartych z konsultantami) oraz z tytułu zwrotu kosztów podróży osobom wzywanych na badanie lekarskie. Plan w zakresie tych pierwszych zrealizowano w wysokości odpowiednio 81,4% (2018 r.)²⁵ i 100,4% (2019 r.)²⁶, oraz analogicznie w przypadku drugich: 90,9%²⁷ i 84,8%²⁸. Nieznaczne kwoty planowano również na badania osób ubiegających się o świadczenia krajowe i zagraniczne oraz tłumaczenia, na które w badanym okresie nie poniesiono żadnych kosztów. Niewykonanie planu w tym zakresie nie miało wpływu na wykonanie przewidzianych zadań.

²¹ Program przekazano pismem Dyrektora Spraw Pracowniczych z 4 marca 2013 r. (992500/1400/3/WST2013/1) oraz zastępujący dotychczasowy program – pismem Naczelnego Lekarza Zakładu i Dyrektora Departamentu Spraw Pracowniczych z 9 października 2019 r. (991800/141-19/2019/A).

²² W latach 2018-2019 spośród 15 lekarzy orzeczników jeden uczestniczył w 26 szkoleniach, jeden w 20, jeden w 19, trzech w 18, dwóch w 17, jeden w 16, jeden w 14, jeden w 12, jeden w 9, jeden w 6, jeden w 4, jeden w 1. Do ww. szkoleń zaliczono również spotkania, kolokwia, kongresy i konferencje o tematyce medycznej.

²³ W trakcie szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy przeprowadzonego w dniach 5-8 listopada 2019 r. poruszano kwestie rehabilitacji leczniczej, ale ostatnie szkolenie dotyczące stricte tej tematyki odbyło się 29 listopada 2016 r.

²⁴ Koszty zostały poniesione na artykuły spożywcze zakupione w związku z organizacją Dni Osób z Niepełnosprawnością.

²⁵ 204,2 tys. zł / 250,8 tys. zł.

²⁶ 336,7 tys. zł / 335,4 tys. zł.

²⁷ 310,8 tys. zł / 342 tys. zł.

²⁸ 305,2 tys. zł / 360 tys. zł.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że przyczyną niewykonania planu była mniejsza ilość wpływających do Oddziału spraw, a w 2019 r. – zwiększenie ilości badań w miejscu pobytu ubezpieczonego, zwłaszcza w ostatnim kwartale. Natomiast przekroczenie planu kosztów wiązało się ze zwiększoną ilością wykonanych badań i wydanych opinii przez konsultantów – po wejściu w życie ustawy o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

Ponadto, Oddział poniósł koszty na wynagrodzenia i pochodne od wynagrodzeń:

– pracowników WOLiP w 2018 r. w wysokości 720,9 tys. zł oraz w 2019 r. – 802,6 tys. zł,

– lekarzy orzeczników – odpowiednio: 855,2 tys. zł oraz 1 104,5 tys. zł.

(akta kontroli tom I str. 212-217, 418-437, 451-452)

6. Do Oddziału w 2018 r. wpłynęło 13 skarg, a w 2019 r. – 16 skarg. Żadna z nich nie dotyczyła zagadnień orzecznictwa lekarskiego i prewencji.

W 2018 r. w Oddziale przeprowadzonych zostało osiem kontroli wewnętrznych, w tym jedna dotycząca orzecznictwa lekarskiego i prewencji rentowej, a w 2019 r. – siedem kontroli wewnętrznych i dwie zewnętrzne (żadna z nich nie dotyczyła orzecznictwa lekarskiego i prewencji rentowej). W badanym okresie przedmiot ww. kontroli nie dotyczył kwestii rehabilitacji leczniczej.

W wyniku kontroli działalności GLO, oceny orzeczeń niezdolności do pracy i organizacji pracy orzecznictwa lekarskiego przeprowadzonej w maju 2018 r. DOL stwierdził osiem (spośród 195 zbadanych) przypadków braku zgodności ustaleń orzeczniczych z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności lekarzy orzeczników. Żadna z tych spraw nie dotyczyła orzeczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej. W lipcu 2018 r. Dyrektor Oddziału poinformował o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego poprzez zwiększenie nadzoru ze strony GLO i jego zastępcy nad bezpośrednią pracą lekarzy orzeczników, wprowadzenie systematycznych szkoleń lekarzy, przeprowadzenie indywidualnych rozmów z lekarzami w zakresie popełnianych błędów i objęcie szczególnym nadzorem lekarzy orzekających posiadających krótki staż pracy i zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy.

W trakcie poprzedniej kontroli przeprowadzonej w maju 2015 r. DOL stwierdził osiem spraw wymagających rozpatrzenia w trybie nadzoru (przez komisję lekarską).

(akta kontroli tom I str. 438-450, 463-464)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W umowach z konsultantami nie zamieszczano zapisu dotyczącego możliwości żądania przez Oddział uzupełnienia opinii, jeżeli byłaby ona niekompletna, co było niezgodne z ust. 6 pkt 2 załącznika nr 9 do Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń, część II. Współpraca z konsultantami Zakładu, wykonywanie badań dodatkowych.

Starszy inspektor odpowiedzialny za przygotowanie wzorów umów wyjaśnił, że wymagany zapis nie został w umowach zamieszczony przez przeoczenie.

Dyrektor Oddziału oraz Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnili, że Oddział nigdy nie miał problemu z uzupełnieniem opinii przez danego lekarza konsultanta.

(akta kontroli tom I str. 41-64, 156, 376, 414, 416)

2. Oddział nie wyegzekwował od 18 lekarzy konsultantów zaświadczeń o niekaralności zawodowej, wydawanych przez właściwą OIL, do czego obligowały zapisy części 4. Warunki udziału w postępowaniu pkt 4 ogłoszenia o konkursie.

Ponadto, zapisy ust. 2 załącznika nr 9 do Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń, część II. *Współpraca z konsultantami Zakładu, wykonywanie badań*

dodatkowych przewidywały, że współpraca może zostać nawiązana wyłącznie z lekarzami o nieskazitelnej postawie etycznej.

Ww. lekarze byli konsultantami Oddziału w poprzednich latach i uprzednio złożyli zaświadczenia o niekaralności z OIL przy podpisywaniu poprzednich umów.

Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnił, że wielu lekarzy podchodziło niechętnie do kontynuacji współpracy z Oddziałem, i wyrażali się krytycznie o potrzebie składania kolejnych zaświadczeń.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że w związku z napotkanym sprzeciwem ze strony konsultantów, z którymi Oddział miał już zawarte umowy o dzieło, i którzy ponownie składali swoje oferty w toczącym się postępowaniu – Oddział odstąpił od egzekwowania tych zaświadczeń. Konsultanci tych dokumentów już nie powielali i składali oświadczenie o niekaralności i nietoczącym się przeciwko nim postępowaniu w OIL.

NIK zauważa, że zapisy w ogłoszeniu przewidywały, że zaświadczenie o niekaralności zawodowej lekarza z OIL to dokument wymagany w każdym przypadku. Natomiast – zgodnie z treścią ogłoszenia – pozostałe dokumenty aplikacyjne nie były wymagane wobec osób, z którymi Oddział zawarł umowy w 2016 r.

(akta kontroli tom I str. 68-70, 156, 378, 414, 416-417)

OCENA CZĄSTKOWA

Zadania w zakresie orzecznictwa lekarskiego Oddział realizował w 2018 r. przy pełnej, a w 2019 r. przy niepełnej obsadzie kadrowej (7,4 etatu przy planowanych 11,4 etatach). Występowały trudności w pozyskiwaniu lekarzy orzeczników do pracy w Oddziale. W wyniku przeprowadzonych dwóch naborów na sześć etatów zatrudniono dwóch lekarzy na łącznie 1,4 etatu. Nabory na stanowiska lekarzy orzeczników Oddział przeprowadził zgodnie z przepisami art. 74a-74f ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Zatrudnieni w Oddziale lekarze orzecznicy spełniali wymogi formalne określone w przepisach § 11 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.

Trudności występowały również w zakresie pozyskiwania niektórych specjalistów do pracy w charakterze konsultanta – Oddział nie nawiązał współpracy z co najmniej dwoma lekarzami specjalistami w danej dziedzinie. W ramach przeprowadzonego konkursu od konsultantów nie egzekwowano zaświadczeń o niekaralności zawodowej, a w umowach z nimi zawieranych nie zamieszczano zapisu dotyczącego możliwości żądania przez Oddział uzupełnienia opinii.

Chociaż liczba orzeczeń wydanych w związku z rehabilitacją leczniczą się zmniejszyła, to liczba orzeczeń ogółem wzrosła. Liczba orzeczeń przypadająca na jednego lekarza orzecznika wzrosła ze 195 – w styczniu 2018 r. do 330 – w grudniu 2019 r. Wiązało się to ze zmniejszeniem zatrudnienia lekarzy orzeczników oraz z wejściem w życie ustawy o świadczeniu uzupełniającym i wydawaniem w tym zakresie orzeczeń. Miało to przełożenie na czas poświęcony na wydanie orzeczenia, który został istotnie skrócony. Ośmiu z 10 objętych kontrolą lekarzy orzeczników wydawało orzeczenia na podstawie dokumentacji medycznej (w trybie zaocznym), w czasie krótszym niż normy przewidziane przez Centralę ZUS.

OBSZAR

2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

Opis stanu faktycznego

1. Wydawanie orzeczeń było uregulowane rozporządzeniem w sprawie kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz Procedurą 9.1. Badanie prawidłowości wydawania orzeczeń przeprowadzono na próbie 16 spraw z 2018 r.²⁹, w których

²⁹ Wnioski w tych sprawach zostały złożone i rozpatrzone w 2018 r.

lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji³⁰. Badanie wykazało, że każda ze spraw została przydzielona przez GLO lub jego zastępcę poprzez losowanie w aplikacji WO. W czterech przypadkach³¹ osoba zainteresowana wniosła sprzeciw do komisji lekarskiej w sprawie wydanego orzeczenia. W dwóch przypadkach³² lekarz orzecznik zwrócił się do przychodni podstawowej opieki zdrowotnej ubezpieczonego z prośbą o uzupełnienie dokumentacji medycznej. W żadnej z badanych spraw Prezes ZUS nie zgłosił zarzutu wadliwości orzeczenia.

(akta kontroli tom II str. 31-37, 156-187)

Analizą objęto również 72 sprawy z 2018 r.³³, w których wydano orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, w tym po 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku:

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

W dwóch przypadkach³⁴ sprawa została przydzielona do wybranego lekarza orzecznika, a GLO lub jego zastępca nie sporządził uzasadnienia w aplikacji WO. Obowiązek sporządzenia uzasadnienia w przypadku przydzielenia sprawy orzecznikowi bez losowania wynikał z Procedury 9.1. (w pkt 1 cz. I Załącznika nr 6).

W żadnej z badanych spraw osoba zainteresowana nie wniosła sprzeciwu do komisji lekarskiej w sprawie wydanego orzeczenia. W żadnej z badanych spraw Prezes ZUS nie zgłosił zarzutu wadliwości orzeczenia.

Zgodnie z pkt 4 cz. III Załącznika Nr 6 do Procedury 9.1 GLO lub jego zastępca przeprowadził analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia w przypadku 87 z 88 zbadanych spraw³⁵.

W żadnej z 88 skontrolowanych spraw lekarze orzecznicy nie stosowali Wzoru Uzasadnienia i podsumowania ustaleń orzeczniczych zamieszczonego w Procedurze 9.1 w załączniku nr 3 – Wzory dokumentów wewnętrznych, poz. 6. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że lekarze orzecznicy w wydawanych orzeczeniach kierują się utwalonymi nawykami w sporządzaniu opinii i orzeczeń. Lekarz orzecznik formułując treść orzeczenia opiera się na badaniu bezpośrednim, analizie dokumentacji medycznej, wynikach badań dodatkowych oraz doświadczeniu wynikającym z wieloletniej pracy w orzecznictwie.

W 17 sprawach z 88 skontrolowanych orzeczenia zostały wydane przez lekarza o specjalności innej niż typ schorzenia, w sprawie którego orzekał³⁶. W przypadku dwóch³⁷ z tych 17 spraw lekarz orzecznik skorzystał z opinii konsultanta. Dyrektor

³⁰ Tylko te przypadki, w których lekarz orzecznik uznał rehabilitację za niecelową, tj. uznał, że osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokowała odzyskania zdolności do pracy.

³¹ Sprawy nr: 030/6410/4628/16, 030/6410/4090/16, 030/6410/ , 030/6410/4831/17.

³² Sprawy nr: 030/6410/4427/16, 030/6410/4831/17.

³³ W których wnioski wpłynęły, zostały rozpatrzone oraz osoba skierowana zakończyła turnus rehabilitacyjny w tym roku.

³⁴ Sprawy nr: 030/6410/6009/18, 003072544.

³⁵ Nr sprawy, w której nie było analizy 030/6410/792/13.

³⁶ Lekarz o specjalności choroby płuc orzekał w sprawach: 030/6410/5924/18 (schorzenie: nowotwór złośliwy sutka), 030400/602/2053, 030400/602/2220, 003023662 (choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem rdzenia kręgowego), 030400/602/2230 (reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne), 030/6410/5572/17 (zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa), 030400/602/2225 (choroba zwyrodnieniowa stawów), 003062367, 0454191 (inne choroby krążka międzykręgowego), 003033529, 003016764 (przewlekła choroba niedokrwienna serca), lekarz o specjalności anestezjologia orzekał w sprawach: 030/6410/267/13 (schorzenie: przewlekłe zapalenie krtani), 030400/602/2076 (choroba krążka międzykręgowego szyjnego z uszkodzeniem rdzenia kręgowego), 030400/602/2069 (inne choroby krążka międzykręgowego), 2079788 (następstwa gruźlicy), 003067812 (zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych), 003053024 (złamanie kości udowej).

³⁷ Sprawy nr: 030400/602/2230, 003033529.

wyjaśnił, że w przywołanych sprawach GLO lub jego zastępca nie uznali tych spraw za sytuacje uzasadnione do wyznaczenia konkretnego lekarza, posiadającego specjalizację zgodną z ocenianą jednostką chorobową. Obowiązującą zasadą jest przydział spraw do poszczególnych lekarzy orzeczników poprzez ich losowanie w aplikacji WO. Przydział bezpośredni danej sprawy do lekarza orzecznika powinien być sporadyczny.

W żadnej z 88 spraw nie zlecono przeprowadzenia dodatkowych badań medycznych. W trzech przypadkach skorzystano z opinii konsultanta³⁸. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że zlecenie przeprowadzenia dodatkowego badania specjalistycznego lub korzystanie z opinii lekarza konsultanta w danej dziedzinie nie może dotyczyć każdego badania orzeczniczego, a tylko takiego, gdy będzie miało swoje merytoryczne uzasadnienie. Zlecenie dodatkowych badań specjalistycznych i opinii konsultantów podlega nadzorowi, ponieważ generuje dodatkowe koszty po stronie orzecznictwa.

(akta kontroli tom I str. 137-147, tom II str. 20-22, 50-55, 68-97, 126-131, 198-331)

2. Kierowanie osób na rehabilitację leczniczą do ośrodków rehabilitacyjnych odbywało się na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz Procedury³⁹ 9.3.

Badanie przestrzegania ww. przepisów w toku kierowania na rehabilitację leczniczą przeprowadzono na próbie 72 spraw wybranych do kontroli pod kątem prawidłowości wydawania orzeczeń o potrzebie rehabilitacji. Żadna ze skierowanych osób nie odstąpiła od rehabilitacji leczniczej. Dokumentację dotyczącą rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej oraz zawierającą dane o stanie zdrowia zabezpieczano prawidłowo (przechowywano w teczkach PRL i MED). Osoby skierowane na rehabilitację leczniczą przebywały na turnusie rehabilitacyjnym trwającym 24 dni⁴⁰. W siedmiu sprawach⁴¹ na prośbę ubezpieczonego zmieniono termin rozpoczęcia rehabilitacji.

Dla zbadanych 72 spraw średnie okresy procedowania w toku kierowania na rehabilitację leczniczą wynosiły:

- od wpływu wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji 109 dni (od 29 dni do 256 dni);
- od wpływu wniosku do wydania orzeczenia 10 dni (od 5 dni do 21 dni);
- od wydania orzeczenia do emisji skierowania 16 dni (od 10 dni do 32 dni);
- od emisji skierowania do rozpoczęcia turnusu 86 dni (od 7 dni do 232 dni).

Stosownie do pkt 3 Załącznika nr 3 – Instrukcja dotycząca kierowania na rehabilitację leczniczą do zarządzenia Nr 41 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3 „Realizacja rehabilitacji leczniczej”⁴² wnioski o rehabilitację leczniczą zostały obsłużone w terminie nie przekraczającym 8 dni od daty ich wpływu do Oddziału. Okres liczony od daty wydania orzeczenia do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację, określony w pkt 8 Załącznika nr 3 w przypadku jednej sprawy⁴³ wynosił 32 dni i przekroczył wyznaczony termin o dwa dni. W 14 sprawach⁴⁴ emisja zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację nastąpiła

³⁸ W sprawie nr 030400/602/2230, 003033529, 003058187.

³⁹ 84 wnioski o rehabilitację zostały złożone do 24.06.2018 r. w czasie obowiązywania Procedury 9.3 w wersji 1.0, natomiast sprawy o nr 003058187, 4003070890, 003023662, 003072544 w czasie obowiązywania Procedury 9.3 w wersji 1.1.

⁴⁰ Zgodnie z przepisami § 7 ust. 1 rozporządzenia w sprawie kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą.

⁴¹ Sprawy nr: 030/6410/3515/16, 030/6410/4738/18, 030/6410/5924/18, 030/6410/5964/18, 030/6410/267/13, 030400/602/2053, 030000/602/3107.

⁴² Dalej: Załącznik nr 3.

⁴³ Sprawa nr 003072638.

⁴⁴ Nr spraw: 030400/602/2053, 030400/602/2076, 030100/602/1555, 030400/602/2230, 030400/602/2069, 030100/602/1484, 030100/814/216, 030/6410/5572/17, 030/6410/5430/17, 030100/602/1573, 030000/602/3107, 030000/602/3095, 030100/602/1540, 030000/602/3185.

czternastego dnia od wydania orzeczenia, a zgodnie z pkt 10 ww. załącznika emisja przedmiotowego zawiadomienia powinna zostać zrealizowana nie wcześniej niż po 14 dniach od wydania orzeczenia.

Dyrektor wyjaśnił, że powodem było nieprawidłowe wyliczenie terminu przez pracownika WOLiP, który w okres 14 dni uwzględnił również dzień wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika. Ponieważ aplikacja WL umożliwiła emisję zawiadomienia 14 dnia (wcześniej nie było takiej możliwości w aplikacji WL), pracownik nie zauważył nieprawidłowości. W wyniku nadzoru przeprowadzonego przez Naczelnika WOLiP, od drugiej połowy 2018 r. emisja zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację realizowana była po 14 dniach od dnia wydania orzeczenia.

(akta kontroli tom I str. 175-176, tom II str. 13-17, 20-22, 27-29, 50-55, 68-73, 92-97, 126-131, 152-153, 332-407)

3. W badanej próbie 72 spraw dotyczących osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą w 2018 r. 36 spraw zostało rozpatrzonych na podstawie wniosku lekarza leczącego oraz 36 spraw w trakcie ustalania uprawnień do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego i przy ustalaniu uprawnień do renty z tytułu niezdolności do pracy. Liczba dni niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 14 838 do 11 396, tj. o 23,2%, zmalała również kwota wypłaconych świadczeń z 849,5 tys. zł do 581,2 tys. zł, tj. o 31,6%. Kwota składek ubezpieczenia społecznego wzrosła z 469,5 tys. zł do 587,4 tys. zł, tj. o 25,1%.

Łącznie rok po skończeniu rehabilitacji na rynku pracy pozostawało i nie pobierało żadnych świadczeń 14 osób (19,4%), a siedem osób (9,7%) pobierało świadczenia od jednego do pięciu dni. Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy pobierało 50 osób (69,4%), z tego trzy osoby po rencie pracowały (4,2% ogółu) i trzy osoby po ustaniu świadczenia rehabilitacyjnego pracowały (4,2% ogółu).

Jednocześnie spośród tej próby u 45 osób nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego (62,5%), u 25 osób stan funkcjonalny pozostał bez zmian (34,7%), u dwóch osób uległ pogorszeniu (2,8%).

Dyrektor wyjaśnił, że czynnik niepodjęcia pracy zawodowej po przebytej rehabilitacji leczniczej nie może być jedynym parametrem wskazującym na jej skuteczność. Skuteczność rehabilitacji leczniczej była zależna od stopnia zaawansowania zmian chorobowych. Celem rehabilitacji było także spowolnienie procesów chorobowych, które mogłyby pogorszyć wydolność organizmu i pogłębić stopień długotrwałej niezdolności do pracy. Istotny był również czynnik ekonomiczny i motywacja ubezpieczonych do powrotu na rynek pracy.

(akta kontroli tom II str. 27-28, 50-67, 68-73, 80-91, 92-97, 107-131, 136-148)

W badanej próbie 18 spraw, w których 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 liczba dni niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 224 do 165, tj. o 26,3%, zmalała również kwota wypłaconych z tego tytułu świadczeń z 20,1 tys. zł do 17,1 tys. zł, tj. o 14,9%. Kwota składek ubezpieczenia społecznego uległa zwiększeniu z 297,7 tys. zł do 326,4 tys. zł, tj. o 9,6%. Wszystkie osoby po upływie roku od zakończenia rehabilitacji były zatrudnione⁴⁵.

Z ww. próby żadnego świadczenia nie pobierało dziewięć osób (50,0%), a wśród pozostałych osób pobierających świadczenia, osiem osób (44,4% ogółu) pozostało na świadczeniach związanych z inną jednostką chorobową. Niezdolność do pracy wskutek choroby trwała dłużej niż 30 dni w przypadku dwóch osób (11,1%), siedem

⁴⁵ 17 osób na podstawie umowy o pracę, jedna prowadziła działalność gospodarczą do 29.06.2018 r., potem była zatrudniona na podstawie umowy o pracę.

osób (38,9%) było niezdolnych do pracy do 30 dni (w tym sześć osób od jednego do pięciu dni). Jednocześnie w opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji spośród tej próby u wszystkich osób wskazano poprawę stanu funkcjonalnego.

W grupie tej okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do dnia rozpoczęcia rehabilitacji wynosił średnio 132 dni (od 67 do 236 dni⁴⁶).

Dyrektor wyjaśnił, że WOLiP nie miał wpływu na długotrwały okres oczekiwania na rehabilitację leczniczą. Pracownik wydziału przydziela osobie uprawnionej pierwsze dostępne w aplikacji Wspomaganie prewencji⁴⁷ miejsce, najbliższe miejsca zamieszkania, zgodnie z rodzajem schorzenia. Harmonogram turnusów w ośrodkach rehabilitacyjnych ustala Departament Prewencji i Rehabilitacji.

(akta kontroli tom II str. 20-22, 27-28, 50-67)

W badanej próbie 18 spraw, w których 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) liczba dni niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 2 249 przed rehabilitacją do 1 185 po rehabilitacji, tj. o 47,3%, zmalała również kwota wypłaconych z tego tytułu świadczeń z 132,9 tys. zł do 60,4 tys. zł, tj. o 54,6%. Kwota składek ubezpieczenia społecznego uległa zwiększeniu z 149,5 tys. zł do 180,7 tys. zł, tj. o 20,9%. Po roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej 16 osób (88,9%) było zatrudnionych, dwie osoby (11,1%) pobierały świadczenie rehabilitacyjne.

Z ww. próby niezdolność do pracy wskutek choroby trwała dłużej niż 30 dni w przypadku pięciu osób (27,8%), siedem osób (38,9%) było niezdolnych do pracy do 30 dni (od 1 do 29 dni), natomiast cztery osoby (22,2%) pracowały i nie pobierały żadnego świadczenia. Jednocześnie w opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji spośród tej próby u 14 osób wskazano poprawę stanu funkcjonalnego (77,8%), a u czterech osób stan funkcjonalny pozostał bez zmian (22,2%).

W grupie tej okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do dnia rozpoczęcia rehabilitacji wynosił średnio 101 dni (od 35 do 256 dni⁴⁸).

(akta kontroli tom II str. 68-91)

W badanej próbie 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał świadczenie rehabilitacyjne liczba dni niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 6 104 do 4 467, tj. o 26,8%, zmalała również kwota wypłaconych świadczeń z 438,1 tys. zł do 252,5 tys. zł, tj. o 42,4%. Kwota składek ubezpieczenia społecznego wzrosła z 16,9 tys. zł do 52,2 tys. zł, tj. o 208,9%. Pomimo, że w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji wszystkie osoby pobierały świadczenia z FUS⁴⁹, to w czterech przypadkach (22,2%) były to świadczenia rehabilitacyjne⁵⁰ przyznane przed rehabilitacją i po ich zakończeniu nie przyznawano im kolejnych świadczeń, cztery osoby (22,2%) pozostały na świadczeniach związanych z inną jednostką chorobową, natomiast 10 osób (55,6%) pozostało na świadczeniach związanych z tą samą jednostką chorobową, która stanowiła podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. Do pracy powróciły trzy osoby (16,7%), cztery osoby pobierały świadczenia rehabilitacyjne⁵¹, 10 osobom, po zakończeniu pobierania świadczenia

⁴⁶ W sprawie nr 030/6410/3515/16 długi czas oczekiwania na rehabilitację wynikał z uwzględnienia prośby ubezpieczonego o wyznaczenie terminu turnusu na wrzesień 2018 r.

⁴⁷ Dalej aplikacja WL.

⁴⁸ W sprawie nr 030/6410/5932/18 przyczyną długotrwałego oczekiwania była ograniczona ilość miejsc o profilu leczenia narządu głosu. W 2018 r. były duże trudności z kierowaniem spraw na ww. schorzenie z powodu ograniczonej ilości miejsc w turnusach. Na ilość miejsc w turnusach Oddział nie miał wpływu.

⁴⁹ Związane ze schorzeniami, na które były rehabilitowane.

⁵⁰ Po zakończeniu rehabilitacji pozostawały od 2 do 62 dni na świadczeniu rehabilitacyjnym.

⁵¹ W tym jedna osoba na schorzenie związane z inną jednostką chorobową, a dwie osoby z tą samą jednostką chorobową.

rehabilitacyjnego przyznano rentę okresową⁵², o jednej osobie Oddział nie miał danych. Jednocześnie w opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji spośród tej próby u ośmiu osób wskazano poprawę stanu (44,4%), u dziewięciu osób stan funkcjonalny pozostał bez zmian (50,0%), u jednej osoby uległ pogorszeniu (5,6%). W grupie tej okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do dnia rozpoczęcia rehabilitacji wynosił średnio 89 dni (od 29 do 175 dni⁵³).

Dyrektor wyjaśnił, że nie uważa, aby przeprowadzona rehabilitacja lecznicza cechowała się niską skutecznością. Fakt, że ubezpieczony po odbytej rehabilitacji nadal pozostawał niezdolny do pracy, nie może być interpretowany jako niska skuteczność takiego leczenia. Sam wynik rehabilitacji leczniczej, nawet pozytywny, nie skutkuje trwałym odzyskaniem zdolności do pracy i powrotem do aktywności zawodowej. Podstawą dalszego orzekania dla lekarza orzecznika o zdolności, czy też braku zdolności do pracy był całokształt stanu zdrowotnego ubezpieczonego. Przy ujawnionych nowych okolicznościach o stanie zdrowia osoby podlegającej badaniu, niejednokrotnie zachodziła konieczność orzekania o dalszej niezdolności do pracy.

(akta kontroli tom II str. 27-28, 92-125)

W badanej próbie 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy liczba dni niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 6 261 do 5 579, tj. o 10,9%, zmalała również kwota wypłaconych świadczeń z 258,4 tys. zł do 251,2 tys. zł, tj. o 2,8%. Kwota składek ubezpieczenia społecznego wzrosła z 5,4 tys. zł do 28,1 tys. zł, tj. o 420,4%. W ciągu roku od zakończenia rehabilitacji wszystkie osoby pobierały rentę okresową, jednak w trzech przypadkach (16,7%) były to świadczenia przyznane przed rehabilitacją i po ich zakończeniu nie przyznano kolejnych świadczeń. Po wykorzystaniu świadczenia trzy osoby (16,7%) pracowały, 15 osób (83,3%) pozostało na rencie (w tym dwie osoby były na rencie i pracowały). Na świadczeniach związanych z tą samą jednostką chorobową, która stanowiła podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji pozostało 12 osób (66,7%), trzy osoby (16,7%) pozostały na świadczeniach związanych z inną jednostką chorobową. Jednocześnie w opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji spośród tej próby u pięciu osób wskazano poprawę stanu funkcjonalnego (27,7%), u 12 osób stan funkcjonalny pozostał bez zmian (66,7%), natomiast u jednej osoby uległ pogorszeniu (5,6%).

W grupie tej okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do dnia rozpoczęcia rehabilitacji wynosił średnio 114 dni (od 48 do 146 dni⁵⁴).

Dyrektor wyjaśnił, że osoby pobierające rentę okresową mają utrwaloną postawę pro rentową. Prowadzona rehabilitacja lecznicza mogła poprawić w pewnym stopniu ich stan zdrowia, ale nie w takim, aby lekarz orzecznik przy kolejnym badaniu orzeczniczym nie miał już wątpliwości co do braku zasadności orzeczenia o dalszym świadczeniu.

(akta kontroli tom II str. 27-28, 126-147)

W badanej próbie 16 spraw, w których odmówiono wnioskodawcy prawa do rehabilitacji, z uwagi na to, że nie rokuje szans na odzyskanie zdolności do pracy, liczba dni niezdolności do pracy zmalała z 500 do 364, tj. o 27,2%, zmalała również kwota wypłaconych świadczeń z 30,8 tys. zł do 16,6 tys. zł, tj. o 46,1%. Kwota

⁵² W tym siedmiu osobom, po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przyznano rentę okresową na to samo schorzenie.

⁵³ Sprawa nr: 030000/602/3107. Ubezpieczony po wykorzystaniu świadczenia rehabilitacyjnego miał przyznane prawo do renty okresowej.

⁵⁴ W 13 sprawach nr: 0459085, 003062724, 003023662, 003062367, 003072544, 003033529, 0454191, 003016764, 003067699, 0454191, 003070890, 003058187 i 003067812 czas oczekiwania na rehabilitację przekraczał 100 dni – wynosił odpowiednio: 102, 109, 111, 115, 116, 125, 126, 132, 137, 139, 141, 144 i 146 dni.

składek ubezpieczenia społecznego wzrosła z 168,7 tys. zł do 190,4 tys. zł, tj. o 12,9%. Po roku od dnia złożenia wniosku o potrzebie rehabilitacji leczniczej 12 osób (75,0%) pracowało, cztery osoby (25,0%) były na rencie.

Dyrektor wyjaśnił, że wydanie orzeczenia o braku celowości rehabilitacji leczniczej ze względu na istnienie przewlekłych schorzeń, nie umożliwia wykonywania pracy zawodowej ubezpieczonym.

(akta kontroli tom II str. 27-28, 32-49)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Dwie sprawy⁵⁵ przydzielono do wybranego lekarza orzecznika, tj. z pominięciem losowania i nie sporządzono uzasadnienia w aplikacji WO.

Zgodnie z pkt 1 części I „Postanowienia ogólne” Załącznika nr 6 – Instrukcja sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie do zarządzenia Nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1 „Wydawanie orzeczeń” w przypadku przydzielenia sprawy do wybranego lekarza orzecznika, główny lekarz orzecznik albo jego zastępca sporządza uzasadnienie w WO.

Dyrektor wyjaśnił, że brak uzasadnienia wynikał z przeoczenia GLO spowodowanego chwilowym natłokiem spraw.

(akta kontroli tom I str. 137-147, tom II str. 20-22, 234-235, 330-331)

2. W jednej sprawie⁵⁶ termin obsługi orzeczenia liczony od daty wydania orzeczenia do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację przekroczył 30 dni i wynosił 32 dni.

Zgodnie z pkt 20 Załącznika Nr 3 termin obsługi orzeczenia, nie powinien przekroczyć 30 dni liczonych od daty wydania orzeczenia do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację.

Dyrektor wyjaśnił, że przekroczenie terminu wynikało z konieczności oczekiwania na zakończenie postępowania rentowego celem potwierdzenia prawa ubezpieczonego do rehabilitacji. Po uzyskaniu informacji z Wydziału Świadczeń Emerytalno-Rentowych, pracownik WOLiP tego samego dnia przekazał osobie uprawnionej zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację.

(akta kontroli tom I str. 175-176, tom II str. 20-22, 126-131, 154-155, 386)

OCENA CZĄSTKOWA

Lekarze orzecznicy Oddziału stosownie do przepisów rozporządzenia w sprawie kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz odpowiednio Procedurą 9.1 i Procedurą 9.3 sporządzali orzeczenia i kierowali osoby na rehabilitację leczniczą.

Pomimo, że w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji leczniczej zmalała zarówno liczba dni niezdolności do pracy (o 23,2%), jak również kwota świadczeń wypłaconych z FUS (o 31,6%), a u 62,5% (wg opinii lekarzy) nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego rehabilitowanych, to jednak świadczenia z FUS pobierało nadal 69,4% ubezpieczonych objętych kontrolą⁵⁷. W tym okresie żadnych świadczeń z FUS nie pobierało 14 osób (19,4%). Średni czas oczekiwania na rehabilitację liczony od dnia złożenia wniosku do dnia rozpoczęcia rehabilitacji wynosił 109 dni (od 29 dni do 256 dni) i w ocenie NIK mógł mieć wpływ na efektywność rehabilitacji.

Najniższą skuteczność odnotowano w grupie osób, które przed rehabilitacją pobierały rentę okresową. Czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji w tej grupie badanych wynosił średnio 114 dni, przy czym 13 (tj. 72,2%) ubezpieczonych na rehabilitację oczekiwało ponad 100 dni. W ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji,

⁵⁵ Sprawy nr: 030/6410/6009/18, 003072544.

⁵⁶ Sprawa nr 003072638.

⁵⁷ Z tego 4,2% po rencie pracowało i 4,2% po ustaniu świadczenia rehabilitacyjnego pracowało.

świadczenia związane z tą samą jednostką chorobową, która stanowiła podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, nadal pobierało aż 66,7% ubezpieczonych (12 osób), a 16,7% (trzy osoby) pozostało na świadczeniach związanych z inną jednostką chorobową. Po roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej 16,7% osób po wykorzystaniu świadczenia z FUS było zatrudnionych, a 83,3% osób pozostało na rencie. Wśród osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierały świadczenie rehabilitacyjne, w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji wszystkie osoby pobierały świadczenia z FUS⁵⁸, ale w czterech przypadkach (22,2%) była to kontynuacja świadczeń przyznanych przed rehabilitacją⁵⁹. Cztery osoby (22,2%) pozostały na świadczeniach związanych z inną jednostką chorobową, a 10 osób (55,6%) pozostało na świadczeniach związanych z tą samą jednostką chorobową. Do pracy powróciły trzy osoby (16,7%), cztery osoby (22,2%) pobierały świadczenia rehabilitacyjne⁶⁰, 10 osobom (55,6%), po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przyznano rentę okresową⁶¹, o jednej osobie Oddział nie miał danych. Oczekiwanie na rehabilitację było krótsze w porównaniu do pozostałych objętych badaniem grup i wynosiło średnio 89 dni. W grupie osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierały zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miały być rehabilitowane (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana), w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji liczba dni niezdolności do pracy uległa zmniejszeniu o 47,3%, zmalała również kwota wypłaconych z tego tytułu świadczeń o 54,6%. W ciągu roku od zakończenia rehabilitacji 88,9% ubezpieczonych (16 osób) pracowało, jednak niezdolność do pracy wskutek choroby trwała dłużej niż 30 dni w przypadku 27,8% z nich. W tej grupie objętej badaniem czas oczekiwania na rehabilitację wynosił średnio 101 dni, przy czym jedna osoba (5,6%) na rehabilitację oczekiwała powyżej sześciu miesięcy, po jej zakończeniu wróciła na rynek pracy. Najlepsze efekty rehabilitacja lecznicza przyniosła w przypadku osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierały żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które były rehabilitowane. W tej grupie osób oczekiwania na rehabilitację wynosiło średnio 132 dni, przy czym jedna osoba (tj. 5,6%) na rehabilitację oczekiwała powyżej sześciu miesięcy⁶². Wszystkie osoby po upływie roku od zakończenia rehabilitacji były zatrudnione. W okresie roku od zakończenia rehabilitacji żadnych świadczeń z FUS nie pobierało 50,0% z nich, u 33,3% niezdolność do pracy trwała od jednego do pięciu dni, a tylko u 11,1% osób niezdolność do pracy wskutek choroby trwała dłużej niż 30 dni.

NIK zauważa jednocześnie, że w badanej próbie 16 ubezpieczonych, którym odmówiono prawa do rehabilitacji, z uwagi na to, że nie roszą szans na odzyskanie zdolności do pracy zmalała zarówno liczba dni niezdolności do pracy (o 27,2%), jak również kwota wypłaconych świadczeń (o 46,1%). Po roku od dnia złożenia wniosku o potrzebie rehabilitacji 75,0% ubezpieczonych pracowało, a 25,0% było na rencie. Oddział prawidłowo prowadził postępowania w sprawach kierowania ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą jednak w jednym przypadku przekroczono termin obsługi orzeczenia liczony od wydania orzeczenia do emisji skierowania. Stwierdzono dwa przypadki niesporządzenia uzasadnienia w aplikacji WO w związku z przydzieleniem sprawy lekarzowi orzecznikowi z pominięciem losowania. NIK zauważa, że orzekanie przez lekarza o specjalizacji innej niż typ schorzenia, w sprawie którego orzeka, mogło mieć wpływ na ocenę rokowania co do

⁵⁸ Związane ze schorzeniami, na które były rehabilitowane.

⁵⁹ Tym osobom po zakończeniu świadczenia rehabilitacyjnego nie przyznawano kolejnych świadczeń.

⁶⁰ W tym jedna osoba na schorzenie związane z inną jednostką chorobową, a dwie osoby z tą samą jednostką chorobową.

⁶¹ W tym siedmiu osobom, po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przyznano rentę okresową na to samo schorzenie.

⁶² W sprawie nr 030/6410/3515/16 czas oczekiwania wynosił 236 dni i wynikał z uwzględnienia próśby ubezpieczonego o wyznaczenie terminu na wrzesień 2018 r.

odzyskania zdolności do pracy przez wnioskodawcę po przeprowadzeniu rehabilitacji.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Zamieszczanie w umowach z konsultantami zapisu dotyczącego możliwości żądania przez Oddział uzupełnienia opinii, jeżeli byłaby ona niekompletna.
2. Egzekwowanie od lekarzy konsultantów zaświadczeń o niekaralności zawodowej z OIL wymaganych ogłoszeniem o konkursie.
3. Sporządzanie przez GLO lub jego zastępcę uzasadnienia w aplikacji WO, w przypadku przydzielenia sprawy lekarzom orzecznikom z pominięciem losowania.
4. Przestrzeganie terminu obsługi orzeczenia od daty wydania orzeczenia do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację.

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 Lublinie. 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
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.

Lublin, 7 października 2020 r.

Kontroler
Monika Cieniuch
Starszy inspektor kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
podpis

.....
podpis

Paweł Gruszkiewicz
Inspektor kontroli państwowej

.....
podpis

Na podstawie art. 35c ust. 1 i 2 ustawy o NIK w tekście wystąpienia pokontrolnego z dnia 7 października 2020 r. znak: LLU.410.009.02.2020 dokonano sprostowania oczywistej omyłki pisarskiej poprzez zastąpienie, użytej w pkt 2 (na str. 17 w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”) w drugim zdaniu w sformułowaniu „Zgodnie z pkt 20 Załącznika Nr 3” cyfry „20” cyfrą „8”.

Lublin, dnia 7 grudnia 2020 r.

Kontroler
Paweł Gruszkiewicz
Inspektor kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
podpis

.....
podpis