



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.009.02.2020

Pani
Dobrochna Bubnowska
Dyrektor
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
I Oddziału w Poznaniu
Ul. J.H. Dąbrowskiego 12
60-908 Poznań

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 I Oddział w Poznaniu, ul. J.H. Dąbrowskiego 12, 60-908 Poznań (dalej: Oddział ZUS)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dobrochna Bubnowska – Dyrektor I Oddziału ZUS w Poznaniu, od 1 grudnia 2016 r. (dalej: Dyrektor)
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 ¹ . Dla realizacji celów kontroli mogą być wykorzystane dowody sporządzone w latach wcześniejszych oraz w okresie późniejszym, a także dane statystyczne z tych okresów.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu (dalej: NIK)
Kontroler	Sylwia Zakrzewska, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/71/2020 z dnia 8 czerwca 2020 r. (akta kontroli str. 1-3)

¹ Dalej także: okres objęty kontrolą, lata objęte kontrolą, badany okres, kontrolowany okres.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, 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 zdolności do pracy, ale rokujących jej odzyskanie nie był w pełni skuteczny. Pomimo, że nastąpił spadek o 29% liczby dni, w których rehabilitowani przebywali na świadczeniach z FUS⁴ po zakończeniu rehabilitacji i spadek wysokości wypłacanych świadczeń z FUS o 28,4%, a poprawę stanu funkcjonalnego stwierdzono w 61,1% przypadków, to nadal w ciągu roku po rehabilitacji 79,2% rehabilitowanych przebywało na świadczeniach z FUS, z tego w 71,9% wypłacono świadczenia w związku z rodzajem schorzenia, na które byli rehabilitowani. Osoby te, rok po odbytej rehabilitacji w 30,5% przypadków nie powrócili na rynek pracy. Najmniej skuteczne efekty rehabilitacji uzyskano wśród osób przebywających na zasiłkach chorobowych, świadczeniu rehabilitacyjnym i rencie. Ponieważ osoby te nadal pobierały świadczenia z FUS w ciągu roku po rehabilitacji na schorzenia, na które były rehabilitowane (odpowiednio: 93%, 56% i 100%). Wskazać ponadto należy, że wśród osób przebywających na rencie, aż 94,4% z nich, po upływie roku od zakończenia rehabilitacji, nie powróciło na rynek pracy.

Zwrócić należy uwagę, że ubezpieczeni rozpoczynali rehabilitację po upływie nawet 278 dni od daty złożenia wniosku, co w ocenie NIK mogło skutkować zmniejszeniem efektywności rehabilitacji leczniczej.

Realizacja zadań w zakresie orzecznictwa lekarskiego odbywała się w warunkach niepełnej obsady kadrowej, co wynikało z występujących trudności z pozyskiwaniem lekarzy orzeczników i lekarzy - członków komisji lekarskich. Nabory na lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich Oddział ZUS przeprowadził zgodnie z art. 74a-74g ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁵ i uregulowaniami wewnętrznymi obowiązującymi w ZUS⁶. Zatrudnieni w latach 2018-2019 lekarze orzecznicy i członkowie komisji lekarskich spełniali wymogi określone w § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy⁷, tj. posiadali specjalizację II^o i odbyli przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS. Oddział ZUS współpracował z lekarzami konsultantami, jednakże nie zabezpieczył współpracy przynajmniej z dwoma konsultantami w dziewięciu specjalizacjach pomimo, że taki wymóg wynikał z wewnętrznych procedur ZUS⁸. Pomimo niewystarczającej obsady lekarze orzecznicy 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 rehabilitacyjne⁹ oraz odpowiednio Procedurą 9.1. i Procedurą 9.3. Realizacja

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

⁴ Tj. z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 266 ze zm. dalej ustawa o sus.

⁶ Załącznikiem nr 3 do Procedury do procesu 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników wprowadzonej zarządzeniem nr 56 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń społecznych z dnia 31 marca 2017 r., dalej Procedura 13.1.

⁷ Dz. U. z 2004 r. Nr 273 poz. 2711, dalej rozporządzenie w sprawie orzekania.

⁸ § 25 ust. 1 Zarządzenia nr 140 Prezesa ZUS z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie wprowadzenia „Zasad obsługi wniosków związanych z wydawaniem orzeczenia przez lekarza orzecznika” zwanego dalej Zasady obsługi wniosków oraz załącznik nr 9 do Procedury 9.1 Wydawanie orzeczeń, wprowadzonej Zarządzeniem nr 39 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1 „Wydawanie orzeczeń”, obowiązującej od 1.04.2017 r., dalej Procedura 9.1.

⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 277, dalej: rozporządzenie o rehabilitacji.

rehabilitacji leczniczej¹⁰. W aktach 13,9% spraw zakończonych wydaniem orzeczenia o potrzebie rehabilitacji nie przechowywano kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez pracownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub posiadającej adnotację pracownika Oddziału ZUS „Kopię z oryginału sporządził”. Ponadto w jednym przypadku główny lekarza orzecznik (GLO) albo jego zastępca nie odnotował w aplikacji Wspomaganie orzecznictwa¹¹ faktu akceptacji orzeczenia. Nadzór GLO nad pracą lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich na ogół wykonywany był zgodnie z Procedurą 9.1. Jednak w maju 2018 r. niedochowany został wymóg przeprowadzenia analizy dokumentacji nie mniej niż 60% spraw w miesiącu, stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii. GLO skontrolował bowiem 57,44% takich spraw, co nie miało jednak wpływu na samą treść wydanych orzeczeń.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej¹² kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Zadania w zakresie rehabilitacji leczniczej w Oddziale ZUS realizował Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji¹³, który bezpośrednio był nadzorowany przez Głównego Lekarza Orzecznika¹⁴.

(akta kontroli str. 273-354)

Plan zatrudnienia lekarzy orzeczników przewidywał w latach 2018 – 2019 po 39 etatów, a lekarzy członków komisji lekarskich 11 etatów w 2018 r. i 12 etatów w 2019 r. Przeciętne zatrudnienie lekarzy orzeczników w 2018 r. wynosiło 28,8 etatów (38,7 osób) w 2018 r. i 26,8 etatów (35,3 osób) w 2019 r., a lekarzy członków komisji lekarskich – 11,1 etatu (11,1 osób) w 2018 r. i 9,7 (9,7 osób) etatów w 2019r.

Plan zatrudnienia głównych lekarzy orzeczników i ich zastępców oraz lekarzy orzeczników, pomimo ogłaszanych na te stanowiska naborów, nie został w pełni zrealizowany, i tak:

- przeciętne zatrudnienie głównych lekarzy orzeczników i ich zastępców zostało wykonane w stosunku do planu w 2018 r. w 92,7% i w 2019 r. w 90,9%,
- przeciętne zatrudnienie lekarzy orzeczników zostało wykonane w stosunku do planu na dany rok odpowiednio w 73,8% i 69,7%,
- przeciętne zatrudnienie lekarzy członków komisji lekarskich, zostało wykonane w stosunku do planu na dany rok odpowiednio w 105,7% i 80,9%.

Wszyscy zatrudnieni w Oddziale w latach 2018-2019 lekarze orzecznicy i członkowie komisji lekarskich spełniali wymogi kwalifikacyjne o których mowa w § 11 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie orzekania, tj. posiadali specjalizację II^o. Wśród lekarzy orzeczników specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych

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 Dalej aplikacja WO.

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 Dalej: WOLiP.

¹⁴ Dalej GLO.

posiadało odpowiednio¹⁵ 11,7 i 10,9 lekarzy; w zakresie chirurgii: 4,5 i 3,5 lekarzy; w zakresie neurologii: po 5,6 lekarzy; w zakresie psychiatrii: 1,8 lekarzy w 2019 r.; w zakresie medycyny pracy: po 1 lekarzu; w zakresie ortopedii i traumatologii po 1,8 lekarzy; w zakresie reumatologii 1 i 2 lekarzy; w zakresie kardiologii: 2 i 1,4 lekarzy; w zakresie chorób płuc: po 1,4 lekarzy; w zakresie otolaryngologii: po 1 lekarzu; inne specjalizacje: 10,8 i 11,3 lekarzy. Z kolei wśród lekarzy członków komisji lekarskich specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych posiadało odpowiednio¹⁶ po 2 lekarzy; w zakresie chirurgii: 6 i 5 lekarzy; w zakresie neurologii: po 1 lekarzu; w zakresie psychiatrii: po 1 lekarzu; w zakresie reumatologii po 2 lekarzy; w zakresie chorób płuc: po 1 lekarzu; inne specjalizacje: po 3 lekarzy.

(akta kontroli str. 38,45-54,55-57, 58-66)

W latach 2018-2019 Oddział wydał łącznie 200.119 orzeczeń, w tym przez lekarzy orzeczników 185.713 i członków komisji lekarskich 14.406. W związku z rehabilitacją leczniczą Oddział wydał łącznie 13.156 orzeczeń¹⁷, w tym orzeczenia odmowne wydano w 1.594 przypadkach (1.422 stanowiły odmowy orzecznicze, a 172 – formalne). Liczba złożonych w tych latach wniosków o rehabilitację leczniczą wyniosła 7.391, w tym 3.479 w 2018 r. i 3.912 w 2019 r. W okresie objętym kontrolą wystawiono łącznie 8.829 skierowań na rehabilitację leczniczą, a odbyło ją 9.408 osób. Różnica pomiędzy liczbą skierowań, a liczbą rehabilitowanych była spowodowana m.in. odbyciem rehabilitacji w innym roku niż ten, w którym wystawiono skierowanie.

W latach 2018-2019 wniesiono łącznie 372 sprzeciwy, z czego pozytywnie rozpatrzono 109. Sformułowanych zostało siedem zarzutów wadliwości, z których sześć wpłynęło na zmianę orzeczenia.

(akta kontroli str. 58-66)

W 2018 r. normy czasu dla badania przez lekarza orzecznika¹⁸ 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 egzystencji¹⁹ 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 ustalonych na 25 stycznia 2018 r., 09 lutego 2018 r., 13 sierpnia 2018 r. i 30 listopada 2018 r. dla siedmiu lekarzy orzeczników i jednej komisji lekarskiej ustalono, że przyjęto w nich czas badań lekarskich w wymiarze norm czasu pracy ustalonych przez Naczelnego Lekarza ZUS.

(akta kontroli str. 1042-1077, 1104-1110)

W okresie objętym kontrolą wzrosła liczba orzeczeń związanych z rehabilitacją leczniczą wydanych na wniosek lekarza leczącego z 2.733 w 2018 r. do 2.873 w 2019 r. Jednocześnie zmniejszyła się liczba wydanych orzeczeń w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich z 56 w 2018 r. do 52 w 2019 r. Zmniejszeniu uległa również liczba wydanych orzeczeń w związku z ustaleniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego (z 2.673

¹⁵ W 2018 r. i w 2019 r.; wielkość zatrudnienia podana w wielkości przeciętnej w przeliczeniu na pełen etat.

¹⁶ W 2018 r. i w 2019 r.; wielkość zatrudnienia podana w wielkości przeciętnej w przeliczeniu na pełen etat.

¹⁷ Liczba wniosków i orzeczeń jest różna m.in. dlatego, że wnioski składają osoby zainteresowane i lekarze leczący, a orzeczenia zapadają w sytuacjach, gdy lekarz orzecznik albo komisja lekarska Zakładu orzekają o potrzebie rehabilitacji leczniczej, orzekając w sprawie niezdolności do pracy dla celów rentowych albo o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego.

¹⁸ Normy te ustalił Naczelny Lekarz ZUS w piśmie nr 991800/292/2017A z 12.09.2017 r.

¹⁹ Dz. U. poz. 1622, dalej: ustawa o świadczeniu uzupełniającym.

w 2018 r. do 2.304 w 2019 r.) oraz ustaleniem niezdolności do pracy do celów rentowych (z 576 w 2018 r. do 467 w 2019 r.).

Liczba wydanych średniorocznie orzeczeń przez lekarzy orzeczników wyniosła w latach 2018-2019 odpowiednio 3.120,99 i 3.577,73 oraz 613,76 i 784,51 w przypadku lekarzy – członków komisji lekarskich. W 2018 r. (w przeliczeniu na pełen etat) na jednego lekarza orzecznika i jednego członka komisji lekarskiej przypadało średnio w miesiącu odpowiednio 260 i 51 orzeczeń, a w 2019 r. – 298 i 65 orzeczeń.

(akta kontroli str. 55-57, 58-66)

W Oddziale występują trudności z pozyskaniem do pracy lekarzy, o czym Dyrektor Oddziału informowała Zarząd ZUS. Problemy kadrowe w orzecznictwie lekarskim były przedmiotem wielu spotkań organizowanych w Centrali ZUS i Rady Regionów (posiedzeń Dyrektorów Oddziałów z Zarządem ZUS i przedstawicielami poszczególnych Departamentów Centrali ZUS²⁰).

(akta kontroli str. 45-54)

Dyrektor Oddziału nie występowała, w okresie objętym kontrolą, o przyznanie nowych etatów na stanowiska lekarzy – orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich. Oddział wystąpił jedynie o możliwość zwiększenia liczby zastępców GLO z 4,5 do 5 etatu od dnia 1 września 2018 r. i z 5 do 5,5 etatu od 1 października 2019 r. Powyższe zmiany nie wiązały się ze zmianą planu zatrudnienia dla Oddziału, a jedynie przesunięciem etatów w ramach orzecznictwa lekarskiego. Plan zatrudnienia Oddziału został zwiększony przez Centralę o 1 etat we wrześniu 2019r. w celu zatrudnienia dodatkowego lekarza – członka komisji lekarskiej.

(akta kontroli str. 45-54)

W okresie objętym kontrolą, Oddział ogłosił łącznie 35 konkursów na 270,1 etatów na następujące stanowiska: lekarza orzecznika, lekarza członka komisji lekarskiej oraz zastępcy GLO. Kontrolą NIK objęto dokumentację z wszystkich naborów na stanowiska lekarzy orzeczników przeprowadzonych w tym okresie. Nabory te odbyły się zgodnie z art. 74a-74g ustawy o sus oraz z warunkami określonymi w załączniku nr 3 do Procedury 13.1. 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 sus, a informacje o naborze – zawierały elementy określone przepisami art. 74f ust. 1 i 2 tej ustawy.

W wyniku tych naborów zatrudnionych zostało łącznie dziewięć osób, w tym sześciu lekarzy orzeczników (5,6 etatu), dwie osoby na stanowisko zastępcy GLO (1,5 etatu) oraz jeden lekarz - członek komisji lekarskiej (1 etat). Średni wiek przyjętych w latach 2018-2019 lekarzy wyniósł odpowiednio 57,3 i 58,3, a zatrudnionych w 2019r. zastępców GLO 67 lat. Nierozstrzygniętych zostało 28 naborów z następujących przyczyn: niezgłoszenia się żadnego kandydata (25 naborów) oraz rezygnacji kandydata z ubiegania się o stanowisko (trzy nabory). Priorytety w zakresie

²⁰ W tym: głównych lekarzy orzeczników z przedstawicielami Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego w Centrali ZUS. Celem spotkań jest m. in. szukanie rozwiązań, które pozwoliłyby na zwiększenie stanu zatrudnienia lekarzy orzeczników w Oddziałach,

- spotkania Rady Regionu III (której Oddział jest członkiem) w dniach 3 i 4 lipca 2019r. w Osuchowie. Podczas tych spotkań Dyrektor Oddziału ZUS omówiła problemy występujące w obszarze orzecznictwa lekarskiego, w tym związane ze zmniejszaniem wymiarów etatów przez lekarzy, pozyskiwaniem nowych lekarzy do pracy w ZUS, a także działaniami zmierzającymi do zatrzymania już zatrudnionych. Wskazywała również, że spadkowi zatrudnienia towarzyszy wzrost liczby spraw, które realizuje orzecznictwo lekarskie, a jednocześnie zaprezentowała propozycje rozwiązań, które zdaniem Oddziałów skupionych w Regionie mogłyby prowadzić do zwiększenia zatrudnienia na stanowiskach lekarzy oraz utrzymania ich w zatrudnieniu,

- spotkanie w dniu 11 września 2019 r., którego jedną z poruszanych kwestii było zaangażowanie firmy zewnętrznej w pozyskiwanie kandydatów do pracy na stanowiska lekarza orzecznika.

specjalizacji lekarzy, którzy powinni być zatrudnieni w Oddziale zawsze były określane w Opisach Stanowisk Pracy oraz we wzorze ogłoszenia oferty pracy

(akta kontroli str. 38, 45-54, 237-238, 239-254, 359-364, 371-454)

W latach 2018-2019 średni poziom wynagrodzeń w grupach stanowisk objętych kontrolą kształtował się w sposób następujący: zastępcy GLO - 7.950 zł/1m-c w 2018 r. i 10.025 zł/1m-c w 2019 r., lekarz orzecznik - 7.401,1 zł/1 m-c w 2018 r. i 9.689,2 zł/1 m-c w 2019 r. i lekarz - członków komisji lekarskiej - 7.418,2 zł/1 m-c w 2018 r. i 9.774,4 zł/1 m-c w 2019 r.

Średni wiek lekarzy, w tych latach, wynosił: zastępcy GLO - 62,2 lata w 2018r. i 63,8 lat w 2019 r., lekarzy orzeczników - 61,7 lat w okresie 2018 – 2019 i lekarzy-członków komisji lekarskiej - 63,7 lat w 2018 r. i 64 lata w 2019 r.

Według Dyrektora Oddziału ZUS poziom wynagrodzeń na stanowiskach lekarzy orzeczników oraz lekarzy-członków komisji lekarskich nie zapewnia warunków dla stabilnego i trwałego zatrudniania, jednak tej kwestii nie można rozpatrywać w oderwaniu od uwarunkowań w poszczególnych regionach kraju. Problem z pozyskaniem lekarzy w Oddziałach takich jak I Oddział ZUS w Poznaniu wynika z wielu możliwości świadczenia pracy przez lekarzy w ośrodkach akademickich, czy szpitalach klinicznych, które oferują dobre warunki pracy i płacy w połączeniu z możliwością praktycznego wykonywania zawodu zgodnie z posiadaną specjalizacją i kwalifikacjami.

(akta kontroli str. 45-54)

W okresie objętym kontrolą, w Oddziale zatrudnionych zostało łącznie dziewięciu nowych lekarzy, natomiast odeszło w tym okresie 16 lekarzy, w tym:

- dwóch zastępców GLO (po jednym w każdym roku) z uwagi na osiągnięcie wieku emerytalnego,
- 11 lekarzy orzeczników (sześciu w 2018 r. i pięciu w 2019 r.) z uwagi na osiągnięcie wieku emerytalnego (dwie osoby), z powodu zgonu (jedna osoba), na mocy porozumienia stron (trzy osoby) i z uwagi na wypowiedzenie umowy o pracę przez pracownika (pięć osób),
- trzech członków – komisji lekarskich z powodu przejścia na emeryturę (dwie osoby) i na mocy zawartego porozumienia stron (jedna osoba).

(akta kontroli str. 38,45-54, 237-238)

W okresie objętym kontrolą łącznie 18 osób zatrudnionych na stanowiskach lekarzy orzeczników, lekarzy członków komisji lekarskich, zastępcy GLO oraz GLO Oddziału ZUS świadczyło pracę w godzinach nadliczbowych, w tym: w 2018 r. – 10 lekarzy orzeczników (razem 630 g.) oraz trzech zastępców GLO (razem 40 g.) i w 2019 r. – trzech lekarzy członków komisji lekarskiej (razem 66 godzin), ośmiu lekarzy orzeczników (razem 786 g.), trzech zastępców GLO (razem 316 g.) oraz GLO (57,3 g.). Z wyjaśnień Dyrektor Oddziału ZUS wynika, że było to spowodowane m.in. niedoborem lekarzy orzeczników, dodatkowymi zadaniami nałożonymi ustawą o świadczeniu uzupełniającym, zatrudnianiem na stanowisko lekarza orzecznika osób o orzecznym stopniu niepełnosprawności, który uprawnia ich do dodatkowego urlopu oraz skróconego czasu pracy, realizacją przez zastępców GLO działań edukacyjnych oraz kontrolnych, prowadzonych wobec lekarzy wystawiających zaświadczenia lekarskie ZUS ZLA w okresie poprzedzającym wprowadzenie obowiązku wystawiania tych zaświadczeń wyłącznie w formie elektronicznej, a także wykonywaniem przez lekarzy – członków komisji lekarskich zadań związanych ze zwiększoną liczbą napływających do ZUS wniosków przy jednoczesnej absencji innych członków komisji.

(akta kontroli str. 34-35, 365-370)

1.2. W 2018 roku Oddział współpracował z 58 konsultantami, w tym z: 13 psychiatrami, sześcioma psychologami, pięcioma ortopedami czterema kardiologami, okulistami i otolaryngologami, trzema lekarzami medycyny pracy i neurologami, dwoma pulmonologami, chirurgami ogólnymi, dermatologami i neurochirurgami oraz z jednym chirurgiem naczyń, diabetologiem, ginekologiem, hematologiem, nefrologiem, onkologiem, reumatologiem i urologiem. W 2019 r. Oddział współpracował z 81 konsultantami (w tym 24 zatrudnionymi w związku z wejściem w życie od 1 października 2019 r. ustawy o świadczeniu uzupełniającym), w tym z: 13 psychiatrami, ośmioma chirurgami ogólnymi, sześcioma psychologami, ortopedami i lekarzami chorób wewnętrznych, pięcioma neurologami i okulistami, czterema kardiologami i otolaryngologami, trzema lekarzami medycyny pracy, rehabilitacji medycznej i neurochirurgami, dwoma dermatologami, hematologami, onkologami i pulmonologami, oraz jednym chirurgiem naczyń, diabetologiem, ginekologiem, nefrologiem, reumatologiem, urologiem i geriatrą. W 2020 r. liczba konsultantów wyniosła z kolei 70. Oddział współpracował z: 10 psychiatrami, ośmioma chirurgami ogólnymi, siedmioma psychologami, czterema kardiologami, neurologami i ortopedami, trzema lekarzami medycyny pracy, rehabilitacji medycznej, neurochirurgami, okulistami i otolaryngologami, dwoma onkologami, oraz z jednym dermatologiem, diabetologiem, ginekologiem, hematologiem, nefrologiem, pulmonologiem, reumatologiem, urologiem i geriatrą.

Zasady współpracy Oddziału ZUS z konsultantami zostały określone w Załączniku Nr 9 w części II do Procedury 9.1., zgodnie z którymi lekarz konsultant musi posiadać tytuł specjalisty, a każdy oddział współpracuje z co najmniej dwoma konsultantami ZUS posiadającymi tę samą specjalizację. W dziewięciu ww. przypadkach Oddział zatrudniał po jednym konsultancie danej specjalizacji²¹.

(akta kontroli str. 39-42, 512-771, 774-782)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że o liczbie lekarzy konsultantów oraz ich specjalnościach decydował GLO, który brał pod uwagę:

- specjalizacje, których nie posiadają zatrudnieni lekarze orzecznicy,
- liczbę kierowanych wniosków o wydanie orzeczenia,
- najczęściej identyfikowane jednostki chorobowe osób badanych,
- otwartość lekarza na możliwość przeprowadzania badań w miejscu pobytu ubezpieczonego, co stanowi udogodnienie dla osób badanych i nie powoduje dodatkowych kosztów przejazdu, przy uwzględnieniu faktu, że orzecznictwo lekarskie obsługuje sprawy z terenu trzech Oddziałów Zakładu: I i II w Poznaniu i Oddziału w Pile,
- zapisy Procedury 9.1. wskazujące, że GLO albo jego zastępcy powinni rozważyć wydanie orzeczenia bez badania przez lekarza orzecznika na podstawie dostępnej dokumentacji lub po uzupełnieniu dokumentacji o opinię konsultanta Zakładu,
- zapisy Procedury 9.1. wskazujące, że konsultacja nie może zostać zlecona do wykonania temu samemu lekarzowi konsultantowi ZUS albo psychologowi, który wydawał opinię podczas rozpatrywania poprzedniego wniosku o świadczenie, lub który jest lekarzem leczącym osobę zainteresowaną.

(akta kontroli str. 45-54)

Szczegółowym badaniem objęto pięć umów o dzieło, jakie zostały zawarte z konsultantami na okres trzech lat, tj. od 2 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2019 r. Zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy o sus Oddział udzielił zamówień na dodatkowe opinie lekarza konsultanta lub psychologa po przeprowadzeniu zapytania

²¹ W latach 2018-2019 jednego lekarza chirurga naczyń, diabetologa, ginekologa, nefrolog, reumatologa i urologa, w 2018 r. jednego hematologa i onkologa i w 2019 r. jednego geriatrę. .

ofertowego wysłanego do konsultanta, z którym kończyła się obowiązująca umowa. Wszystkie umowy zawierały elementy o których mowa w § 25 ust. 7 Zarządzenia nr 140 Prezesa ZUS z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie wprowadzenia „Zasad obsługi wniosków związanych z wydawaniem orzeczenia przez lekarza orzecznika”²² oraz załączniku nr 9 do Procedury 9.1. tj. stawkę za wydanie jednostkowej opinii, możliwość żądania uzupełnienia opinii, jeżeli jest ona niekompletna, termin na wydanie opinii oraz zapis, iż opinia powinna być sporządzona pismem maszynowym albo z wykorzystaniem edytora pism w komputerze. Stawki za sporządzenie jednostkowej opinii konsultanta określał powołany²³ przez Dyrektora Oddziału Zespół do przeprowadzania negocjacji, a kwota przyjętej stawki nie przekraczała limitu cen określonego w piśmie²⁴ z dnia 31 maja 2016 r. przez Prezesa ZUS.

(akta kontroli str.512-771, 772-773, 783, 784-893)

Liczba wydanych średniorocznie opinii przez lekarzy konsultantów wyniosła w latach 2018-2019 odpowiednio 1236 i 1424,7, natomiast liczba wydanych średniorocznie opinii przez psychologów wyniosła w tych latach odpowiednio 46,5 i 77,5.

(akta kontroli str.777-782)

Średnioroczne wynagrodzenie konsultanta – lekarza danej specjalności kształtowało się w 2018 r. w przedziale od 1.615 zł w przypadku lekarza dermatologa (2.975 zł w 2017 r. i 1.445 zł w 2019 r.) do 29.101,5 zł w przypadku lekarza psychiatri (27.148,5 zł w 2017 r. i 32.058,5 zł w 2019 r.) oraz w 2019 r. w przedziale od 1.360 zł w przypadku nefrologa (po 2.550 zł w latach 2017 i 2018) do 32.058,5 zł w przypadku lekarza psychiatri (27.148,5 zł w 2017 r. i 29.101,5 zł w 2018 r.).

(akta kontroli str. 777-782)

W latach 2018-2019 Oddział współpracował łącznie z sześcioma placówkami służby zdrowia (dwoma od 11 kwietnia 2017 r. do 31 marca 2018 r., dwiema od 14 czerwca do 31 grudnia 2018 r. oraz dwiema w latach 2019-2020) świadczącymi usługi w zakresie wykonywania badań diagnostycznych i laboratoryjnych w sprawach dotyczących orzekania przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie ZUS dla potrzeb ustalenia uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz innych niż z ubezpieczeń społecznych, a także kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy zgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie orzekania.

Z wyjaśnień Dyrektora Oddziału wynika, że rodzaj oraz liczba badań diagnostycznych i laboratoryjnych określone były na podstawie analizy zleczanych badań w latach poprzednich oraz zgodnie z przewidywanym zapotrzebowaniem określonym przez GLO. Najczęściej wykonywane były badania z zakresu kardiologii i pulmonologii.

(akta kontroli str. 45-54, 72)

Szczegółowym badaniem objęto trzy postępowania, w wyniku których zawarte zostały w okresie objętym kontrolą umowy z podmiotami świadczącymi usługi w zakresie wykonywania badań diagnostycznych i laboratoryjnych (jedno z 2018 r. i dwa z 2019 r.). W 2018 r. wyboru placówki do realizacji usług w zakresie wykonywania badań dodatkowych dokonano zgodnie z wytycznymi określonymi w dziale IV zarządzenia nr 1 Prezesa ZUS z dnia 2 stycznia 2018 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 14.1 Realizacja zakupów, bezpośrednio przez

²² Zwanego dalej „Zasady obsługi wniosków”

²³ Polecenie nr 1 Dyrektora I Oddziału w Poznaniu z dnia 12 września 2016 r. w sprawie powołania Zespołu do przeprowadzenia negocjacji w sprawie określenia stawki za sporządzenie jednostkowej opinii konsultantów Zakładu na rok 2017 oraz Polecenie nr 1 Dyrektora I Oddziału w Poznaniu z dnia 11 lipca 2017 r. w sprawie powołania Zespołu do przeprowadzenia negocjacji w sprawie określenia stawki za sporządzenie jednostkowej opinii konsultantów Zakładu.

²⁴ Znak nr 991800/134/2016/A.

WOLiP Oddziału, tj. w trybie zapytania ofertowego (kierowanego do minimum trzech wykonawców, po uprzednim rozeznaniu rynku). Zapytania ofertowe kierowane były do placówek służby zdrowia współpracujących z Oddziałem w latach wcześniejszych, a także do placówek wybranych ze stron internetowych. Głównym kryterium wyboru placówki była najkorzystniejsza oferta cenowa oraz dostępność usług, umiejscowienie jednostki najbliżej Oddziału, co zmniejszało koszty stawiennictwa na badania ponoszone przez Oddział.

Postępowania w celu zawarcia umów na badania specjalistyczne na rok 2019 przeprowadzone zostały, przez komórkę zamówień publicznych Oddziału, zgodnie z wymogami określonymi w art. 138o ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych²⁵.

(akta kontroli str. 45-54, 73-235)

W latach 2018-2019 nie przeprowadzano obserwacji szpitalnych ubezpieczonych.

(akta kontroli str. 45-54)

1.3. Lekarze orzecznicy i lekarze-członkowie komisji lekarskich zatrudnieni w latach 2018-2019 w Oddziale ZUS (łącznie 18, w tym dziewięciu nowozatrudnionych w tych latach) spełniali wymogi formalne określone w § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania, a nowozatrudnieni w tych latach lekarze (łącznie dziewięciu, w tym dwóch zastępców GLO, sześciu lekarzy i jeden członek komisji lekarskiej) odbyli przeszkolenia dla nowo zatrudnionych lekarzy w zakresie określonym przez Prezesa ZUS. Nowozatrudnieni lekarze nie wydawali orzeczeń przed ukończeniem przeszkolenia, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia.

(akta kontroli str.38, 55-57)

1.4. W latach 2018-2019 lekarze orzecznictwa lekarskiego mieli możliwość podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych poprzez udział w szkoleniach organizowanych przez Centralę ZUS²⁶, Oddział²⁷, a także uczestnictwo w szkoleniach organizowanych przez podmioty zewnętrzne²⁸. W ZUS obowiązywał Program szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich zatwierdzony przez Prezesa ZUS, który określał organizację obowiązkowego szkolenia przez lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich realizowanego zgodnie z wymaganiami określonymi w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania. Ponadto w ZUS, do września 2019 r., obowiązywał wykaz szkoleń e-learningowych dla nowo zatrudnionych lekarzy obejmujący m.in. zagadnienia związane z rehabilitacją leczniczą. Z kolei zaktualizowana tematyka szkoleń e-learningowych obowiązująca od października 2019 r. obejmowała dodatkowo obsługę aplikacji WO – Wspomaganie orzecznictwa, część I – Obsługa formularzy orzecznicych.

(akta kontroli str.45-54)

W latach 2018-2019 w Oddziale zrealizowano łącznie osiem szkoleń, głównie dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich. W okresie objętym kontrolą nie były prowadzone szkolenia, których tematem przewodnim byłaby rehabilitacja lecznicza. Temat ten był natomiast poruszany przy okazji szkoleń w zakresie innych tematów. W latach tych odpowiednio 25,9% (tj. 14 na 54 zatrudnionych) i 37,2% (tj. 19 na 51 zatrudnionych) zatrudnionych w Oddziale lekarzy nie uczestniczyło w żadnych szkoleniach zawodowych.

²⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 ze zm.

²⁶ Siedem szkoleń, w których uczestniczyli GLO, zastępcy GLO i lekarze orzecznicy – trzy osoby.

²⁷ Osiem szkoleń, głównie dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich, w których uczestniczyli GLO, zastępcy GLO oraz lekarze orzecznicy.

²⁸ Łącznie 11 szkoleń, w których uczestniczyli GLO, zastępcy GLO i lekarze orzecznicy, np. szkolenie pn. „Model rehabilitacji kompleksowej” w którym uczestniczyło czterech pracowników Oddziału – GLO, dwóch zastępców GLO oraz lekarz orzecznik, „Kontrola czasowej niezdolności do pracy” w którym uczestniczył jeden pracownik Oddziału – zastępca GLO, „Warsztaty dla lekarzy i psychologów”, w którym uczestniczył jeden lekarz orzecznik.

W okresie tym, żaden lekarz orzecznik ani członek komisji lekarskiej nie przedstawił dokumentów potwierdzających podniesienie kwalifikacji zawodowych, uzyskanie tytułu naukowego (prof. n. med.), lub stopnia naukowego (dr/dr hab.), ani też nie ukończył innej specjalizacji.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że każdy lekarz, podejmujący pracę w charakterze lekarza orzecznika czy członka komisji lekarskiej, zobowiązany jest do realizacji szkoleń w formie elektronicznej, w tym z zakresu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, a także wyposażony jest w publikacji „Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS”, w których zawarte są wytyczne, dotyczące rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Dodatkowym źródłem wiedzy jest cyklicznie wydawany przez Departament Prewencji i Rehabilitacji kwartalnik dotyczący tego zagadnienia. Ponadto I Oddział w Poznaniu prenumeruje na potrzeby orzecznictwa lekarskiego literaturę fachową – „Medycyna Praktyczna”, „Medycyna po dyplomie”, „Puls Medycyny”, która zawiera standardową tematykę poświęconą różnym dziedzinom medycyny, w tym również aktualne nowości z zakresu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji poszczególnych układów/narządów.

(akta kontroli str. 45-54)

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

W okresie objętym kontrolą Oddział prowadził działania informacyjno-promocyjne dotyczące ZUS i systemu ubezpieczeń społecznych. Przedsięwzięcia te koordynowane były przez Centralę ZUS, jak również bezpośrednio przez sam Oddział²⁹. Pracownicy Oddziału uczestniczyli wówczas w różnych tego typu wydarzeniach, np. targach, konferencjach, seminariach, punktach informacyjnych czy dniach otwartych ZUS.

Dyrektor Oddziału w wyjaśnieniach podała, że rehabilitacja lecznicza jest jednym z zagadnień, które promuje Oddział.

(akta kontroli str. 45-54)

Działania z zakresu prewencji rentowej Oddział zrealizował nie ponosząc dodatkowych kosztów. Materiały wykorzystywane podczas prezentacji, spotkań,

²⁹ Były to m.in. :

- w 2018 r.:

- a) „Dzień Osób z Niepełnosprawnością” – punkt informacyjny Zakładu w Narodowym Funduszu Zdrowia w Poznaniu, z ekspertami z zakresu ubezpieczeń społecznych, w tym rehabilitacji leczniczej,
- b) szkolenie zorganizowane w siedzibie Oddziału dla płatników składek, Wielkopolskiego Związku Pracodawców Lewiatan, Wielkopolskiej Izby Rzemieślniczej, na temat „Odszkodowania i zasiłki z tytułu wypadków przy pracy. Prewencja rentowa”,
- c) zajęcia dla studentów Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu prowadzone przez Naczelnika Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji z zakresu: „Renta z tytułu niezdolności do pracy. Prewencja rentowa”;

- w 2019 r.:

- a) „Dni z ZUS” – akcja skierowana do płatników strategicznych, której celem było upowszechnianie wiedzy o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego oraz Platformie Usług Elektronicznych. Płatnik miał do wyboru spotkanie z ekspertami z zakresu: PUE, emerytur i rent, ubezpieczeń społecznych, zasiłków oraz rehabilitacji leczniczej,
- b) Konferencja Państwowej Inspekcji Pracy oraz Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, dotycząca zarządzania bezpieczeństwem i ochroną zdrowia pracowników 50+. Prezentację na temat „Utrzymanie zdolności do pracy – dofinansowanie działań płatników składek i prewencja rentowa dla ubezpieczonych” przedstawił Naczelnik Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji,
- c) zajęcia dla studentów Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu prowadzone przez Naczelnika Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji z zakresu: „Renta z tytułu niezdolności do pracy. Prewencja rentowa”.

szkoleń były opracowane przez pracowników Oddziału bądź udostępnione przez Centralę ZUS.

(akta kontroli str. 45-54)

1.6. W latach 2018-2019 koszty prowadzenia postępowań orzecznich WOLiP wyniosły łącznie 4.545,4 tys. zł, z czego w 2018 r. 2.101 tys. zł i w 2019 r. 2.444,4 tys. zł. Dotyczyły one: kosztów badań osób ubiegających się o krajowe świadczenia rentowe – 28,1 tys. zł, w tym 13,1 tys. zł w 2018 r., kosztów świadczeń wypłacanych lekarzom i psychologom za przeprowadzane badań i wydawanie opinii – 2.153,9 tys. zł, w tym 950,2 tys. zł w 2018 r. oraz zwrot kosztów podróży osobom wzywany – 2.316,8 tys. zł, w tym 1.124,8 tys. zł w 2018 r.

Wydatki te w stosunku do planu zostały w 2018 r. wykonane w 95,3%, natomiast w 2019 r. w 85,6%. Najniższe w 2019 r. wykonanie wydatków w stosunku do planu na ten rok stanowiły badania osób ubiegających się o krajowe świadczenia rentowe (51,5% planu) oraz świadczenia wypłacane lekarzom (80,3% planu).

W kosztach funkcjonowania WOLiP nie uwzględniono kosztów, które były ujęte w ramach ogólnego planu Oddziału, w tym: wynagrodzeń osobowych (7.767,9 tys. zł w 2018 r. i 9.681,2 tys. zł w 2019 r.), składek na ubezpieczenie społeczne (1.290,5 tys. zł w 2018 r. i 1.558,8 tys. zł w 2019 r.), opłat pocztowych i bankowych (352,6 tys. zł w 2018 r. i 357,8 tys. zł w 2019 r.) i odpisów na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych (148,6 tys. zł w 2018 r. i 146,7 tys. zł w 2019 r.).

(akta kontroli str. 58-66, 454-459)

1.7. W latach 2018-2019 w Oddziale ZUS nie były przeprowadzane kontrole zewnętrzne. Departament Orzecznictwa Lekarskiego ZUS przeprowadził w tym okresie dwie kontrole funkcjonalne planowe, których przedmiotem była działalność GLO, przewodniczącego komisji lekarskich, ocena orzeczeń o niezdolności do pracy oraz organizacja pracy orzecznictwa lekarskiego. W wyniku kontroli przeprowadzonej w 2018 r. stwierdzono, że w 15 przypadkach (na 228 badanych) nie było zgodności ustaleń orzecznich z zasadami orzecznictwa lekarskiego, a w czterech przypadkach w sposób niedostateczny udokumentowane zostały ustalenia orzecznice. W 2019 r. zmniejszyła się liczba spraw wymagających rozpatrzenia w trybie nadzoru z 15 na siedem (spośród 224 badanych), natomiast zwiększyła się liczba spraw (z czterech do ośmiu), w których w sposób niedostateczny udokumentowane zostały ustalenia orzecznice. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami sformułowane zostały zalecenia pokontrolne dotyczące wyeliminowania w działalności komisji lekarskich oraz w zakresie ustaleń orzecznich lekarzy orzeczników, powodujących konieczność skierowania spraw do ponownego rozpatrzenia w trybie nadzoru bądź do komisji lekarskiej. Dyrektor Oddziału poinformowała, że w celu wyeliminowania nieprawidłowości w przyszłości przeanalizowano i omówiono wszystkie przypadki, w których te nieprawidłowości wystąpiły, zorganizowano w tym celu spotkania podczas których zwrócono również uwagę na konieczność starannego i rzetelnego działania w procesie orzecznym.

(akta kontroli str. 45-54, 460-503, 1092-1097)

W latach 2018-2019 do Oddziału ZUS wpłynęło łącznie 26 skarg (pięć w 2018 r. i 21 w 2019 r.), w tym dwie dotyczyły orzecznictwa lekarskiego, 18 - lekarzy orzeczników i jedna nieprawidłowego zachowania lekarza orzecznika i pracowników Oddziału. Spośród tych skarg tylko jedną dotyczącą błędów i skrótów użytych w orzeczeniu uznano za zasadną. Wszystkie objęte badaniem skargi (100%) zostały załatwione terminowo, tj. zgodnie z art. 237 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks

postępowania administracyjnego³⁰. W każdym z badanych przypadków zostało przeprowadzone postępowanie wyjaśniające.

(akta kontroli str. 45-54, 504-511)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Zgodnie z § 25 ust. 1 „Zasad obsługi wniosków” oraz załącznikiem nr 9 do Procedury 9.1 każdy oddział ZUS współpracuje co najmniej z dwoma konsultantami posiadającymi tę samą specjalizację. W dziewięciu przypadkach Oddział zatrudnił tylko po jednym konsultancie danej specjalizacji³¹.

Dyrektor Oddziału ZUS wyjaśniła, że Oddziałowi nie udało się pozyskać drugiego konsultanta w niektórych specjalizacjach, z powodu braku chętnych lekarzy do współpracy z ZUS. Wskazała ponadto, że przyczyną trudności w zatrudnieniu lekarzy konsultantów, podobnie jak i lekarzy orzeczników jest niska konkurencyjność ZUS na rynku pracy. W związku z powyższym zostały podpisane umowy z konsultantami z pojedynczych dziedzin i podjęto starania, w celu pozyskania specjalistów w tych samych specjalizacjach.

(akta kontroli str. 512-771, 1092-1097)

OCENA CZĄSTKOWA

Oddział ZUS realizował zadania w zakresie rehabilitacji leczniczej w niepełnej obsadzie kadrowej lekarzy orzeczników w 2018 r. nieobsadzonych było 10,2 etaty, a w 2019 r. 14,5 etatu. Prowadzenie naborów lekarzy orzeczników, członków komisji lekarskich i konsultantów odbywało się zgodnie z obowiązującymi przepisami i regulacjami wewnętrznymi Zakładu³², a zatrudnieni w latach 2018-2019 lekarze orzecznicy i członkowie komisji lekarskich spełniali wymogi określone w § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania. Oddział ZUS zabezpieczył współpracę z lekarzami konsultantami i podmiotami prowadzącymi badania dodatkowe. Jednakże, nie zabezpieczył współpracy przynajmniej z dwoma konsultantami w dziewięciu specjalizacjach pomimo, że taki wymóg wynikał z wewnętrznych procedur ZUS regulujących tą współpracę³³.

OBSZAR

2. Prawidłowość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej.

Opis stanu
faktycznego

2.1. Termin wydania 90 objętych kontrolą NIK orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej lub jej braku (omówionych dalej) wynosił średnio 19,5 dnia od daty wpływu wniosku o rehabilitację leczniczą; najkrótszy termin wydania orzeczenia wyniósł 10 dni, a najdłuższy 35.

(akta kontroli str. 1112-1126)

2.2. Kontrolą NIK objęto 18³⁴ orzeczeń o braku potrzeby rehabilitacji wydanych w 2018 r. przez lekarzy orzeczników Oddziału ZUS. W każdej ze skontrolowanych

³⁰ Dz. U. z 2020 poz. 256 ze zm.

³¹ Jednego lekarza chirurga naczyń w latach 2018-2019, jednego diabetologa w latach 2018-2019, jednego ginekologa w latach 2018-2019, jednego hematologa w 2018 roku, jednego nefrologa w latach 2018-2019, jednego onkologa w 2018 r., jednego reumatologa w latach 2018-2019, jednego urologa w latach 2018-2019, jednego geriatrę w 2019r.

³² Tj. odpowiednio przepisami art. 74a-74g i 68 ustawy o sus i Załącznikiem nr 3 do Procedury do procesu 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników wprowadzonej Zarządzeniem nr 56 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń społecznych z dnia 31 marca 2017 r., dalej Procedura 13.1.

³³ § 25 ust. 1 „Zasad obsługi wniosków” oraz załącznikiem nr 9 do Procedury 9.1

³⁴ 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. Z 18 tych spraw 16 wnioskodawców miało już orzeczoną całkowitą bądź częściową niezdolność do pracy, jednemu wnioskodawcy przysługiwało już prawo do renty

spraw zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie rehabilitacji 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 leczniczą³⁵. 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. Badanie tych postępowań wykazało, że wydawanie w tych sprawach orzeczeń było zgodne z przepisami § 4 ww. rozporządzenia oraz Procedurą 9.1.

Przydzielanie spraw przez GLO bądź jego zastępcę odbywało się poprzez losowanie w WO, zgodnie z załącznikiem nr 6 Procedury 9.1. W dwóch przypadkach lekarze orzecznicy wydający opinie lekarskie do orzeczeń o braku potrzeby rehabilitacji leczniczej nie zamieścili w tych opiniach informacji dotyczących m.in. zmiany naruszenia sprawności organizmu w porównaniu do poprzedniego badania przez lekarza orzecznika/komisję lekarską³⁶. W żadnej z tych opinii nie zamieścili również informacji określających charakter naruszenia sprawności organizmu (przewlekły stabilny, przewlekły postępujący, rokujący poprawę) oraz w jakim okresie badany rokuje poprawę bądź odzyskanie zdolności do pracy. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że formularz o nazwie „Wzór uzasadnienia i podsumowania ustaleń orzecznicznych” zawierający te informacje jest jedynie formularzem pomocniczym przy sporządzaniu uzasadnienia opinii lekarskiej, a lekarz orzecznik oraz komisja lekarska odpowiadają na pytania postawione we wniosku o wydanie orzeczenia odnosząc się do wszystkich okoliczności w nim wskazanych, zaś wniosek o rehabilitację leczniczą nie zawiera pytania o okres niezdolności do pracy. W ośmiu sprawach wnioskodawca załączył kserokopię dokumentacji medycznej, którą zabezpieczono w teczce MED ubezpieczonego, Dokumentacja ta została zgodnie pkt. II.18 załącznika nr 6 do Procedury 9.1. potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych bądź pracownika ZUS. W pozostałych 10 sprawach dokumentacja ta nie została załączona do wniosku o rehabilitację leczniczą.

W pięciu sprawach zakończonych wydaniem orzeczenia, GLO albo jego zastępca przeprowadził analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia.

(akta kontroli str.512-771, 1112-1113, 1199-1216, 1098-1103, 1111)

2.3. Kontrolą NIK objęto 72³⁷ 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 rehabilitacji lekarz orzecznik orzekł o potrzebie rehabilitacji osoby uprawnionej, której lekarz prowadzący leczenie sporządził wniosek o rehabilitację leczniczą (§ 2 ust. 1). Wniosek o rehabilitację leczniczą w każdym badanym

z tytułu częściowej niezdolności do pracy i jedna osoba w momencie składania wniosku korzystała ze świadczenia rehabilitacyjnego.

³⁵ 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>.

³⁶ Nr sprawy: PRL/29/151/2018, PRL/29/697/2018.

³⁷ 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 Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (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 ze schorzeniami, 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.

przypadku został złożony przez osobę zainteresowaną i dotyczył profilu schorzeń, w których ZUS prowadził rehabilitacją leczniczą³⁸. 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.

Przydzielanie tych spraw przez GLO bądź jego zastępcę odbywało się poprzez losowanie w WO zgodnie z załącznikiem nr 6 do Procedury 9.1., z czego w dwóch przypadkach z uwagi na nieobecność wylosowanych lekarzy GLO musiała ponownie przydzielić te sprawy innym lekarzom.

Kserokopia dokumentacji medycznej, która miała wpływ na ustalenia orzecznicze (przechowywana w teczce MED ubezpieczonego), za wyjątkiem 10 przypadków³⁹ (na 72 badanych, tj. 13,9%), została zgodnie z postanowieniami pkt. II.18 załącznika nr 6 do Procedury 9.1. potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych bądź pracownika ZUS. W jednym tylko przypadku, w opinii lekarskiej do sprawy nr PRL/29/1509/2018 wskazano badanie RTG, które miało wpływ na ustalenia orzecznicze, a którego nie załączono do akt sprawy w ogóle.

W 22 przypadkach lekarze orzecznicy wydający opinie lekarskie do orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej, nie zamieszczali w tych opiniach informacji dotyczących m.in. zmiany naruszenia sprawności organizmu w porównaniu do poprzedniego badania przez lekarza orzecznika/komisję lekarską⁴⁰. Ponadto, w uzasadnieniu do tych opinii nie zamieszczano informacji wskazujących na charakter naruszenia sprawności organizmu (przewlekły stabilny, przewlekły postępujący, rokujący poprawę) oraz w jakim okresie badany rokuje poprawę bądź odzyskanie zdolności do pracy.

Analiza dokumentacji stanowiąca podstawę wydania orzeczenia została przez GLO albo jego zastępcę przeprowadzona w przypadku 36 na 72 badane sprawy.

W żadnej z 72 spraw lekarze orzecznicy nie ustalili czy możliwe jest przekwalifikowanie zawodowe uprawnionego ponieważ, jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału, przekwalifikowanie zawodowe może być orzekane na wniosek ubezpieczonego o przyznanie świadczeń rentowych w oparciu o ustawę o emeryturach i rentach z FUS.

(akta kontroli str. 512-771, 1098-1103, 1127-1198)

2.4. Badanie 72 wydanych w 2018 r. orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej, wykazało, że we wszystkich przypadkach termin obsługi wniosku o rehabilitację liczony od daty wpływu wniosku do Oddziału do daty emisji wniosku o wydanie orzeczenia nie przekroczył 8 dni, co było zgodne z pkt. 3 załącznika nr 3 do Procedury 9.3. Ponadto, stosownie do wymogów określonych w tej procedurze (pkt 5 i 6 ww. załącznika) we wszystkich badanych przypadkach dokumentacja ubezpieczonego dotycząca rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej była przechowywana w teczce PRL, a dokumentacja zawierająca dane o stanie zdrowia ubezpieczonego w teczce MED. Po potwierdzeniu prawa do rehabilitacji Oddział terminowo przysyłał dokumentację medyczną ubezpieczonego do ośrodka rehabilitacyjnego, tj. nie wcześniej niż na 2 tygodnie i nie później niż na 10 dni przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego. Wszystkie wydane przez lekarzy

³⁸ Tj. narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego.

³⁹ Nr sprawy: PRL/29/1711/2018, PRL/29/2175/2018, PRL/29/1125/2018, PRL/29/545/2018, PRL/29/472/2018, PRL/29/1333/2018, PRL/29/1509/2018, PRL/29/772/2018, PRL/29/2442/2018, PRL/29/2756/2018.

⁴⁰ Nr sprawy: PRL/29/1832/2018, PRL/29/1012/2018, PRL/29/196/2018, PRL/29/1492/2018, PRL/29/514/2018, PRL/29/61/2018, PRL/29/328/2018, PRL/29/455/2018, PRL/29/602/2018, PRL/29/1147/2018, PRL/29/1076/2018, PRL/29/1077/2018, PRL/29/472/2018, PRL/29/471/2018, PRL/29/1238/2018, PRL/29/498/2018, PRL/29/539/2018, PRL/29/987/2018, PRL/29/881/2018, PRL/29/1870/2018, PRL/29/2442/2018, PRL/29/2756/2018.

orzeczników orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej stanowiły podstawę do skierowania przez Oddział na rehabilitację leczniczą osoby uprawnionej.

(akta kontroli str. 894-1041, 1217-1288)

W 2018 r. okres liczony od emisji skierowania zawiadomienia do rozpoczęcia rehabilitacji wynosił od jednego do 245 dni, a okres od złożenia wniosku o rehabilitację do momentu rozpoczęcia samej rehabilitacji kształtował się od 36 do 278 dni, w zależności o dostępności miejsc w ośrodku o danym profilu.

Osoby skierowane na rehabilitację leczniczą w 62 przypadkach przebywały na turnusie rehabilitacyjnym trwającym 24 dni⁴¹. W 10 przypadkach osoby przebywały na turnusie od 16 do 23 dni, a w jednym przypadku turnus z uwagi na pogorszenie stanu funkcjonalnego osoby uprawnionej został wydłużony do 48 dni. Skrócenie turnusu we wskazanych przypadkach wynikało przede wszystkim z powodów medycznych i ważnych spraw osobistych.

(akta kontroli str. 1098-1103, 1116-1126, 1217-1288)

2.5. Szczegółowym badaniem w zakresie skuteczności rehabilitacji leczniczej objęto łącznie 72 sprawy, w tym:

- 72 sprawy, w których wydano orzeczenia pozytywne, w tym po 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku:
 - nie pobierał żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych ze schorzeniem, na które miał być rehabilitowany (18 spraw),
 - pobierał zasiłki chorobowe na schorzenie, na które miał być rehabilitowany (18 spraw),
 - pobierał świadczenie rehabilitacyjne (18 spraw),
 - pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy (18 spraw).

(akta kontroli str. 1116-1126, 1217-1288)

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;
- łączna liczba dni pobierania świadczenia z FUS w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 13912 do 9876 (tj. o 29%);
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 788.188,69 zł do 564.750,74 zł (tj. o 28,3%);
- łączna kwota⁴² odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 558.881,31 zł do 547.729,22 zł (tj. o 2%);
- w ciągu roku przed odbyciem rehabilitacji 56 osób (77,8%) pobierało świadczenia z FUS, z tego: sam zasiłek chorobowy pobrało 18 osób, samą rentę pobrało 13 osób, samo świadczenie rehabilitacyjne pobrały trzy osoby; zasiłek chorobowy i rentę pobrały trzy osoby, rentę i świadczenie rehabilitacyjne pobrały trzy osoby, zasiłek i świadczenie rehabilitacyjne pobrało 16 osób; 16 osób (22,2%) w ciągu roku przed odbyciem rehabilitacji nie pobrało żadnego świadczenia z FUS;
- w ciągu roku po rehabilitacji 57 osób (79,2%) pobierało świadczenia z FUS, z tego: sam zasiłek chorobowy pobrały 23 osoby, samą rentę pobrało 16 osób, samo świadczenie rehabilitacyjne pobrały trzy osoby; zasiłek chorobowy i rentę pobrały cztery osoby; rentę i świadczenie rehabilitacyjne pobrały trzy osoby; zasiłek chorobowy i emeryturę pobrały dwie osoby, zasiłek i świadczenie rehabilitacyjne

⁴¹ Zgodnie z przepisami § 7 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rehabilitacji.

⁴² Kwoty ustalone na podstawie kwot składek zadeklarowanych przez badanych ubezpieczonych.

pobrały trzy osoby; trzy pobierały tylko emeryturę; 15 osób (20,8%) w ciągu roku po odbyciu rehabilitacji nie pobrało żadnego świadczenia z FUS;

- spośród 57 osób, które w ciągu roku po odbyciu rehabilitacji pobierały świadczenia z FUS, 41 (71,9%) z nich pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, a 16 (28,1%) pobierało świadczenia z tytułu innych schorzeń;

- orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej w 25 przypadkach wydali lekarze orzecznicy posiadający specjalizację niezgodną ze schorzeniem uprawnionego;

- u 44 (61,1%) uprawnionych po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego, a u 28 (38,9%) stan zdrowia nie uległ poprawie;

- po upływie roku od zakończenia rehabilitacji 50 osób było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, a dwie – na podstawie umowy zlecenie, spośród których sześć pobierało wynagrodzenia chorobowe, trzy zasiłki chorobowe, jedna była również emerytem, dwie nabyły prawa emerytalne, a jedna prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy; dwie – prowadziły działalność gospodarczą; dwie zmarły; 12 – było rencistami; cztery – nie pobierały żadnych świadczeń.

(akta kontroli, str. 1116-1126)

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;

- dwa orzeczenia zostały wydane przez lekarza orzecznika o specjalizacji niezgodnej z ocenianą jednostką chorobową (tj. schorzenia narządu ruchu były przydzielane do: pulmonologa⁴³, otolaryngologa⁴⁴), a w ww. sprawach nie zasięgnięto opinii od lekarzy konsultantów nt. ww. schorzeń,

- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku po rehabilitacji wynosiła 175 (przed rehabilitacją 32 dni);

- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń po rehabilitacji wynosiła 421,42 zł (w ciągu roku przed rehabilitacją 0 zł);

- łączna kwota⁴⁵ odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 252.438,8 zł. do 237.164,6 zł, tj. o 6,1%;

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

- w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji osiem osób przebywało na zwolnieniu lekarskim, a 10 nie pobrało żadnego świadczenia z FUS;

- wszystkie osiem osób, które w ciągu roku po odbyciu rehabilitacji pobierały świadczenia z FUS, chorowały na inne schorzenia niż te na które wydano orzeczenia,

- po upływie roku od zakończenia rehabilitacji 15 osób było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, dwie – na podstawie umowy o pracę nakładczą, a jedna zmarła;

⁴³ Nr sprawy: PRL/29/573/2018.

⁴⁴ Nr sprawy: PRL/29/1355/2018.

⁴⁵ Kwoty ustalone na podstawie kwot składek zadeklarowanych przez badanych ubezpieczonych.

- spośród tych 15 zatrudnionych osób na podstawie umowy o pracę, sześć pobierało wynagrodzenie chorobowe finansowane przez pracodawcę.

(akta kontroli, str. 1124-1126)

W 18 sprawach, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał zasiłki chorobowe związane ze schorzeniem, na które miał być rehabilitowany (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana):

- wszystkie sprawy rozpatrzono na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej w pięciu przypadkach wydali lekarze orzecznicy posiadający specjalizację niezgodną ze schorzeniem uprawnionego (tj. schorzenia narządu ruchu przydzielane były do pediatri⁴⁶ i otolaryngologa⁴⁷, a schorzenia onkologiczne do specjalisty chirurgii ogólnej⁴⁸), a w ww. sprawach nie zasięgnięto opinii konsultantów,
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 2471 dni do 641 dni, tj. o 74,1%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń przed i po rehabilitacji zmalała z 74.286,39 zł do 46.295,22 zł, tj. o 37,7%;
- łączna kwota⁴⁹ odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 212.462,50 zł do 248.561 zł, tj. o 106,9%;
- w 12 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, a w sześciu – bez zmian;
- w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji 15 osób pobierało świadczenia z FUS, z tego: 11 osób pobierało sam zasiłek chorobowy, jedna osoba zasiłek chorobowy i emeryturę, jedna świadczenie rehabilitacyjne, dwie emeryturę; trzy osoby nie pobierały 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 świadczenie z tytułu innych schorzeń;
- po upływie roku od zakończenia rehabilitacji 18 osób było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, w tym jedna dodatkowo prowadziła działalność gospodarczą, jedna była również emerytem, dwie nabyły prawa emerytalne, jedna prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z chorobą zawodową i dwie świadczyły pracę na podstawie umowy zlecenia.

(akta kontroli, str.1121-1123)

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 trzech przypadkach wydali lekarze orzecznicy posiadający specjalizację niezgodną z typem schorzenia uprawnionego (tj. schorzenia narządu ruchu przydzielane były do otolaryngologa⁵⁰, schorzenia

⁴⁶ Nr sprawy: PRL/29/1077/2018 i PRL/29/172/2018.

⁴⁷ Nr sprawy PRL/29/213/2018 i PRL/29/545/2018.

⁴⁸ Nr sprawy PRL/29/86/2018.

⁴⁹ Kwoty ustalone na podstawie kwot składek zadeklarowanych przez badanych ubezpieczonych.

⁵⁰ Nr sprawy PRL/29/1870/2018.

onkologiczne do specjalisty chirurgii ogólnej⁵¹ i otolaryngologa⁵²), a w ww. sprawach nie zasięmano opinii konsultantów;

- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 4839 dni do 3143 dni, tj. o 35%;

- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń przed i po rehabilitacji zmalała z 366.543,2 zł do 209.483,8 zł, tj. o 42,8%;

- łączna kwota⁵³ odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 58.656,29 zł do 128.116,10 zł, tj. o 118,4%;

- w 11 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, a w siedmiu – bez zmian;

- w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji 16 osób pobierało świadczenia z FUS, z tego: dwie pobierały rentę, trzy pobierały rentę i świadczenie rehabilitacyjne, trzy zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne, cztery samo zasiłek chorobowy, dwie pobierały samo świadczenie rehabilitacyjne, jedna pobierała emeryturę i zasiłek chorobowy, jedna samą emeryturę; dwie osoby nie pobrały żadnego świadczenia z FUS;

- spośród 16 osób, które w ciągu roku po odbyciu rehabilitacji pobierały świadczenia z FUS, dziewięć pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, a siedem pobierało świadczenia z tytułu innych schorzeń;

- po upływie roku od zakończenia rehabilitacji 11 osób było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, bądź zlecenia, w tym dwie również pobierała rentę, dwie – prowadziły działalność gospodarczą, cztery były rencistami, a jedna nabyła prawo do emerytury.

(akta kontroli, str.1119-1123)

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 10 przypadkach wydali lekarze orzecznicy posiadający specjalizację niezgodną z typem schorzenia uprawnionego (tj. schorzenia narządu ruchu przydzielane były do kardiochirurga⁵⁴, otolaryngologa⁵⁵ i pediatry⁵⁶, schorzenia onkologiczne do specjalisty pediatry⁵⁷ i reumatologa⁵⁸), a schorzenia układu krążenia przydzielane były do ortopedy⁵⁹, w ww. sprawach nie zasięmano opinii konsultantów;

- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 6570 dni do 5917 dni, tj. o 9,5% (praktycznie wszyscy przed i po rehabilitacji przebywali na rencie okresowej);

- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń przed i po rehabilitacji zmalała z 347.359,1 zł do 308.550,3 zł, tj. o 11,2%;

⁵¹ Nr sprawy PRL/29/881/2018.

⁵² Nr sprawy PRL/29/2442/2018.

⁵³ Kwoty ustalone na podstawie kwot składek zadeklarowanych przez badanych ubezpieczonych.

⁵⁴ PRL/29/2208/2018, PRL/29/2175/2018.

⁵⁵ Nr sprawy PRL/29/1417/2018, PRL/29/1711/2018, PRL/29/1832/2018.

⁵⁶ PRL/29/1381/2018, PRL/29/61/2018.

⁵⁷ Nr sprawy PRL/29/2151/2018.

⁵⁸ Nr sprawy PRL/29/196/2018.

⁵⁹ Nr sprawy PRL/29/175/2018.

- łączna kwota⁶⁰ odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 35.323,72 zł do 49.187,52 zł, tj. o 39,2%;
- w siedmiu opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu zdrowia, a w 11 – bez zmian;
- w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji 18 osób pobierało świadczenia z FUS z tytułu renty, w tym cztery dodatkowo pobrały zasiłek chorobowy;
- wszystkie ww. osoby pobierały świadczenia z FUS z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji;
- po upływie roku od zakończenia rehabilitacji 11 osób była rencistami, spośród których cztery były również zatrudnione na umowę o pracę, jedna była zatrudniona na umowę o pracę, trzy pobierały zasiłki chorobowe, jedna zmarła i dwie nie pobierały żadnych świadczeń z FUS.

(akta kontroli, str.1116-1118)

2.6. 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 5399 do 6205, tj. o 14,9%;
- łączna kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku przed datą wniosku o wydanie orzeczenia i po dacie wydania orzeczenia wzrosła z 210.107,60 zł do 331.087,9 zł, tj. o 57,6%;
- łączna kwota⁶¹ odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed datą wniosku o wydanie orzeczenia i po dacie wydania orzeczenia wzrosła z 41.455,34 zł do 48.723,64 zł, tj. o 17,5%;
- w ciągu roku po wydaniu orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji 16 osób pobierało rentę, w tym jedna dodatkowo świadczenie rehabilitacyjne, a trzy zasiłki chorobowe, ponadto jedna przebywała na emeryturze, a jedna miała orzeczoną całkowitą niezdolność do pracy, jednak odmówiono jej uprawnień do renty z uwagi na brak wymaganego okresu ubezpieczenia;
- po upływie roku od wydania orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji, siedem osób wykonywało pracę zarobkową, dziewięć było zgłoszonych w ZUS jako osoby pobierające świadczenie rentowe, jedna pobierała emeryturę, a jednej odmówiono przyznania renty.

(akta kontroli, str.1112-1115)

W trzech⁶² sprawach rozpatrzonych odmową potrzeby rehabilitacji orzeczenia zostały wydane przez lekarzy orzeczników, których specjalność była niezgodna z typem schorzenia ubezpieczonego. W czterech sprawach lekarz pediatra⁶³, kardiochirurg⁶⁴ i pulmonolog⁶⁵ orzekł o braku potrzeby rehabilitacji osoby ze schorzeniem układu ruchu, a w jednej lekarz ortopeda⁶⁶ orzekł o braku potrzeby rehabilitacji osoby ze schorzeniem układu krążenia.

⁶⁰ Kwoty ustalone na podstawie kwot składek zadeklarowanych przez badanych ubezpieczonych.

⁶¹ J.w.

⁶² Dot. trzech spraw, w których lekarz orzecznik odmówił potrzeby rehabilitacji o nr PRL: 6642, 6849, 7296.

⁶³ Nr sprawy PRL/29/45/2018, PRL/29/1340/2018.

⁶⁴ Nr sprawy PRL/29/5925/2018.

⁶⁵ Nr sprawy PRL/29/430/2018.

⁶⁶ Nr sprawy PRL/29/2199/2018.

W sprawie wydawania orzeczeń o potrzebie rehabilitacji przez lekarzy orzeczników, których specjalność była niezgodna z rodzajem schorzenia ubezpieczonego (ustalenia opisane w pkt 2.5 i 2.6. niniejszego wystąpienia) Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że zgodnie z Procedurą 9.1. GLO lub jego zastępca przydziela sprawy do lekarzy orzeczników poprzez losowanie w aplikacji WO. Tylko w uzasadnionych przypadkach można przydzielić sprawy do wybranego lekarza. Z kolei sprawy związane z wydawaniem orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej nie są sprawami skomplikowanymi, dlatego przedzielane są do lekarzy w trybie losowym. Wskazała ponadto, że we wnioskach lekarzy leczących o rehabilitację leczniczą często wskazywanych jest kilka profili rehabilitacji, z których mógłby skorzystać uprawniony, co powoduje, że ograniczanie się do konkretnej specjalizacji lekarza orzecznika nie jest w większości przypadków zasadne.

(akta kontroli, str. 1112-1115, 1098-1103)

2.7. W toku kontroli, NIK zasięgnęła informacji u Dyrektora Oddziału i GLO na temat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Dyrektor Oddziału wskazała, że główną barierą w efektywności rehabilitacji prowadzonej przez ZUS jest niewłaściwie określona grupa docelowa, która może skorzystać z turnusów rehabilitacyjnych. Nie powinna ona obejmować osób pobierających świadczenia emerytalne i jednocześnie pracujących, ponieważ prewencja rentowa nie ma w takich przypadkach zastosowania. Dla takich osób turnus rehabilitacyjny powinien dedykować NFZ w ramach swoich uprawnień. W jej ocenie rehabilitacja jest nieskuteczna dla osób pobierających rentę z powodu konfliktu pomiędzy celem prewencji, a warunkami pobierania świadczenia rentowego. Obecne przepisy, które umożliwiają pracę osobom pobierającym renty (nawet jeśli orzeczono całkowitą niezdolność do pracy), są przeciwstawne ekonomicznie założeniom prewencji, która co do zasady ma ograniczać ryzyko braku możliwości świadczenia pracy. W jej ocenie należałoby ograniczyć rehabilitację w ramach prewencji rentowej tylko do ubezpieczonych wykonujących pracę (faktycznie świadczących pracę, a nie przebywających długotrwale na zasiłkach chorobowych), gdyż tylko w ten sposób wpisalibyśmy się w cel rehabilitacji, tj. reagowanie na ryzyko utraty możliwości pracy zarówno w perspektywie krótkookresowej jak i długofalowej. Ponadto, należałoby ograniczyć możliwość składania wniosków na kolejne turnusy osób które właśnie zakończyły rehabilitację np. w przypadku rencistów, którzy nadal pobierają rentę, a wynik poprzedniej rehabilitacji wskazuje na poprawę stanu zdrowia. Jej zdaniem Zakład powinien iść w kierunku wieloprofilowości w postępowaniu rehabilitacyjnym, a najbardziej wątpliwym profilem biorąc pod uwagę cel prewencji jest dla niej profil dotyczący narządu głosu, który jest dedykowany głównie nauczycielom, którzy nawet po pozytywnie ocenionej rehabilitacji i tak korzystają następnie ze świadczeń rentowych z tytułu chorób narządu głosu. Dyrektor Oddziału stwierdziła również, że zbyt mało ośrodków prowadzi profil dotyczący ośrodkowego układu nerwowego oraz schorzeń psychosomatycznych, co przekłada się na dłuższy czas oczekiwania na skierowanie i co może mieć negatywny wpływ na skuteczność rehabilitacji (okres oczekiwania może być równoznaczny z nasileniem objawów choroby). (...).

Z kolei zdaniem GLO istotną barierą utrudniającą skuteczną rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS jest zbyt długi okres oczekiwania na jej przeprowadzenie (np. dla osób po przebytych zabiegach ortopedyczno-neurochirurgicznych). Brak szybkiej rehabilitacji dla osób pobierających zasiłek chorobowy bądź świadczenie rehabilitacyjne prowadzi również do wydłużenia okresu pobierania tych świadczeń. Ponadto brak obiektywnych narzędzi definiujących stan funkcjonalny powoduje, że osoby o różnych potrzebach rehabilitacji kierowane są do tych samych ośrodków. W jej ocenie, podobnie jak Dyrektor Oddziału, wnioski osób pobierających emeryturę i kontynuujących

zatrudnienie w ogóle nie powinny być procedowane. W jej ocenie nie ma potrzeby likwidacji, któregokolwiek z profili, natomiast istnieje potrzeba stworzenia wieloprofilowości, zwłaszcza dla osób z chorobami współistniejącymi. W jej ocenie ocena funkcjonalna po przebytej rehabilitacji leczniczej jednego układu może nie oddawać faktycznej dysfunkcji całego organizmu co wpływa na rozbieżności ustaleń poczynionych w ośrodku rehabilitacyjnym, a ustaleniami lekarza orzecznika co do niezdolności do pracy.(...).

(akta kontroli, str. 12-23)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W jednym przypadku⁶⁷ w aplikacji WO nie odnotowano faktu akceptacji orzeczenia przez GLO lub jego zastępcę, co było sprzeczne z pkt. III.4 załącznika nr 6 do Procedury 9.1

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że wynikało to prawdopodobnie z błędu bądź nieuwagi pracownika WOLiP, który odnotowuje akceptację orzeczenia w aplikacji WO.

(akta kontroli str. 512-771, 1042-1045, 1098-1103)

2. W 10 przypadkach⁶⁸ (13,9% spraw zakończonych wydaniem orzeczenia o potrzebie rehabilitacji) kserokopia dokumentacji medycznej, która miała wpływ na ustalenia orzecznicze (przechowywanej w teczce MED ubezpieczonego) nie została potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz nie była opatrzona adnotacją „Kopię z oryginału sporządził” przez pracownika Oddziału, a w sytuacji gdy ubezpieczony przedłożył tylko jej kserokopię (bez oryginału do wglądu) nie podjęto decyzji o zleceniu potwierdzenia tej dokumentacji za zgodność z oryginałem na każdej stronie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, który tę dokumentację wytworzył, co było sprzeczne z postanowieniami pkt. II.18 załącznika nr 6 do Procedury 9.1. Ponadto w jednym przypadku, w opinii lekarskiej⁶⁹ przywołano badanie RTG, mające wpływ na ustalenia orzecznicze, którego nie załączono do akt tej sprawy.

Dyrektor Oddziału w wyjaśnieniach podała m.in., że ZUS w wielu sprawach ma trudności z pozyskaniem dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia ubezpieczonego, a także z pozyskaniem potwierdzenia zgodności z oryginałem posiadanych dokumentów. Sytuacja legislacyjna nie pozwala Zakładowi na pozyskiwanie oryginalnej dokumentacji medycznej, z której – tak jak kiedyś- mógłby we własnym zakresie sporządzić kserokopię dokumentacji. Takich uprawnień nie daje ZUS ani ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta, ani ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych, ani też ustawa o emeryturach i rentach z FUS. Wiele placówek medycznych odmawia także potwierdzania za zgodność z oryginałem przetwarzanych dokumentów.

Odnośnie nie załączenia do ww. sprawy badania RTG Dyrektor Oddziału podała, że Zakład nie ma prawa pozbawiać ubezpieczonych oryginalnych dowodów leczenia. Jeśli klient nie dysponował opisem tego badania, lekarz orzecznik mógł samodzielnie odczytać zdjęcie i wskazać w opinii, że zawarł swoją ocenę na tym badaniu.

(akta kontroli str. 512-771, 1098-1103, 1127-1216)

3. W maju 2018 r. GLO lub jego zastępca przeprowadzili analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii w 57,4% spraw co było niezgodne z pkt. III.4 załącznika nr 6 Procedury 9.1. zobowiązującej GLO lub jego

⁶⁷ Nr sprawy PRL/29/2151/2018.

⁶⁸ Nr sprawy: PRL/29/1711/2018, PRL/29/2175/2018, PRL/29/1125/2018, PRL/29/545/2018, PRL/29/472/2018, PRL/29/1333/2018, PRL/29/1509/2018, PRL/29/772/2018, PRL/29/2442/2018, PRL/29/2756/2018.

⁶⁹ Do sprawy nr PRL/29/1509/2018.

zastępcę do kontroli nie mniej niż 60% spraw w miesiącu. W wyjaśnieniach Dyrektor Oddziału podała m.in., że nieosiągnięcie w miesiącu maju 2018 r. wskaźnika dotyczącego akceptacji spraw przez GLO i jego zastępców było spowodowane absencjami zastępców GLO. W sytuacji zmniejszonej obsady nadzoru priorytetem było zaopiniowanie spraw po ich zarejestrowaniu w WOLiP oraz nadanie im dalszego biegu, by postępowania orzecznicze prowadzone były bez zbędnej zwłoki (...).

(akta kontroli str. 512-771, 1078-1091, 1098-1103)

OCENA CZĄSTKOWA

Realizowany przez Oddział ZUS program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany do osób zagrożonych utratą zdolności do pracy, ale rokujących jej odzyskanie nie był w pełni skuteczny. Pomimo, że nastąpił spadek o 29% liczby dni, w których ubezpieczeni przebywali na świadczeniach z FUS⁷⁰ po zakończeniu rehabilitacji i spadek wysokości wypłacanych świadczeń z FUS o 28,4%, a poprawę stanu funkcjonalnego stwierdzono w 61,1% przypadków, to nadal w ciągu roku po rehabilitacji 79,2% rehabilitowanych przebywało na świadczeniach z FUS, z tego w 71,9% wypłacono świadczenia w związku z rodzajem schorzenia, na które byli rehabilitowani. Ubezpieczeni rok po odbytej rehabilitacji w 30,5% przypadków nie powrócili na rynek pracy. Najmniej skuteczne efekty rehabilitacji uzyskano wśród osób przebywających na zasiłkach chorobowych, świadczeniu rehabilitacyjnym i rencie ponieważ osoby te nadal pobierały świadczenia z FUS w ciągu roku po rehabilitacji na schorzenia, na które były rehabilitowane (odpowiednio: 93%, 56% i 100%). Wskazać ponadto należy, że wśród osób przebywających na rencie, aż 94,4% z nich, po upływie roku od zakończenia rehabilitacji, nie powróciło na rynek pracy.

Zwrócić należy uwagę, że ubezpieczeni rozpoczynali rehabilitację po upływie nawet 278 dni od daty złożenia wniosku, co w ocenie NIK mogło skutkować zmniejszeniem efektywności rehabilitacji leczniczej.

W ciągu roku od wydania orzeczeń o braku celowości rehabilitacji sytuacja zdrowotna tych ubezpieczonych uległa pogorszeniu na co wskazuje wzrost o 14,9% liczby dni, w których przebywały one na świadczeniach z FUS oraz wzrost wysokości wypłaconych świadczeń z FUS o 57,6%. Ponadto ubezpieczeni ci w 88,9% przypadków nadal pobierali rentę z tytułu schorzeń, na które mieli być rehabilitowani.

Przeprowadzona na próbie 90 spraw kontrola w zakresie sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń lekarzy orzeczników i komisji lekarskich, nie wykazała istotnych nieprawidłowości. Co do zasady podejmowali oni działania zgodnie z rozporządzeniem o rehabilitacji oraz Procedurą 9.1. Stwierdzono jedynie, że w 10 przypadkach⁷¹ (13,9% spraw zakończonych orzeczeniem potrzeby rehabilitacji) kserokopia dokumentacji medycznej, która miała wpływ na ustalenia orzecznicze (przechowywanej w teczce MED ubezpieczonego) nie została potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz nie była opatrzona adnotacją „Kopię z oryginału sporządził” przez pracownika ZUS, a w jednym przypadku⁷² nie odnotowano w aplikacji WO faktu akceptacji orzeczenia przez GLO albo jego zastępcę. Nieprawidłowości te nie miały jednak wpływu na samą treść wydanych orzeczeń.

Nadzór nad pracą lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich na ogół wykonywany był prawidłowo i zgodnie z Procedurą 9.1., poza jednym wyjątkiem. W miesiącu maju 2018 r. niedochowany został wymóg przeprowadzenia analizy

⁷⁰ Tj. z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

⁷¹ Nr sprawy: PRL/29/1711/2018, PRL/29/2175/2018, PRL/29/1125/2018, PRL/29/545/2018, PRL/29/472/2018, PRL/29/1333/2018, PRL/29/1509/2018, PRL/29/772/2018, PRL/29/2442/2018, PRL/29/2756/2018.

⁷² Nr sprawy PRL/29/2151/2018.

dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia w 60% spraw, bowiem skontrolowano tylko 57,4% spraw.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski

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

1. Podjęcie działań mających na celu dostosowanie zasad współpracy z lekarzami konsultantami do wewnętrznych Procedur 9.1. zobowiązujących Oddział ZUS do współpracy z przynajmniej dwoma konsultantami posiadającymi taką samą specjalizację.
2. Przestrzeganie obowiązku przeprowadzania przez GLO lub jego zastępcę analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia w wybranych sprawach, w nie mniej niż w 60% spraw średnio w miesiącu.
3. Zapewnienie odnotowywania w aplikacji WO faktu akceptacji orzeczenia przez GLO albo jego zastępcę, zgodnie z Procedurą 9.1.
4. Podjęcie działań w celu dokonywania ustaleń orzeczniczych na podstawie potwierdzonej za zgodność z oryginałem kserokopii dokumentacji medycznej, która ma wpływ na ustalenia orzecznicze (przechowywanej w teczce MED ubezpieczonego) przez pracownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych bądź pracownika Oddziału zgodnie z postanowieniami pkt. II.18 załącznika nr 6 do Procedury 9.1.

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
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Poznań, 25 września 2020 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler
Sylvia Zakrzewska
specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
z up. Grzegorz Malesiński
p.o. Wicedyrektor

.....
Podpis

.....
Podpis

