



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.009.01.2020

Pan
Zdzisław Jaźwiec
Dyrektor
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Ostrowie Wielkopolskim
ul. Wysocka 1b
63-400 Ostrów Wielkopolski

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Ostrowie Wielkopolskim, ul. Wysocka 1b, 63-400 Ostrów Wielkopolski (dalej: Oddział ZUS)								
Kierownik jednostki kontrolowanej	Zdzisław Jaźwiec Dyrektor Oddziału ZUS, od 1 marca 2020 r. Poprzednio od 1 grudnia 2015 r. do 30 listopada 2019 r. Dyrektorem była Donata Szopińska-Frańczak, następnie w okresie od 1 grudnia 2019 r. do 29 lutego 2020 r. Mirosław Drjański pełnił obowiązki Dyrektora ZUS								
Zakres przedmiotowy kontroli	<table><tr><td>1.</td><td>Realizacja</td></tr><tr><td>zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym warunki kadrowe i organizacyjne</td><td></td></tr><tr><td>2.</td><td>Prawidłowość</td></tr><tr><td>ość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej</td><td></td></tr></table>	1.	Realizacja	zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym warunki kadrowe i organizacyjne		2.	Prawidłowość	ość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej	
1.	Realizacja								
zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym warunki kadrowe i organizacyjne									
2.	Prawidłowość								
ość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej									
Okres objęty kontrolą	Lata 2018-2019 ¹								
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²								
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu								
Kontroler	Joanna Józwiak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/56/2020 z 27 maja 2020 r. (akta kontroli str. 1-3)								

¹ Dla realizacji celów kontroli mogą być wykorzystane dowody sporządzone w latach wcześniejszych oraz w okresie późniejszym, a także dane statystyczne z tych okresów.

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

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Realizowany przez Oddział ZUS program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany do osób zagrożonych utratą zdolnością do pracy, ale rokujących jej odzyskanie był nie w pełni skuteczny. Pomimo, że w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji ubezpieczeni przebywali na świadczeniach z FUS⁴ przez okres krótszy o 21,6% i kwota wypłaconych im świadczeń z FUS była mniejsza o 6% niż przed rehabilitacją, a poprawę ich stanu funkcjonalnego ośrodki rehabilitacyjne stwierdziły w 68,1% przypadków, to jednak nadal 63,9% ubezpieczonych pobierało świadczenia z FUS w związku ze schorzeniem, na które byli rehabilitowani, a 31,9% nie powróciło na rynek pracy po upływie roku od przebytej rehabilitacji. Wśród osób przebywających przed skierowaniem na rehabilitację na zasiłku chorobowym, na świadczeniu rehabilitacyjnym i na rencie, w ciągu roku po jej zakończeniu, świadczenia z FUS na schorzenia, na które byli rehabilitowani pobierało nadal odpowiednio 55,6%, 77,8% i 94,4% z nich. W grupie osób niepobierających żadnych świadczeń z FUS przed rehabilitacją, po jej odbyciu 27,8% z nich pobierało świadczenia na schorzenia, na które byli rehabilitowani.

Oddział ZUS zadania w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej wykonywał w warunkach braków kadrowych lekarzy orzeczników; w 2018 r. nieobsadzonych było 2,7 etatów, a w 2019 r. 3,4 etatów. Z 16 naborów na stanowiska lekarzy orzeczników osiem nie zostało rozstrzygniętych, ze względu na brak kandydatów. Z uwagi na trudną sytuację kadrową lekarze orzecznicy średniomiesięcznie wydali tylko 135 (w 2018 r.) i 159 (w 2019 r.) orzeczeń lekarskich. Oddział ZUS przeprowadził nabory na stanowiska lekarzy orzeczników zgodnie z przepisami art. 74a-74f ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁵ oraz wewnętrznymi procedurami dotyczącymi naboru pracowników⁶. Zatrudnieni w Oddziale ZUS lekarze orzecznicy spełniali wymogi formalne określone w przepisach § 11 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy⁷. Niemniej jednak stwierdzono dwa przypadki przystąpienia do orzekania przez lekarzy orzeczników, pomimo nie ukończenia szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników. Oddział ZUS współpracował z lekarzami konsultantami i podmiotami wykonującymi badania dodatkowe. Jednakże nie wygzekwował od pięciu konsultantów stosowanych zaświadczeń potwierdzających ich niekaralność i nieskazitelną postawę etyczną pomimo, że obowiązek ich przedłożenia został ustalony w umowach zawartych z tymi konsultantami, a w procedurach wewnętrznych ZUS ustalono, że współpraca może zostać nawiązana wyłącznie z lekarzami o nieskazitelnym postawie etycznej.

Lekarze orzecznicy Oddziału ZUS wydawali orzeczenia oraz kierowali osoby na rehabilitację leczniczą ZUS zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne⁸ oraz odpowiednio Procedurą 9.1. Wydawanie orzeczeń⁹ i Procedurą

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Fundusz Ubezpieczeń Społecznych.

⁵ Dz. U. z 2020 r., poz. 266, dalej: ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych.

⁶ Dot. Załącznika nr 3 Instrukcja – Nabór pracowników (wersja 1.0. obowiązująca od 1.04.2017 r. do 11.08.2019 r.; wersja 1.1 obowiązująca od 12.08.2019 r.) do Procedury 13.1. Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych, dalej: załącznik nr 3 do Procedury 13.1.

⁷ Dz. U. Nr 273 poz. 2711, ze zm., dalej rozporządzenie w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.

⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 277, dalej: rozporządzenie w sprawie kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą.

9.3. Realizacja rehabilitacji leczniczej¹⁰. Jednakże przy wykonywaniu badań lekarskich orzecznicy nie przestrzegali norm czasu badań ustalonych przez Naczelnego Lekarza ZUS, przekraczając je nawet o 280 minut. Główny lekarz orzecznik Oddziału ZUS lub jego zastępca nie w pełni realizowali zadania nałożone na nich Procedurą 9.1. Stwierdzono przypadki (83,3%) braku sporządzenia uzasadnienia w aplikacji Wspomaganie Orzecznictwa dla przydzielenia spraw lekarzom orzecznikom z pominięciem losowania oraz niedochowania wymogu przeprowadzania analiz średnio 60% dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia w miesiącu. W okresie od sierpnia do grudnia 2019 r. wskaźnik ten kształtował się na poziomie od 46,6% do 55,1%.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹¹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.a. Zadania w zakresie rehabilitacji leczniczej w Oddziale ZUS realizował Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji¹², który był nadzorowany przez Głównego Lekarza Orzecznika¹³. W strukturach Oddziału ZUS nie działała komisja lekarska.

(akta kontroli, str. 4-98)

W latach 2018-2019 przeciętne zatrudnienie lekarzy orzeczników Oddziału ZUS wynosiło odpowiednio: 17 i 14,7 w przeliczeniu na pełen etat oraz odpowiednio 19,6 i 17,6 w przeliczeniu na osoby. Plan zatrudnienia lekarzy orzeczników w 2018 r. został wykonany w 86,3%, a w 2019 r. w 81,2%. Każdy z zatrudnionych lekarzy orzeczników posiadał specjalizację II⁰. W kontrolowanym okresie specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych posiadali lekarze zatrudnieni odpowiednio¹⁴: na 5,1 i 4,3 etatu; w zakresie chirurgii: 3,8 i 3,5 etatu; w zakresie neurologii: 2,0 i 1,9 etatu w zakresie psychiatrii: 2,4 i 1,4 etatu; w zakresie medycyny pracy: 0,9 i 0,8 etatu; w zakresie ortopedii i traumatologii po jednym etacie; w zakresie reumatologii po dwa etaty; w zakresie chorób płuc: 2,0 i 1,5 etatu; inne specjalizacje: 4,8 i 4,5 etatu.

(akta kontroli, str. 229, 235-236, 469)

Lekarze orzecznicy Oddziału ZUS w latach 2018-2019 wydali ogółem odpowiednio 27 456 i 28 094 orzeczenia. W 2018 r. na jednego lekarza orzecznika (w przeliczeniu na pełen etat) przypadało średnio w miesiącu 135 orzeczeń, a w 2019 r. - 159 orzeczeń.

⁹ Procedura 9.1 Wydawanie orzeczeń, wprowadzona Zarządzeniem nr 39 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1 „Wydawanie orzeczeń”, obowiązująca od 1.04.2017 r., dalej Procedura 9.1.

¹⁰ W okresie objętym kontrolą NIK obowiązywała Procedura 9.3. wersja 1.0. wprowadzona Zarządzeniem nr 41 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3 „Realizacja rehabilitacji leczniczej”, dalej: Procedura 9.3 wersja 1.0, a następnie Procedura 9.3 wersja 1.1. wprowadzona Zarządzeniem nr 40 Prezesa ZUS z dnia 25 czerwca 2018 r. zmieniającego wcześniejsze zarządzenie w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3 „Realizacja rehabilitacji leczniczej”, dalej: Procedura 9.3. wersja 1.1.

¹¹ 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.

¹² Dalej: WOLiP.

¹³ Dalej GLO; w okresie objętym kontrolą NIK stanowisko GLO zajmował Jerzy Rachut (od 1.01.2016 r. do 25.10.2019 r.), a następnie Barbara Gąszcz-Krakowiak (od 26.10.2019 r. do nadal), która w okresie od 10.06.2019 r. do 25.10.2019 r. pełniła obowiązki GLO.

¹⁴ Wielkość zatrudnienia w przeliczeniu na pełen etat.

Od 26 orzeczeń lekarskich o potrzebie rehabilitacji, wydanych w 2018 r. i w 2019 r. po 13 w każdym roku, osoby zainteresowane złożyły sprzeciw do komisji lekarskiej ZUS, która pięć orzeczeń z 2018 r. i jedno z 2019 r. rozpatrzyła pozytywnie. Zarzut wadliwości Prezes ZUS zgłosiła wobec dwóch orzeczeń wydanych w 2019 r., które następnie komisja lekarska zmieniła.

(akta kontroli, str. 234-236)

W badanym okresie WOLiP wydał odpowiednio: 1 214 i 1 114 skierowań na turnus rehabilitacyjny. W turnusach rehabilitacyjnych we wskazanym okresie uczestniczyło odpowiednio: 1 250 i 1 272 uprawnionych, a odpowiednio: 34 i 48 uprawnionych nie ukończyło rehabilitacji.

(akta kontroli, str. 235)

W kontrolowanym okresie, w 2018 r. pięciu lekarzy orzeczników wypracowało 72 nadgodziny, w 2019 r. lekarze nie pracowali w nadgodzinach. Dyrektor Oddziału ZUS potrzebę pracy lekarzy orzeczników w nadgodzinach wyjaśnił realizacją zadań z zakresu wprowadzania projektu e-ZLA i związaną z tym koniecznością weryfikacji wstecznych zwolnień lekarskich.

(akta kontroli, str. 398, 795)

W 2018 r. normy czasu dla badania przez lekarza orzecznika¹⁵ w sprawach rentowych wynosiły 40 min. dla badania bezpośredniego i 20 min. dla badania zaocznego. Z uwagi na wejście w życie od 1 października 2019 r. ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji¹⁶ normy te zostały skrócone, w tym dla badania bezpośredniego do 30 min., a dla badania zaocznego do 15 min. Wydłużone normy na badania lekarskie Naczelny Lekarz ZUS przywrócił od 13 kwietnia 2020 r. Na próbie harmonogramów badań na 3 grudnia 2018 r. dla siedmiu lekarzy orzeczników wykonujących w tym dniu badania i harmonogramie na 2 grudnia 2019 r. dla 10 lekarzy ustalono, że wystąpiły przypadki wykonania badań lekarskich w wymiarze czasu przekraczającym normy czasu pracy ustalone przez Naczelnego Lekarza ZUS, co zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli, str. 467-468, 1445-1488)

W latach 2018-2020 w Oddziale ZUS nie były prowadzone analizy norm czasu pracy dla lekarzy orzeczników. Czas pracy tych lekarzy, jak podał w wyjaśnieniach Dyrektor Oddziału ZUS, jest warunkowany harmonogramem badań, które wynikają z aplikacji Wspomaganie Orzecznictwa (WO), tzn. aplikacja rezerwuje czas załatwiania na badanie bezpośrednie – 40 minut, a na badanie zaoczne (na podstawie dokumentacji medycznej) – 20 minut. Na tej podstawie są przydzielane sprawy.

(akta kontroli, str. 796)

W kontrolowanym okresie Oddział ZUS nie występował do Centrali o zwiększenie etatów lekarzy orzeczników. W 2018 r. Oddział ZUS ogłosił sześć naborów na lekarzy orzeczników, z których dwa zostały rozstrzygnięte, a czterech nie rozstrzygnięto ze względu na brak kandydatów. W 2019 r. ogłoszonych zostało 10 naborów na lekarzy orzeczników, z których sześć zostało rozstrzygniętych, a pozostałych czterech nie rozstrzygnięto ze względu na brak kandydatów. W ogłoszeniach o naborach pożądanymi specjalizacjami były: choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria, medycyna pracy i medycyna społeczna. W dwóch naborach przeprowadzonych w 2018 r. wybrano w sumie trzech kandydatów, z którymi zostały zawarte umowy o pracę na stanowiska lekarza orzecznika.

¹⁵ Normy te ustalił Naczelny Lekarz ZUS w piśmie nr 991800/292/2017A z dnia 12.09.2017 r.

¹⁶ Dz. U. poz. 1622, dalej: ustawa o świadczeniu uzupełniającym.

W sześciu naborach przeprowadzonych w 2019 r. wybrano w sumie siedmiu kandydatów, z których jeden zrezygnował, a z pozostałymi sześcioma zostały zawarte umowy o pracę na stanowiska lekarza orzecznika.

(akta kontroli, str. 103-104, 229, 395)

Nabory na lekarzy orzeczników zostały przeprowadzone zgodnie z przepisami art. 74a-74f ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz wewnętrznymi procedurami dotyczącymi naboru pracowników¹⁷. Ogłoszenia o naborach i o ich wynikach oraz listy kandydatów zostały zamieszczone w Biuletynie Informacji Publicznej ZUS. Naczelnik Wydziału Kadrowo-Płacowego Oddziału ZUS podała, że informacje te były również zamieszczone na tablicy ogłoszeń Oddziału, którą administruje nadzorowany przez nią Wydział oraz, że nie tworzono w tym zakresie korespondencji, która mogłaby być potwierdzeniem zamieszczenia tych ogłoszeń. W ogłoszeniach o naborze w każdym przypadku został ustalony 14-dniowy termin na składanie dokumentów; protokoły z naborów zawierały elementy, o których mowa w przepisach art. 74e ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, a informacje o naborze – zawierały elementy określone przepisami art. 74f ust. 1 i 2 tej ustawy.

(akta kontroli, str. 103-229, 770-791)

W 2018 r. średni poziom wynagrodzeń miesięcznych lekarzy orzeczników wyniósł 8 190,63 zł, a w 2019 r. - 10 473,21 zł. W badanym okresie wskaźnik fluktuacji kadry lekarzy orzeczników kształtował się na poziomie 25,45% (w 2018 r.) i 28,40% (w 2019 r.). W każdym roku badanego okresu z pracy odeszło po pięciu lekarzy orzeczników, w tym po trzech odeszło za porozumieniem stron, a po dwóch za wypowiedzeniem przez pracownika. Średni wiek lekarzy orzeczników w tym okresie wyniósł odpowiednio: 60 i 59 lat.

(akta kontroli, str. 398)

Dyrektor Oddziału ZUS w wyjaśnieniach w sprawie poziomu wynagrodzeń lekarzy orzeczników nie odniósł się do tego, czy zapewnia on warunki stabilnego i trwałego zatrudnienia. Podał natomiast, że w ostatnich latach nie jest łatwym pozyskanie lekarzy na stanowiska lekarzy orzeczników ZUS oraz, że odzwierciedleniem sytuacji kadrowej w WOLiP jest przywołany wyżej wskaźnik fluktuacji kadry lekarskiej.

(akta kontroli, str. 793, 796)

1.b. Przeciętna liczba konsultantów zatrudnionych w Oddziale ZUS na podstawie umów innych niż umowy o pracę w 2018 r. wyniosła 28, a w 2019 r. – 31. Koszty świadczeń wypłaconych przez Oddział ZUS konsultantom za przeprowadzane badania i wydawane opinie w 2018 r. wyniosły 152 tys. zł, a w 2019 r. – 290 tys. zł, które w przeliczeniu na jednego zatrudnionego konsultanta wyniosły w tych latach odpowiednio: 5,4 tys. zł i 9,4 tys. zł.

(akta kontroli, str. 235)

Dyrektor Oddziału ZUS podał w wyjaśnieniach m.in., że co roku rozpoznaje się potrzeby w zakresie liczby konsultantów m.in na podstawie ilości wykonanych konsultacji w pierwszych czterech miesiąca każdego roku, a w wyborze ich specjalności Oddział kieruje się przede wszystkim najczęściej występującymi grupami schorzeń, z powodu których wydawane są orzeczenia osobom, które starają się o świadczenia rentowe.

(akta kontroli, str. 796)

W latach 2018-2019 konsultanci wydali średnio w miesiącu odpowiednio: 74 i 135 opinii. Średni poziom wynagrodzeń miesięcznych konsultantów z podziałem na

¹⁷ Dot. Załącznika nr 3 do Procedury 13.1.

lekarzy psychologów i lekarzy pozostałych wynosił w 2018 r. odpowiednio 1,1 tys. zł i 0,4 tys. zł, a w 2019 r. odpowiednio; 1,2 tys. zł i 0,5 tys. zł.

(akta kontroli, str. 398)

W 2017 r. Oddział ZUS zawarł z 28 konsultantami umowy w sprawie wydania specjalistycznych opinii medycznych dla osób ubiegających się o świadczenie krajowe i zagraniczne oraz w sprawach o kontrole prawidłowości wystawiania zwolnień lekarskich, obowiązujące przez cały 2018 r. W 2018 r. przedmiotowe umowy zostały zawarte z 39 konsultantami, z tego umowy zawarte z 30 konsultantami obowiązywały przez cały 2019 r., a umowy zawarte z dziewięcioma konsultantami obowiązywały do 31 grudnia 2020 r., z tego od 1 października 2019 r. (z siedmioma konsultantami); od 4 listopada 2019 r. i od 1 grudnia 2019 r. (po jednym konsultancie).

(akta kontroli, str. 230-233)

Wśród konsultantów zatrudnionych na podstawie umów obowiązujących w 2018 r. byli: psychiatry i kardiolodzy (po czterech); neurologi i psychologowie (po trzech); ortopedzi (dwóch); chirurg-stomatolog, foniatra-otolaryngolog, ginekolog-położnik, laryngolog, neurochirurg, okulista, ortopeda-traumatolog, psycholog kliniczny, pulmonolog, specjalista chorób oczu i reumatolog (po jednym)¹⁸.

Na podstawie umów obowiązujących w 2019 r. poza ww. 28 specjalistami zatrudniono ponadto 11 konsultantów, w tym: jednego chirurga dziecięcego i nefrologa; po dwóch - specjalistów chorób wewnętrznych, neurologów i psychiatrów; trzech psychologów. Podjęcie współpracy z dodatkowymi konsultantami było związane z wejściem w życie ustawy o świadczeniu uzupełniającym, nakładającej na lekarzy orzeczników nowe zadania w zakresie wydawania orzeczeń dla celów ustalenia tego świadczenia.

(akta kontroli, str. 230-233, 237-239)

Dyrektor Oddziału ZUS podał, że liczba konsultantów posiadających następujące specjalizacje: chirurga-stomatologa, foniatri-otolaryngologa, ginekologa-położnika, laryngologa, neurochirurga, psychologa klinicznego i reumatologa była wystarczająca dla obsługi spraw kierowanych przez lekarzy orzeczników do wydania opinii. W przypadku konsultantów o specjalizacji: ortopeda-traumatolog, okulista, specjalista chorób oczu, chirurg dziecięcy i nefrolog, Dyrektor wyjaśnił, że Oddziałowi nie udało się pozyskać drugiego konsultanta w tych specjalizacjach, z powodu braku chętnych lekarzy do współpracy z ZUS.

(akta kontroli, str. 797)

Na próbie pięciu¹⁹ umów o dzieło zawartych przez Oddział ZUS z konsultantami ustalono, że przy ich zawarciu przestrzegano procedur wewnętrznych w zakresie współpracy z konsultantami ZUS²⁰. W każdym przypadku Naczelnik WOLiP wysłała do lekarza konsultanta zaproszenie do negocjacji warunków dalszej współpracy oraz ustalenia stawki za sporządzenie jednostkowej opinii. Zespół powołany przez Dyrektora Oddziału ZUS do przeprowadzenia negocjacji z konsultantem w składzie GLO, Naczelnik WOLiP oraz pracownik tego Wydziału, sporządził notatkę z przeprowadzonych negocjacji, którą podpisał również konsultant, w której podana

¹⁸ W załączniku nr 9 w cz. II ust. 1 do Procedury 9.1 ustalono, że każdy Oddział współpracuje z co najmniej dwoma konsultantami tej samej specjalności.

¹⁹ Dotyczy umów o dzieło: nr 260000/1121/1/2017-OLP i nr 260000/1121/10/2017-OLP zawartych 11.12.2017 r. odpowiednio z psychiatrą, kardiologiem oraz nr 260000/1116/08/2018-OLP, nr 260000/1116/12/2018-OLP i nr 260000/1116/15/2018-OLP zawartych 28.11.2018 r. odpowiednio z neurologiem, kardiologiem i reumatologiem; umowy zostały zawarte na okres roku, z tego dwie umowy na cały 2018 r. i trzy umowy na cały 2019 r.

²⁰ Określonych w Załączniku Nr 9 – Instrukcja – ogólne warunki postępowania orzeczniczego w części II do Procedury 9.1.

była wysokość wynegocjowanej stawki jednostkowej. Wysokość wynegocjowanych stawek mieściła się w limicie ceny na badania zlecane w postępowaniu orzecznictwem ustalonym przez Prezesa ZUS. Umowy o dzieło zawarte z konsultantami zawierały elementy wymagane w przywołanych Procedurach 9.1. (załącznik nr 9 w cz. II ust. 2 pkt 6.1.-6.4.). Oddział ZUS od jednego z konsultantów uzyskał oświadczenie o jego niekaralności złożone po upływie ponad czterech miesięcy od zawarcia z nim umowy, jednakże od żadnego z pięciu konsultantów nie uzyskano dokumentów wymaganych przepisami § 1 pkt 11 zawartych z nimi umów, co zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli, str. 240-307, 513-514)

W latach 2018-2019 Oddział ZUS współpracował z trzema podmiotami świadczącymi usługi w zakresie badań dodatkowych, w tym badań układu krążenia i badań układu oddechowego. Dwa²¹ z tych podmiotów świadczyły przedmiotowe usługi zarówno w 2018 r. i 2019 r., a trzeci²² tylko w 2018 r. W badanym okresie Oddział ZUS zawarł z dwoma podmiotami umowy, trwające do 31 grudnia 2020 r.

(akta kontroli, str. 308-309)

Dyrektor Oddziału ZUS podał w wyjaśnieniach m.in., że potrzeby na usługi medyczne z zakresu badań dodatkowych i obserwacji są rozpoznawane przez Oddział na podstawie ilości wykonanych badań w pierwszych czterech miesiącach. Rozpoznanie takie wykonuje się co roku i szacuje na 2 lata, ponieważ umowy z placówkami medycznymi są podpisywane na okres 2 lat. Pod uwagę brana jest jakość i ilość dokumentacji medycznej, dostarczanej przez ubezpieczonych, którzy starają się o świadczenia rentowe.

(akta kontroli, str. 797)

Z jednym z podmiotów umowa została zawarta 25 stycznia 2019 r. na wykonywanie usług medycznych w zakresie prób wysiłkowych, echa serca i spirometrii o wartości ogółem 4 200 zł. Podmiot ten był jedynym, który wyraził zgodę na dalsze wykonywanie usług dla Oddziału ZUS, po rozmowach przeprowadzonych przez WOLiP z placówkami wykonującymi badania w poprzednim okresie, w związku z niewpłynięciem żadnej oferty w przeprowadzonym w IV kwartale 2019 r. postępowaniu w trybie zamówień publicznych na wykonywanie usług medycznych, o którym mowa dalej. Z drugim z podmiotów została zawarta umowa 1 lutego 2019 r. na wykonywanie usług medycznych w zakresie echa serca i próby wysiłkowej o wartości ogółem 1 800 zł. Podmiot ten został wybrany w postępowaniu o zamówienie publiczne na wykonywanie usług medycznych²³ przeprowadzonym zgodnie z przepisami art. 138o ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych²⁴.

(akta kontroli, str. 308-309, 522-767)

1.c. Zatrudnieni w Oddziale ZUS lekarze orzecznicy, w tym również w opisanych wyżej naborach, spełniali wymogi formalne określone w przepisach § 11 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. Szkoleniem nowozatrudnionych lekarzy orzeczników, wymaganym przepisami § 11 ust. 1 pkt 2

²¹ Na podstawie umów zawartych na okres od 1.01.2017 r. do 31.12.2018 r. i od 1.01.2019 r. do 31.12.2020 r.

²² Na podstawie umowy zawartej na okres od 1.01.2017 r. do 31.12.2018 r.

²³ Postępowanie pt. „Wykonywanie usług medycznych” (o szacunkowej wartości 41 712,78 euro i 179 853 zł) wszczęte zostało 10.10.2018 r.; podzielono je na 10 części, z których trzy dotyczyły usług w zakresie badań medycznych na rzecz osób ubiegających się o świadczenia rentowe o wartości szacunkowej zamówienia wynoszącej ogółem 1 391,57 EURO/6 000 PLN. W postępowaniu wpłynęła tylko jedna oferta na jedną z trzech części dotyczących usług medycznych na rzecz osób ubiegających się o świadczenia rentowe, której wartość szacunkowa wynosiła 417,47 EURO/1 800 PLN; w pozostałych dwóch częściach postępowanie zostało unieważnione ze względu na niezłożenie żadnej oferty niepodlegającej unieważnieniu.

²⁴ Dz.U. z 2019 poz.1843.

przyw. rozporządzenia, zgodnie z programem²⁵ szkolenia zatwierdzonym przez Prezesa ZUS objęci byli lekarze, którzy nie odbyli wcześniej przedmiotowego szkolenia.

(akta kontroli, str. 229, 469-489)

Spośród dziewięciu lekarzy orzeczników zatrudnionych w naborach przeprowadzonych w latach 2018-2019, pięcioro zostało ponownie zatrudnionych w Oddziale ZUS i w trakcie poprzedniego zatrudnienia w Oddziale odbyli przedmiotowe szkolenie. Pozostała czwórka odbyła przedmiotowe szkolenie w latach objętych kontrolą NIK. Spośród czterech nowozatrudnionych lekarzy, dwóch pierwsze orzeczenia wydało odpowiednio po upływie pięciu i 14 dni od zakończenia szkolenia, a pozostałych dwóch wydało pierwsze orzeczenie 11 dni przed zakończeniem przedmiotowego szkolenia, co zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli, str. 229, 396)

Lekarze orzecznicy, poza GLO, w okresie objętym kontrolą NIK uczestniczyli w trzech²⁶ szkoleniach, lekarz zajmujący stanowisko GLO do 25 października 2019 r. odbył trzy szkolenia, a lekarz zajmujący stanowisko GLO od 26 października 2019 r. odbyła osiem szkoleń. Żadne ze szkoleń, w którym uczestniczyli lekarze orzecznicy nie dotyczyło rehabilitacji leczniczej, natomiast GLO uczestniczyła w jednym z takich szkoleń pt. „Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne – zespół stresu pourazowego, astenia poobozowa”. Spośród lekarzy zatrudnionych w latach 2018-2019 w żadnym szkoleniu nie uczestniczyło siedmiu²⁷.

(akta kontroli, str. 312, 470)

Lekarze zatrudnieni na stanowisku lekarza orzecznika w latach 2018-2019 nie podnosili kwalifikacji zawodowych w celu uzyskania tytułu naukowego, stopnia naukowego lub specjalizacji.

(akta kontroli, str. 313)

1.d. Oddział ZUS w 2018 r. z zaplanowanej kwoty kosztów reprezentacji i reklamy w wysokości 6,0 tys. zł zrealizował kwotę 1,8 tys. zł (30,7%); w 2019 r. przedmiotowych kosztów nie planowano i nie poniesiono. Niewykonanie planu kosztów na 2018 r. wynikało z nieponoszenia kosztów wynajmu obiektu, opłat za wystawienie stoiska informacyjnego, kosztów promocji w środkach masowego przekazu. Zaprezentowane koszty promocji dotyczyły realizowanych przez ZUS projektów; nie ponoszono kosztów promocji działalności orzeczniczej oddziału ZUS.

(akta kontroli, str. 398, 413-414, 416-425, 450)

Oddział ZUS w kontrolowanym okresie prowadził działalność promocyjną, której celem było podnoszenie świadomości obywateli o systemie ubezpieczeń społecznych. Działalnością tą objętych zostało odpowiednio: 4014 i 5182 płatników, ubezpieczonych i świadczeniobiorców podczas przeprowadzonych odpowiednio 308 i 294 szkoleń z zakresu ubezpieczeń społecznych (m.in. e-Składka, e-ZLA, konstytucja biznesu, rodzicielskie świadczenia uzupełniające, świadczenia uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, e-Akta, PUE ZUS). W projekcie „Lekcje ZUS” uczestniczyło odpowiednio 3 141 i 3 997 uczniów, a w lekcjach i spotkaniach dotyczących ubezpieczeń społecznych uczestniczyło odpowiednio 1467 i 1233 uczniów.

²⁵ W okresie objętym kontrolą NIK obowiązywał Program szkolenia zatwierdzone przez Prezesa ZUS w lutym 2013 r., a następnie zaktualizowany we wrześniu 2019 r.

²⁶ Pt: „Prosty język”, „Szkolenie BHP A-B (e-learning)”, „Uprawnienia i praca w aspekcie bezpieczeństwa informacji”.

²⁷ Z tego trzech lekarzy zostało zatrudnionych od 30.12.2019 r., jeden od 8.10.2019 r., a z trzema stosunek pracy został rozwiązany odpowiednio: 31.01.2018 r., 26.02.2018 r. i 30.04.2018 r.

(akta kontroli, str. 798-908)

1.e. W latach 2018-2019 w ramach planu finansowego WOLiP Oddział ZUS poniósł koszty prowadzenia działalności orzeczniczej dotyczące: zakupu usług zdrowotnych na rzecz osób ubiegających się o świadczenia rentowe (odpowiednio: 2,0 tys. zł i 1,0 tys. zł), świadczeń wypłacanych lekarzom i psychologom za przeprowadzane badania i wydawane opinie (odpowiednio: 152 tys. zł i 290 tys. zł) i zwrotu kosztów przejazdu wzywanych na badania lekarskie (492 tys. zł i 420 tys. zł).

(akta kontroli, str. 235, 398)

Poza planem finansowym WOLiP Oddział ZUS w kontrolowanym okresie poniósł koszty z tytułu wynagrodzeń: GLO i jego zastępcy odpowiednio 321,1 tys. zł i 439,1 tys. zł (wzrost tych kosztów w 2019 r. spowodowany był wypłatą odprawy emerytalnej dla lekarza zatrudnionego na stanowisku GLO do 25 października 2019 r.); lekarzy orzeczników odpowiednio 1 439,6 tys. zł i 1 522,1 tys. zł oraz pracowników WOLiP odpowiednio 1 051,6 tys. zł i 1 274,9 tys. zł.

(akta kontroli, str. 792-792A)

1.f. W Oddziale ZUS zostały przeprowadzone dwie kontrole zewnętrzne nie obejmujące zagadnień związanych z rehabilitacją leczniczą, w tym jedna w 2018 r. przez Archiwum Państwowe w Kaliszu i jedna w 2019 r. przez Państwową Inspekcję Pracy.

(akta kontroli, str. 320-321)

Według rocznych sprawozdań z własnej działalności kontrolnej Wydziału Kontroli Wewnętrznej Oddziału ZUS za 2018 r. i 2019 r. oraz sprawozdania za okres od 1 stycznia 2019 r. do 28 lutego 2020 r. żadna z sześciu przeprowadzonych kontroli wewnętrznych nie dotyczyła zagadnień orzecznictwa lekarskiego i prewencji.

(akta kontroli, str. 324-354)

W okresie objętym kontrolą NIK, Departament Prewencji i Rehabilitacji ZUS przeprowadził w maju 2019 r. kontrolę prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej i rozpatrywaniem wniosków o świadczenia zdrowotne, w której nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli, str. 355-358)

W trakcie kontroli działalności głównego lekarza orzecznika, oceny orzeczeń o niezdolności do pracy i organizacji pracy orzecznictwa lekarskiego przeprowadzonej w czerwcu 2019 r. przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego ZUS stwierdził 14 (spośród 120 badanych) przypadków braku zgodności ustaleń orzeczniczych z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności lekarzy orzeczników oraz, że w 11 na 50 badanych spraw wnioski o wydanie orzeczenia rozpatrzone zostały w okresie od 46 do 110 dni – przewlekłość postępowania w tych sprawach wynikała z długiego okresu oczekiwania na wydanie dyspozycji o sposobie rozpatrzenia sprawy – okres ten wynosił od 28 do 90 dni.

(akta kontroli, str. 359-366)

W piśmie z dnia 22 sierpnia 2019 r. Dyrektor Oddziału ZUS poinformowała o sposobie zrealizowania zaleceń poprzez zobowiązanie lekarzy orzeczników do zwracania szczególnej uwagi na wydawanie orzeczeń zgodnie ze standardami orzeczniczymi, zintensyfikowanie nadzoru codziennego nad wydawaniem orzeczeń oraz zobowiązaniu GLO i jego zastępcy do wydawania na bieżąco dyspozycji o sposobie rozpatrzenia sprawy.

(akta kontroli, str. 366)

W ewidencji skarg prowadzonej w Oddziale ZUS zarejestrowanych zostało pięć skarg w 2018 r. i po 12 skarg w 2019 r. i w 2020 r. (do 28 maja), z których siedem dotyczyło lekarzy orzeczników (w tym po jeden w 2018 r. i 2020 r. i pięć w 2019 r.).
(akta kontroli, str. 367-369)

Każda ze skarg złożonych w latach 2018-2019 na lekarzy orzeczników po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego została uznana za bezzasadną, o czym każdorazowo poinformowała skarżącego Dyrektor Oddziału ZUS w zawiadomieniu o sposobie rozpatrzenia skargi wysłanym w terminie nie później niż w ciągu miesiąca od dnia jej złożenia, zgodnie z przepisami art. 237 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego²⁸. Skarżący w kontrolowanych sprawach kwestionowali sposób przeprowadzenia badania przez lekarza orzecznika (w za krótkim czasie lub w niewłaściwy sposób sprawiając ból badanemu) lub zachowanie lekarza orzecznika (arogancja, brak kultury osobistej, brak współpracy).

(akta kontroli, str. 370-392)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1) Oddział ZUS nie wygezekwował od pięciu lekarzy konsultantów zaświadczeń dotyczących ich postawy etycznej lub innego dokumentu poświadczającego ich niekaralność zawodową wydanego przez właściwą Okręgową Izbę Lekarską pomimo, że w § 1 pkt 11 umów zwartych z tymi konsultantami zobowiązano ich do przedłożenia takich dokumentów w terminie dwóch miesięcy od zawarcia umowy²⁹. Ponadto w Procedurze 9.1. (w załączniku nr 9 cz. II ust. 2) ustalono, że ZUS może nawiązać współpracę wyłącznie z lekarzami o nieskazitelnym postawie etycznej.

(akta kontroli, str. 242, 256, 270, 281, 294, 513)

GLO w wyjaśnieniach w powyższej sprawie podała, że Oddział ZUS odstąpił od wygezekwowania przedmiotowych zaświadczeń, ponieważ są to lekarze, z którymi umowy są podpisywane od wielu lat i takie zaświadczenia były przedkładane w poprzednich latach przy zawieraniu umów.

(akta kontroli, str. 1434)

Zdaniem NIK, wyjaśnienie GLO nie zasługuje na uwzględnienie, bowiem w przedmiotowych umowach (w § 1 pkt 11) zobowiązano tych konsultantów do przedłożenia w wyznaczonym czasie określonych dokumentów i nie przewidziano żadnych odstępstw w tym zakresie. Ponadto brak przedmiotowych dokumentów uniemożliwił Oddziałowi ZUS ocenę nieskazitelnego postawy etycznej tych lekarzy.

2) Wydanie orzeczeń lekarskich przez dwóch nowozatrudnionych lekarzy na 11 dni przed zakończeniem szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników było działaniem naruszającym przepisy § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. Zgodnie z przywołanymi przepisami przedmiotowe szkolenie jest jednym z niezbędnych warunków do spełnienia przez lekarza w celu bycia lekarzem orzecznikiem.

(akta kontroli, str. 396)

W wyjaśnieniach w powyższej sprawie Dyrektor Oddziału ZUS podał, że sytuacja taka wynikała z nałożonych na WOLiP nowych zadań wynikających z wejścia w życie z dniem 1 października 2019 r. ustawy o świadczeniu uzupełniającym i potrzebie terminowej realizacji spraw. W związku z dużym obciążeniem pracą, w celu zabezpieczenia sprawnej realizacji ustawowych zadań nałożonych na WOLiP

²⁸ Dz. U. z 2020 r., poz. 256 ze zm.

²⁹ Dot. umów przywołanych w przypisie 19.

zastępca GLO podjął decyzję o możliwości orzekania przez nowozatrudnionych lekarzy orzeczników w szczególności uwzględniając ich wiedzę lekarską, umiejętności w obsłudze aplikacji WO oraz pozytywną ocenę w dotychczas przebytych e-szkoleniach orzecznich.

(akta kontroli, str. 796)

3) Lekarze orzecznicy nie przestrzegali norm czasu badań ustalonych przez Naczelnego Lekarza ZUS. W harmonogramach badań na dzień 3 grudnia 2018 r. ustalonych dla siedmiu lekarzy orzeczników przyjęte czasy badań zostały przekroczone od 40 do 280 minut³⁰, a w harmonogramach badań na 2 grudnia 2019 r. ustalonych dla 10 lekarzy czasy te zostały przekroczone od 30 do 200 minut³¹.

(akta kontroli, str. 1445-1488)

Naczelnik WOLiP podała w wyjaśnieniach, że trudno po takim długim czasie jednoznacznie określić dlaczego w badanych harmonogramach czas pracy w niektórych przypadkach był wydłużony niż ustalone normy. Podała ponadto, że częstymi przyczynami takich sytuacji są indywidualnie ustawiane harmonogramy w zależności od preferencji lekarzy, indywidualne prośby lekarzy wynikające z ich zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy lub rezerwowanie czasu pracy dla spraw związanych z kontrolą zaświadczeń lekarskich. Ze względu na brak możliwości przewidzenia takich spraw, często pozostaje wolny czas, co powoduje dłuższe przerwy między wnioskami.

(akta kontroli, str. 1518)

OCENA CZĄSTKOWA

Oddział ZUS zadania w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej wykonywał w warunkach braków kadrowych lekarzy orzeczników; w 2018 r. nieobsadzonych było 2,7 etatów, a w 2019 r. 3,4 etatów. Z 16 naborów na stanowiska lekarzy orzeczników osiem nie zostało rozstrzygniętych, ze względu na brak kandydatów. Pomimo trudnej sytuacji kadrowej lekarze orzecznicy średniomiesięcznie wydali 135 (w 2018 r.) i 159 (w 2019 r.) orzeczeń lekarskich. Lekarze wykonując badania lekarskie wnioskujących o przedmiotowe orzeczenia nie przestrzegali norm czasu badań ustalonych przez Naczelnego Lekarza ZUS, przekraczając je nawet o 280 minut. Oddział ZUS przeprowadził nabory na stanowiska lekarzy orzeczników zgodnie z przepisami art. 74a-74f ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz wewnętrznymi procedurami dotyczącymi naboru pracowników. Zatrudnieni w Oddziale ZUS lekarze orzecznicy spełniali wymogi formalne określone w przepisach § 11 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. Niemniej jednak stwierdzono dwa przypadki przystąpienia do orzekania przez lekarzy orzeczników pomimo nie ukończenia szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników. Oddział ZUS współpracował z lekarzami konsultantami i podmiotami wykonującymi badania dodatkowe. Jednakże nie wyegzekwował od pięciu konsultantów stosowanych zaświadczeń potwierdzających ich niekaralność i nieskazitelną postawę etyczną pomimo, że obowiązek ich przedłożenia został ustalony w umowach zawartych z tymi konsultantami, a w procedurach wewnętrznych ZUS ustalono, że współpraca może zostać nawiązana wyłącznie z lekarzami o nieskazitelnym postawie etycznej.

³⁰ Lekarze oznaczeni kodem LO40, LO22, LO37, LO54, LO34, LO19 przekroczyli jednorazowo normy czasu badań odpowiednio o: 140', 50', 170', 200', 280', 90', a lekarz oznaczony kodem LO55 przekroczył dwukrotnie normy czasu badań o 40' i 80'.

³¹ Lekarze oznaczeni kodem LO34, LO48, LO31, LO54, LO37, LO55, LO40, LO22 przekroczyli jednorazowo normy czasu badań odpowiednio o: 120', 60', 180', 150', 120', 30', 150', 30', a lekarze oznaczeni kodem LO19 i LO45 przekroczyli dwukrotnie normę czasu badań, w tym pierwszy z lekarzy przekroczył normy o 30' i 200', a drugi o 30'.

2. Prawidłowość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

Opis stanu faktycznego

2.a. Termin wydania 90 orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej lub jej braku objętych kontrolą NIK (omówionych dalej) wynosił średnio 22 dni od daty wpływu wniosku o rehabilitację leczniczą; najkrótszy termin wydania orzeczenia wyniósł 10 dni, a najdłuższy 48 dni.

(akta kontroli, str. 911-911B, 964-967B, 1077-1080, 1206-1209C)

Kontrolą NIK objęto 18³² orzeczeń o braku potrzeby rehabilitacji wydanych w 2018 r. przez lekarzy orzeczników Oddziału ZUS. W każdej ze skontrolowanych spraw zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą lekarz orzecznik orzekł o braku potrzeby rehabilitacji osoby uprawnionej, której lekarz prowadzący leczenie sporządził wniosek o rehabilitację leczniczą (§ 2 ust. 1). Wniosek o rehabilitację leczniczą w każdym badanym przypadku został złożony przez osobę zainteresowaną i dotyczył profilu schorzeń, w których ZUS prowadził rehabilitację leczniczą³³. W żadnej z badanych spraw wnioskujący o rehabilitację nie złożył sprzeciwu do komisji lekarskiej od orzeczenia lekarza orzecznika oraz Prezes ZUS nie zgłosił zarzutu wadliwości orzeczenia. W uzasadnieniach opinii lekarskich wydanych w badanych sprawach lekarze orzecznicy zamieścili informacje oraz wyniki analizy, o których mowa w przepisach § 2 ust. 2 przyw. rozporządzenia. W sześciu sprawach lekarz orzecznik odniósł się w uzasadnieniu do opinii do zmiany naruszenia sprawności organizmu w stosunku do poprzedniego badania, a w 12 nie, z tego w czterech sprawach badanie uprawnionego było pierwszym badaniem przeprowadzonym przez lekarza orzecznika. W 13 sprawach lekarz orzecznik orzekł, że uprawniony³⁴ „nie rokuje poprawy stanu zdrowia”, w trzech stwierdził brak „potrzeby rehabilitacji”, a w pozostałych odpowiednio, że „obecny stan zaawansowania schorzeń stanowi przeciwwskazanie do przeprowadzenia rehabilitacji” – w jednej i, że „rokuje odzyskanie zdolności do pracy po zakończeniu renty” – w drugiej.

(akta kontroli, str. 909-963)

GLO wyjaśniła, że powodem nie odniesienia się przez lekarza orzecznika w uzasadnieniu do ośmiu opinii do poprzedniego badania uprawnionego mogło być wydanie orzeczenia o potrzebie rehabilitacji dotyczącego innego schorzenia niż orzeczenie wcześniejsze lub wydanie orzeczenia, które wynikało jednoznacznie z przeprowadzonego badania klinicznego opisanego w opinii lekarskiej danej sprawy.

(akta kontroli, str. 1436)

W 15 badanych sprawach GLO przydzielił sprawy lekarzom orzecznikom poprzez losowanie w aplikacji WO³⁵. W pozostałych trzech sprawy zostały przydzielone

³² Badaniami kontrolnymi objęto dokumentację 18 spraw z 2018 r. (tj. w których wnioski wpłynęły i zostały rozpatrzone w tym roku), w których lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji; do kontroli wybrano tylko te przypadki, w których lekarz orzecznik uznał rehabilitację za niecelową, tj. osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokuje odzyskania zdolności do pracy.

³³ Tj. narządu ruchu, układu krążenia, psychosomatycznych, układu oddechowego; <https://www.zus.pl/swiadczenia/prewencja-i-rehabilitacja/prewencja-rentowa/kierowanie-na-rehabilitacje-lecznicza-w-ramach-prewencji-rentowej-zus>.

³⁴ Zgodnie z przepisami art. 69 ust. 1 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych osobami uprawnionymi do rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez ZUS są osoby ubezpieczone zagrożone całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osoby uprawnione do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osoby pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy, dalej uprawniony do rehabilitacji leczniczej.

³⁵ Zgodnie z uregulowaniami Procedury 9.1 w załączniku nr 6 w cz. I ust. 1.

lekarzom z pominięciem losowania, z tego dla jednej³⁶ z tych spraw zostało sporządzone uzasadnienie w WO, a dla dwóch³⁷ takiego uzasadnienia nie sporządzono, co zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. W aktach każdej z badanych spraw zgromadzona była kopia dokumentacji medycznej potwierdzona za zgodność z oryginałem. W pięciu z 18 zbadanych spraw GLO przeprowadziła analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia.

(akta kontroli, str. 914-963)

2.b. Kontrolą NIK objęto 72³⁸ orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane w 2018 r. przez lekarzy orzeczników Oddziału ZUS. W każdej ze skontrolowanych spraw zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą lekarz orzecznik orzekł o potrzebie rehabilitacji osoby uprawnionej, której lekarz prowadzący leczenie sporządził wnioski o rehabilitację leczniczą (§ 2 ust. 1). Wniosek o rehabilitację leczniczą w każdym badanym przypadku został złożony przez osobę zainteresowaną i dotyczył profilu schorzeń, w których ZUS prowadził rehabilitację leczniczą³⁹. W żadnej z badanych spraw wnioskujący o rehabilitację nie złożył sprzeciwu do komisji lekarskiej od orzeczenia lekarza orzecznika oraz Prezes ZUS nie zgłosił zarzutu wadliwości orzeczenia. W uzasadnieniach opinii lekarskich wydanych w badanych sprawach lekarze orzecznicy zamieścili informacje oraz wyniki analizy, o których mowa w przepisach § 2 ust. 2 przyw. rozporządzenia. W dwóch sprawach lekarz orzecznik odniósł się w uzasadnieniu do opinii do zmiany naruszenia sprawności organizmu w stosunku do poprzedniego badania, a w 70 nie, z tego w 45 sprawach badanie uprawnionego było pierwszym badaniem przeprowadzonym przez lekarza orzecznika.

(akta kontroli, str. 909, 964-1209)

Powody nie odniesienia się przez lekarza orzecznika w uzasadnieniu do 25 opinii do poprzedniego badania uprawnionego podane przez GLO opisano wcześniej w pkt 2.a. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli, str. 1436)

W 69 sprawach GLO przydzielił sprawy lekarzom orzecznikom poprzez losowanie w WO⁴⁰, a w pozostałych trzech⁴¹ sprawy zostały przydzielone lekarzom z pominięciem losowania i na tą okoliczność nie zostało sporządzone uzasadnienie w WO, co zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. W aktach każdej z badanych 72 spraw zgromadzona była kopia dokumentacji medycznej potwierdzona za zgodność z oryginałem. W 15 z 72 zbadanych spraw GLO przeprowadził analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia.

(akta kontroli, str. 964-1205)

Na próbie orzeczeń lekarskich wydanych w okresie II półrocza 2019 r. ustalono, że w poszczególnych miesiącach tego okresu GLO lub jej zastępca przeprowadzili

³⁶ Dot. sprawy PRL 7296.

³⁷ Dot. spraw nr PRL: 6642, 6849.

³⁸ Badaniami kontrolnymi objęto dokumentację 72 spraw z 2018 r. (w których wnioski wpłynęły, zostały rozpatrzone oraz osoba skierowana zakończyła turnus rehabilitacyjny w tym roku), w których wydano orzeczenia pozytywne, w tym: 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierał z FUS żadnych świadczeń związanych ze schorzeniem, na które był rehabilitowany, zarówno tych wypłacanych bezpośrednio przez ZUS jak i pracodawców; 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); 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał świadczenie rehabilitacyjne; 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

³⁹ Tj. narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego.

⁴⁰ Zgodnie z uregulowaniami Procedury 9.1 w załączniku nr 6 w cz. I ust. 1.

⁴¹ Dot. spraw nr PRL: 5584, 7007, 6678.

analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia odpowiednio w 62,2%, 46,6%, 55,1%, 50,9%, 48,5%, 49,4% spraw, co zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli, str. 1489-1500)

W żadnej z 72 spraw lekarze orzecznicy nie ustalili czy możliwe jest przekwalifikowanie zawodowe uprawnionego, ponieważ jak wyjaśniła GLO w każdej z tych spraw wnioski były rozpatrywane tylko pod kątem rehabilitacji. Wśród orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej w 18 z nich orzecznicy ustalili, że uprawniony rokuje poprawę zdrowia, a w pozostałych 54, że rehabilitacja jest zasadna lub celowa, że schorzenie wymaga rehabilitacji lub, że orzeka się uzupełnienie leczenia ambulatoryjnego rehabilitacją leczniczą. GLO w wyjaśnieniach podała, że lekarz orzecznik ocenia czy osoba uprawniona rokuje poprawę zdolności do pracy i w jakim terminie przy orzekaniu o niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, a nie o potrzebie rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli, str. 964-1209, 1444)

2.c. Spośród 72 spraw, w których uprawnieni zostali skierowani na rehabilitację leczniczą, w 60 wnioski o rehabilitację rentową zostały złożone do 24 czerwca 2018 r.⁴², a w 12 od 25 czerwca 2018 r.⁴³.

(akta kontroli, str. 964-967, 1077-1080, 1138-1142, 1206-1209, 1386-1416)

Objęte kontrolą ww. sprawy zostały załatwione zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz obowiązującymi w dniu złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą procedurami wewnętrznymi ustalonymi w załączniku nr 3 do Procedury 9.3 wersja 1.0 i w załączniku nr 3 do Procedury 9.3 wersja 1.1. Ustalono, że: rejestracja wniosków o rehabilitację i założenie spraw nastąpiło nie później niż w następnym dniu roboczym od daty wpływu wniosku; wnioski o rehabilitację leczniczą zostały obsłużone w terminie nie przekraczającym 8 dni od daty ich wpływu do ZUS; złożone wnioski były kompletne zawierały wymagane dane osoby wnioskującej; dokumentacja badanych spraw przechowywana była w teczkach oznaczonych symbolem PRL, a dokumentację zawierającą informację o stanie zdrowia osoby wnioskującej i informację o przebytej przez nią rehabilitacji leczniczej przechowywano w teczce oznaczonej symbolem MED; w sytuacji, gdy zainteresowany nie pobierał świadczeń z ZUS zarezerwowano dostępne miejsce rehabilitacji; ustalano miejsce i termin rehabilitacji z osobą, która zgłosiła się bezpośrednio po badaniu przez lekarza orzecznika; po 14 dniach od daty doręczenia orzeczenia rezerwowano miejsce, sporządzono „Zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację” (Zawiadomienie) i przesyłano osobie uprawnionej; w sytuacji osobistego odbioru Zawiadomienia – odbierający potwierdzał dane osobowe oraz jego odbiór; po potwierdzeniu prawa do rehabilitacji przesyłano dokumentację medyczną uprawnionego do ośrodka rehabilitacyjnego, nie wcześniej niż na 2 tygodnie i nie później niż na 10 dni przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego. Osoby skierowane na rehabilitację leczniczą w 70 przypadkach przebywały na turnusie rehabilitacyjnym trwającym 24 dni⁴⁴. W dwóch⁴⁵ przypadkach osoby przebywały na turnusie odpowiednio przez: 5 i 20 dni Skrócenie turnusu we wskazanych przypadkach wynikało odpowiednio z: powodów dyscyplinarnych i ważnych spraw osobistych.

(akta kontroli, str. 964-967, 1077-1080, 1138-1142, 1206-1209, 1241-1385, 1391-1390, 1404-1408, 1437, 1444)

⁴² W czasie obowiązywania Procedury 9.3 wersja 1.0.

⁴³ W czasie obowiązywania Procedury 9.3 wersja 1.1.

⁴⁴ Zgodnie z przepisami § 7 ust. 1 rozporządzenia w sprawie kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą.

⁴⁵ Dot. spraw nr PRL: 5584 (5 dni) i 7055 (20 dni).

Termin jaki upłynął od wydania orzeczeń do emisji pierwszych skierowań na rehabilitację w 72 badanych sprawach wynosił średnio 14 dni (3, 14 lub 15 dni). Uprawnieni skierowani przez lekarzy orzeczników na rehabilitację leczniczą turnus rehabilitacyjny w ośrodku rehabilitacyjnym rozpoczęli:

- po upływie od 44 do 252 dni od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS (średni termin wynosił 137 dni)⁴⁶

- po upływie od dziewięciu do 218 dni od daty emisji Zawiadomienia (średni termin wynosił 100 dni)⁴⁷.

W siedmiu⁴⁸ sprawach na prośbę uprawnionego zmieniono termin rozpoczęcia rehabilitacji i wyemitowano kolejne Zawiadomienia. Zmiana terminu nastąpiła na prośbę uprawnionych uzasadnioną m.in. złym samopoczuciem uprawnionego w wyznaczonym pierwotnie ośrodku rehabilitacji, trudnym dojazdem i okresem grzewczym, ustaloną wizytą kontrolną u lekarza specjalisty, okresem urlopu na poratowanie zdrowia, na którym przebywał uprawniony, zmianą ośrodka rehabilitacyjnego na konkretny wskazany przez uprawnionego i pracą zawodową.

(akta kontroli, str. 964-967, 1077-1080, 1138-1141, 1206-1209C, 1210-1211, 1241-1243, 1253-1254, 1281-1283, 1299-1300, 1333-1335, 1342-1343, 1377-1379, 1437, 1444)

GLO podała w wyjaśnieniach, że Oddział ZUS stara się, aby wysłać ubezpieczonych na rehabilitację w jak najkrótszym czasie od złożenia wniosku, ale często jednak jest to nie możliwe z przyczyn niezależnych od Oddziału, w tym m.in. dostępności terminów turnusów rehabilitacyjnych, indywidualnych prośb ubezpieczonych o konkretny termin, pisemnych prośb ubezpieczonych o zmianę pierwotnego terminu.

(akta kontroli, str. 1437)

Dyrektor Oddziału ZUS podał w wyjaśnieniach, że moment rozpoczęcia rehabilitacji ma bardzo duży wpływ na jej skuteczność oraz, że w zależności od schorzenia wpływ czasu oczekiwania na wyniki rehabilitacji może być różny. W przypadku schorzeń pourazowych narządu ruchu jak najszybszy moment rozpoczęcia rehabilitacji ma istotne znaczenie, natomiast w przypadku chorób przewlekłych nie jest to tak bardzo istotne.

(akta kontroli, str. 1426)

GLO w złożonych wyjaśnieniach podała, że długotrwałe oczekiwanie na rehabilitację leczniczą zmniejsza skuteczność tej rehabilitacji.

(akta kontroli, str. 1420)

2.d. Badając skuteczność rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej orzeczonej przez lekarzy orzeczników w 72 sprawach NIK ustaliła co następuje:

- każda sprawa została rozpatrzona na wniosek lekarza leczącego; osobami uprawnionymi, którym lekarze orzecznicy przyznali prawo do rehabilitacji leczniczej były osoby pracujące bez prawa do emerytury (53), osoby pracujące pobierające emeryturę (trzy), osoby przebywające na świadczeniu rehabilitacyjnym (cztery), osoby przebywające na rencie okresowej (12);

⁴⁶ Z tego dwie osoby rozpoczęły rehabilitację po upływie od 44 do 60 dni od daty złożenia wniosku; trzy po upływie od 61 do 90 dni; 12 po upływie od 91 do 120 dni; 39 po upływie od 121 do 150 dni; dziewięć po upływie od 151 do 180 dni; pięć po upływie od 181 do 210 dni; dwie⁴⁶ po upływie odpowiednio 213 i 252 dni (obie sprawy dotyczyły rehabilitacji schorzenia onkologicznego po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego).

⁴⁷ Z tego dwie osoby rozpoczęły rehabilitację po upływie do 30 dni od emisji „Zawiadomienia”, pięć po upływie od 31 do 60 dni; 18 po upływie od 61 do 90 dni; 33 po upływie od 91 do 120 dni; osiem po upływie od 121 do 150 dni; pięć po upływie od 151 do 180 dni i jedna po upływie 218 dni.

⁴⁸ Dot. spraw o nr PRL: 4815, 4896, 6821, 6992, 7002, 5855, 6641.

- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 12 845 do 11 350, tj. o 11,6%;

- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 710,4 tys. zł do 667,8 tys. zł, tj. 6,0%; żadnych świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji nie pobierało dziewięć osób z grupy osób nie korzystających ze świadczeń na schorzenie, z powodu którego zostały skierowane na rehabilitację;

- łączna kwota⁴⁹ odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 519,9 tys. zł do 550,0 tys. zł, tj. o 5,8%;

- w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji 55 osób (76,4%) pobierało świadczenia z FUS; 46 osób (63,9%) pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, a dziewięć (12,5%) pobierało świadczenia z tytułu innych schorzeń, z tego: sam zasiłek chorobowy pobrało 19 osób, samą rentę pobrało 18 osób, samo świadczenie rehabilitacyjne pobrało sześć osób; zasiłek chorobowy i rentę pobrały trzy osoby, rentę i świadczenie rehabilitacyjne pobrało osiem osób, zasiłek i świadczenie rehabilitacyjne pobrała jedna osoba; 17 osób (23,6%) w ciągu roku po rehabilitacji nie pobrało żadnego świadczenia z FUS;

- orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej w każdym przypadku wydali lekarze orzecznicy posiadający specjalizację zgodną ze schorzeniem uprawnionego;

- u 42 (58,3%) uprawnionych po zakończeniu 24-dniowego turnusu rehabilitacyjnego nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego, a u 28 (38,9%) z nich stan funkcjonalny nie uległ poprawie; u dwóch osób, które przebywały na turnusie 5 i 20 dni stan funkcjonalny nie uległ poprawie;

- po upływie roku od zakończenia rehabilitacji 36 osób było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, a trzy – na podstawie umowy zlecenia, 10 – prowadziło działalność gospodarczą, dwie były emerytami, 15 - rencistami, trzy - osobami bezrobotnymi bez prawa do zasiłku, jedna – stypendystą, dwie – nie miały tytułu do ubezpieczenia społecznego.

(akta kontroli, str. 964-967, 1077-1080, 1138-1142, 1206-1209, 1501-1516)

W 18 sprawach, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację nie pobierał z FUS żadnych świadczeń związanych ze schorzeniem, na które był rehabilitowany:

- wszystkie sprawy rozpatrzono na podstawie wniosku lekarza leczącego;

- orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej w każdym przypadku wydali lekarze orzecznicy posiadający specjalizację zgodną ze schorzeniem uprawnionego;

- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku po rehabilitacji wynosiła 377 dni (przed rehabilitacją 0 dni);

- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń po rehabilitacji wynosiła 38,0 tys. zł (w ciągu roku przed rehabilitacją 0 zł);

- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 228,9 tys. zł. do 206,5 tys. zł, tj. o 5,1%;

⁴⁹ Kwoty ustalone na podstawie kwot składek zadeklarowanych przez badanych ubezpieczonych (tak samo przyjęto dalej w opisanych poniżej próbach spraw).

- w 12 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, a w sześciu – bez zmian (w tym dwie opinie dotyczyły osób, które przebywały na turnusie rehabilitacyjnym krócej niż 24 dni);

- w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji dziewięć osób pobierało świadczenia z FUS, z tego: osiem osób pobierało sam zasiłek chorobowy, a jedna zasiłek chorobowy i rentę; dziewięć nie pobrało żadnego świadczenia z FUS;

- spośród dziewięciu osób, które w ciągu roku po odbyciu rehabilitacji pobierały świadczenia z FUS, pięć z nich pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, a cztery pobierały świadczenia z tytułu innych schorzeń;

- po upływie roku od zakończenia rehabilitacji 13 osób było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, dwie – na podstawie umowy zlecenie, dwie prowadziły działalność gospodarczą, jedna była emerytem.

(akta kontroli, str. 964-967, 1503-1505, 1516)

W 18 sprawach, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany:

- wszystkie sprawy rozpatrzono na podstawie wniosku lekarza leczącego;

- orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej w każdym przypadku wydali lekarze orzecznicy posiadający specjalizację zgodną ze schorzeniem uprawnionego;

- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 1 696 dni do 1 387 dni, tj. o 18,2%;

- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń przed i po rehabilitacji zmalała z 119,9 tys. zł do 103,6 tys. zł, tj. o 15,6%;

- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 192,4 tys. zł do 158,8 tys. zł, tj. o 17,4%;

- w 14 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, a w czterech – bez zmian;

- w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji 14 osób pobierało świadczenia z FUS, z tego: 11 osób pobierało sam zasiłek chorobowy, a trzy odpowiednio: samą rentę, rentę i świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne; cztery osoby nie pobrały żadnego świadczenia z FUS;

- spośród 14 osób, które w ciągu roku po odbyciu rehabilitacji pobierały świadczenia z FUS, 10 pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, a cztery pobierały świadczenia z tytułu innych schorzeń;

- po upływie roku od zakończenia rehabilitacji 11 osób było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, trzy – prowadziły działalność gospodarczą, pozostałe cztery były odpowiednio rencistą, emerytem, stypendystą i osobą bezrobotną bez prawa do zasiłku.

(akta kontroli, str. 1077-1080, 1506-1508, 1516)

W 18 sprawach, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał świadczenie rehabilitacyjne:

- wszystkie sprawy rozpatrzono na podstawie wniosku lekarza leczącego;

- orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej w każdym przypadku wydali lekarze orzecznicy posiadający specjalizację zgodną ze schorzeniem uprawnionego;
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 4 950 dni do 3 898 dni, tj. o 21,3%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń przed i po rehabilitacji zmalała z 317,0 tys. zł do 251,0 tys. zł, tj. o 20,8%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 29,4 tys. zł do 85,1 tys. zł, tj. o 189,1%;
- w siedmiu opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, a w 11 – bez zmian;
- w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji 15 osób pobierało świadczenia z FUS, z tego: siedem pobierało rentę i świadczenie rehabilitacyjne, sześć pobierało samo świadczenie rehabilitacyjne, dwie pobierały samą rentę; trzy osoby nie pobrały żadnego świadczenia z FUS;
- spośród 15 osób, które w ciągu roku po odbyciu rehabilitacji pobierały świadczenia z FUS, 14 pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, a jedna pobierała świadczenia z tytułu innych schorzeń;
- po upływie roku od zakończenia rehabilitacji sześć osób było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, trzy – prowadziły działalność gospodarczą, sześć było na rencie, pozostałe trzy były odpowiednio stypendystą, osobą bezrobotną bez prawa do zasiłku i osobą bez tytułu do ubezpieczenia.

akta kontroli, str. 1138-1142, 1509-1511, 1516)

W 18 sprawach, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał rentę okresową:

- wszystkie sprawy rozpatrzono na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej w każdym przypadku wydali lekarze orzecznicy posiadający specjalizację zgodną ze schorzeniem uprawnionego;
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 6 199 dni do 5 688 dni, tj. o 8,2%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń przed i po rehabilitacji wzrosła z 273,5 tys. zł do 275,2 tys. zł, tj. o 0,6%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 69,3 tys. zł do 88,9 tys. zł, tj. o 28,3%;
- w dziewięciu opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, a w dziewięciu – bez zmian;
- w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji 17 osób pobierało świadczenia z FUS, z tego: 15 pobierało samą rentę, a dwie rentę i zasiłek chorobowy; jedna osoba nie pobrała żadnego świadczenia z FUS; świadczenia pobierane przez te 17 osób dotyczyły tych samych schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji;
- po upływie roku od zakończenia rehabilitacji sześć osób było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, a jedna – na podstawie umowy zlecenia, dwie – prowadziły działalność gospodarczą, osiem było rencistami, jedna osobą bezrobotną bez prawa do zasiłku.

W grupie 18 spraw, w których lekarze orzecznicy wydali orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji:

- wszystkie sprawy rozpatrzone zostały na wniosek lekarza leczącego;
- łączna liczba dni na świadczeniu w ciągu roku przed datą wniosku o wydanie orzeczenia i po dacie wydania orzeczenia wzrosła z 3 644 do 3 952, tj. o 8,5%;
- łączna kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku przed datą wniosku o wydanie orzeczenia i po dacie wydania orzeczenia wzrosła z 184,0 tys. zł do 196,9 tys. zł, tj. o 7,0%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed datą wniosku o wydanie orzeczenia i po dacie wydania orzeczenia wzrosła z 93,1 tys. zł do 108,3 tys. zł, tj. o 16,3%;
- w ciągu roku po wydaniu orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji 16 osób pobierało świadczenia z FUS, z tego po pięć z nich pobierało samą rentę lub sam zasiłek chorobowy lub rentę i zasiłek chorobowy, a jedna pobierała świadczenie rehabilitacyjne; w przypadku 10 z tych osób pobierały one świadczenia na takie same schorzenia, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji, a pozostałe sześć pobierało świadczenia na inne schorzenia;
- po upływie roku od wydania orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji, 15 osób wykonywało pracę zarobkową, a trzy były zgłoszone w ZUS jako osoba pobierająca świadczenie rentowe (zgłoszenia te miały miejsce jeszcze przed 2018 r.).

(akta kontroli, str. 910-913, 1501-1502, 1516)

W trzech⁵⁰ sprawach rozpatrzonych odmową potrzeby rehabilitacji orzeczenia zostały wydane przez lekarzy orzeczników, których specjalność była niezgodna z typem schorzenia ubezpieczonego, z tego w jednej z tych spraw zostały zlecone badania dodatkowe. W dwóch sprawach lekarz pediatra pulmonolog orzekł o braku potrzeby rehabilitacji osoby ze schorzeniem układu ruchu, a w jednej, w której zlecono badania dodatkowe, lekarz chirurg orzekł o braku potrzeby rehabilitacji osoby ze schorzeniem układu krążenia.

(akta kontroli, str. 910-911B, 1439-1441)

GLO w sprawie nie zlecenia dodatkowych badań w dwóch ww. sprawach podała m.in., że rodzaj schorzenia, stan kliniczny i przedstawiona dokumentacja medyczna ubezpieczonego była wystarczająca do wydania orzeczenia.

(akta kontroli, str. 1436)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1) Z naruszeniem Procedury 9.1. (w pkt 1 cz. I Załącznika nr 6) na okoliczność przydzielenia pięciu⁵¹ (83,3%) spraw lekarzom orzecznikom z pominięciem losowania nie zostało sporządzone przez GLO lub jej zastępcę uzasadnienie w WO. Spośród sześciu spraw przydzielonych lekarzom z pominięciem losowania, tylko dla jednej zostało sporządzone przedmiotowe uzasadnienie w WO.

(akta kontroli, str. 502, 508, 917, 925, 1004, 1093, 1155)

GLO w wyjaśnieniach dotyczących przyczyn niesporządzenia w WO uzasadnień dla przydzielenia spraw lekarzom orzecznikom z pominięciem losowania w stanowiących przedmiot kontroli konkretnych przypadkach, wskazała jedynie

⁵⁰ Dot. trzech spraw, w których lekarz orzecznik odmówił potrzeby rehabilitacji o nr PRL: 6642, 6849, 7296.

⁵¹ Dot. spraw nr PRL: 5584, 7007, 6678, 6642, 6849.

katalog okoliczności, które mogą stanowić powód takiego sposobu przydzielenia spraw, nie odnosząc ich do kontrolowanych przypadków.

(akta kontroli, str. 1434-1435)

2) Z naruszeniem uregulowań Procedury 9.1 (w załączniku nr 6 w cz. III ust. 4) w miesiącach od sierpnia do grudnia 2019 r. GLO lub jej zastępca nie przeprowadziły analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia w wybranych sprawach, w nie mniej niż w 60% spraw średnio w miesiącu. Wskaźnik przeanalizowanej dokumentacji wynosił w tym okresie od 46,6% do 55,1% spraw w miesiącu.

(akta kontroli, str. 502, 508, 1489-1500)

GLO podała w wyjaśnieniach, że opisana wyżej sytuacja wynikała z ogromnej dysproporcji pomiędzy ilością zadań nałożonych na WOLiP w związku z lawinowym wzrostem wpływu wniosków o świadczenie uzupełniające, a etatyzacją lekarzy nadzoru – od 1 lipca 2019 r. 1 etat GLO i 0,8 etatu jego zastępca (przy istniejącym wcześniej stanie do 30 czerwca 2019 r. – 1 etat GLO i 2 etaty jego zastępca). Priorytetem było bieżące załatwianie spraw, co spowodowało brak możliwości realizowania kontroli orzeczeń na poziomie 60% miesięcznie.

(akta kontroli, str. 1444-1445)

OCENA CZĄSTKOWA

Lekarze orzecznicy Oddziału ZUS wydawali orzeczenia oraz kierowali osoby na rehabilitację leczniczą ZUS zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz odpowiednio Procedurą 9.1. Wydawanie orzeczeń i Procedurą 9.3. Realizacja rehabilitacji leczniczej.

GLO lub jego zastępca nie w pełni realizowali zadania nałożone na nich Procedurą 9.1. Stwierdzono przypadki (83,3%) braku sporządzenia uzasadnienia w aplikacji WO dla przydzielenia spraw lekarzom orzecznikom z pominięciem losowania oraz niedochowania wymogu przeprowadzania średnio 60% w miesiącu analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia. W okresie od sierpnia do grudnia 2019 r. wskaźnik ten był na poziomie od 46,6% do 55,1%.

Realizowany przez Oddział ZUS program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany do osób zagrożonych utratą zdolnością do pracy, ale rokujących jej odzyskanie był nie w pełni skuteczny. Pomimo, że w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji ubezpieczeni przebywali na świadczeniach z FUS przez okres krótszy o 21,6% i kwota wypłaconych im świadczeń z FUS była mniejsza o 6% niż przed rehabilitacją, a poprawę ich stanu funkcjonalnego ośrodki rehabilitacyjne stwierdziły w 68,1% przypadków, to jednak nadal 63,9% ubezpieczonych pobierało świadczenia z FUS w związku ze schorzeniem, na które byli rehabilitowani, a 31,9% nie powróciło na rynek pracy po upływie roku od przebytej rehabilitacji. Wśród osób przebywających przed skierowaniem na rehabilitację na zasiłku chorobowym, na świadczeniu rehabilitacyjnym i na rencie, w ciągu roku po jej zakończeniu, świadczenia z FUS na schorzenia, na które byli rehabilitowani pobierało nadal odpowiednio 55,6%, 77,8% i 94,4% z nich. W grupie osób niepobierających żadnych świadczeń z FUS przed rehabilitacją, po jej odbyciu 27,8% z nich pobierało świadczenia na schorzenia, na które byli rehabilitowani.

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) egzekwowanie od lekarzy konsultantów dokumentów potwierdzających ich nieskazitelną postawę etyczną,

- 2) wyeliminowanie przypadków wydawania orzeczeń lekarskich przez lekarzy przed ukończeniem szkolenia, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy,
- 3) przyjmowanie w harmonogramach badań dla lekarzy orzeczników wymiaru czasu przeznaczonego na badanie bezpośrednio lub zaoczne zgodnego z normami czasu dla tych badań ustalonymi przez Naczelnego Lekarza ZUS,
- 4) sporządzanie przez GLO lub jego zastępcę uzasadnienia w aplikacji WO na okoliczność przydzielenia spraw lekarzom orzecznikom z pominięciem losowania,
- 5) przeprowadzanie przez GLO lub jego zastępcę analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczeń w wybranych sprawach, z zachowaniem wymogu objęcia nią nie mniej niż 60%, średnio w miesiącu, spraw.

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 Poznaniu. 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 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Poznań, dnia 22 września 2020 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler

Joanna Józwiak
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
z up. Grzegorz Malesiński
p.o. wicedyrektora

.....
Podpis

.....
Podpis

