



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA.410.008.03.2020

Pani
Alina Szerling
p.o. Dyrektora Oddziału ZUS w Radomiu

ul. Dionizego Czachowskiego 21A
26-600 Radom

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Radomiu ¹ ul. Dionizego Czachowskiego 21A, 26-600 Radom
Kierownik jednostki kontrolowanej	Alina Szerling – p.o. Dyrektora Oddziału ZUS w Radomiu ² , od 15 maja 2019 r. Wcześniej funkcję Dyrektora Oddziału ZUS w Radomiu pełnił Jarosław Socha, od 1 sierpnia 2017 r. do 14 maja 2019 r. (akta kontroli: tom I str. 5-14)
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. Dla realizacji celów kontroli mogą zostać 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 ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie
Kontroler	Ilona Bożek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/79/2020 z 26 maja 2020 r. (akta kontroli: tom I, str. 1)

¹ Dalej: Oddział w Radomiu lub Oddział.

² Dalej: Dyrektor.

³ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

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 wobec objętych badaniem 72 ubezpieczonych skierowanych na rehabilitację⁵. Analiza wysokości odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne, kwot świadczeń wypłaconych osobom ubezpieczonym z tytułu niezdolności do pracy⁶ oraz liczba dni ich pobierania w ciągu roku, przed i po rehabilitacji wykazała:

- spadek łącznej kwoty odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne o 4,2%,
- spadek o 30,4% liczby dni, za które wypłacono świadczenia z FUS⁷,
- spadek wysokości wypłaconych świadczeń z FUS o 18,3%.

Pomimo, że poprawę stanu funkcjonalnego organizmu rehabilitowanych stwierdzono u 57 osób (tj. 79,2% osób wybranych do badania), to w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji 48 osób (tj. 66,7%) otrzymywało świadczenia z FUS, z tego 33 osoby (tj. 68,8%) otrzymywało świadczenia w związku ze schorzeniami, na które były rehabilitowane. Spośród 71 osób, które ukończyły rehabilitację, 54 osoby (tj. 76,1%) wykonywały pracę zarobkową, osiem (11,3%) posiadało status bezrobotnego, a dziewięć osób (12,6%) nie powróciło do pracy – pobierało rentę okresową lub emeryturę⁸. Ww. 54 osoby (tj. 75% objętych kontrolą) były zatrudnione na umowę o pracę, umowę zlecenia lub prowadziło działalność gospodarczą.

Stwierdzono, że rehabilitacja lecznicza nie była jednakowo skuteczna w odniesieniu do objętych badaniem grup osób uprawnionych.

W przypadku 18 osób skierowanych na rehabilitację, które wcześniej nie korzystały ze świadczeń FUS związanych ze zdiagnozowanym schorzeniem, po rehabilitacji zwiększyła się liczba dni, za które ubezpieczeni pobierali świadczenia z tytułu niezdolności do pracy (z 3 do 15 dni) oraz wzrosła średnia wysokość wypłaconych świadczeń chorobowych (z ok. 0,5 tys. zł do 0,9 tys. zł). Jednak pobierane przez te osoby świadczenia (zasiłki chorobowe) dotyczyły innych schorzeń, niż te, z powodu których skierowano je na rehabilitację. Pozwala to uznać rehabilitację za skuteczną. Wszyscy rehabilitowani utrzymali się na rynku pracy w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji, przy czym trzy osoby pobierały jednocześnie emeryturę.

W grupie 18 osób, które w ciągu roku przed rehabilitacją pobierały zasiłki chorobowe, liczba dni za które wypłacono świadczenia z FUS po odbyciu rehabilitacji zwiększyła się o 87,2%, a kwota wypłaconych świadczeń o 62,1%. Świadczenia nadal pobierało 13 osób (72,2%), w tym osiem osób (61,5%) – związane ze schorzeniem, którego dotyczyła rehabilitacja. W tym przypadku rehabilitacja była skuteczna dla 10 osób (tj. w 55,6%). Do pracy w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji powróciło 14 osób (77,8%), a jedna osoba posiadała status bezrobotnego. Trzy osoby nie powróciły do pracy po zakończeniu rehabilitacji⁹.

W grupie 18 osób, które przed rehabilitacją pobierały świadczenie rehabilitacyjne, liczba dni, za które wypłacono świadczenia z FUS po odbyciu rehabilitacji zmniejszyła się o 53,3%, a kwota wypłaconych świadczeń o 46,8%. W ciągu roku od zakończenia rehabilitacji świadczenia pobierały wszystkie osoby rehabilitowane, w tym 17 z nich (94,4%) pobierało świadczenia związane ze schorzeniami, na które

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Wg czterech grup osób uprawnionych wybranych do badania.

⁶ Zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne i renty okresowe z tytułu niezdolności do pracy.

⁷ Tj. Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

⁸ W ciągu roku od zakończenia rehabilitacji.

⁹ Po okresie pobierania zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego została im przyznana renta chorobowa.

były rehabilitowane. W tej grupie 15 osobom przyznano świadczenia rehabilitacyjne (przed skierowaniem na rehabilitację) na okres od 4 do 10 miesięcy. Po zakończeniu tego okresu nie przyznawano im kolejnych świadczeń lub przyznano zasiłki chorobowe na inne schorzenia. Dwóm osobom, po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, przyznano rentę okresową na to samo schorzenie. Rehabilitacja była więc skuteczna w 16 przypadkach (tj. 88,9%). Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne, w przypadku tych osób, uległa zwiększeniu o 15,8%. Do pracy powróciło 13 osób (72,2%), a trzy osoby (16,7%) posiadały status bezrobotnego.

W grupie 18 osób, które przed rehabilitacją pobierały rentę z tytułu niezdolności do pracy, liczba dni, za które wypłacono świadczenia z FUS, po odbyciu rehabilitacji zmniejszyła się o 34,6%, a kwota wypłaconych świadczeń o 26,7%. W ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji, jedna osoba nie pobierała żadnych świadczeń, 16 osób pobierało rentę (88,9%), z tego dziewięć osób (56,3%) na schorzenia, na które były rehabilitowane (pięć spośród nich pobierało rentę okresową przyznaną przed rehabilitacją na wskazany okres, po którego upływie nie przyznawano kolejnych świadczeń) i siedem osób na inne schorzenia. Jedna osoba zmarła w ostatnim dniu rehabilitacji. Można zatem uznać rehabilitację za skuteczną w 13 przypadkach (tj. 72,2%). Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne zwiększyła się o 24,1%. Do pracy powróciło dziewięć osób (50%), cztery (22,2%) posiadały status bezrobotnego, a kolejne cztery nie powróciły do pracy i pobierały rentę okresową.

Warunki kadrowe i organizacyjne Oddziału zapewniały prawidłową realizację zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, mimo niepełnej obsady etatów na stanowiskach lekarzy orzeczników. Lekarze orzecznicy posiadali odpowiednie wykształcenie medyczne oraz specjalizacje, a także spełniali wymogi formalne wynikające z § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy¹⁰. Nabory na stanowiska lekarzy orzeczników prowadzone były na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych¹¹ i uregulowań wewnętrznych obowiązujących w ZUS.

Wydawanie orzeczeń przez lekarzy orzeczników i kierowanie osób na rehabilitację leczniczą było zgodne z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne¹², a także (poza jednostkowymi przypadkami) z uregulowaniami wewnętrznymi. Średni czas oczekiwania na rehabilitację – liczony od daty złożenia wniosku lub wydania orzeczenia¹³ do daty rozpoczęcia rehabilitacji – wynosił 118 dni (średni czas wydania orzeczenia – 21 dni, średni czas od wydania orzeczenia do emisji skierowania – 19 dni, a czas od emisji skierowania do rozpoczęcia turnusu, z powodu okoliczności niezależnych od Oddziału, wyniósł 90 dni). W ocenie NIK, długi czas oczekiwania na rehabilitację może wpłynąć negatywnie na stan zdrowia oczekujących oraz na efektywność rehabilitacji.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości miały charakter formalny i dotyczyły:

- nieterminowej publikacji w BIP ogłoszenia o wynikach naboru na stanowisko lekarza orzecznika,
- niesporządzenia w aplikacji *Wspomaganie orzecznictwa* (WO) uzasadnienia przydzielenia sprawy do wybranego lekarza orzecznika,

¹⁰ Dz. U. Nr 273, poz. 2711, ze zm.

¹¹ Dz. U. z 2020 poz. 266, ze zm., dalej: ustawa o sus.

¹² Dz. U. z 2019 r. poz. 277, dalej: rozporządzenie o rehabilitacji.

¹³ W przypadku potrzeby rehabilitacji orzeczonej przy orzekaniu w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego lub renty okresowej z tytułu niezdolności do pracy.

- dołączenia do akt spraw orzeczniczych, niepotwierdzonych za zgodność z oryginałem, kserokopii dokumentacji medycznej będącej podstawą wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹⁴ kontrolowanej działalności

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

Opis stanu faktycznego

1.1. W latach 2018-2019 Oddział ZUS w Radomiu wydał łącznie 30 793 orzeczenia (14 399 w 2018 r. i 16 394 w 2019 r.). W związku z rehabilitacją leczniczą Oddział wydał łącznie 6 146 orzeczeń (3 125 w 2018 r. i 3 021 w 2019 r.), w tym 5 108 orzeczeń o potrzebie rehabilitacji (2 669 w 2018 r. i 2 439 w 2019 r.). Najwięcej orzeczeń o potrzebie rehabilitacji (68,5%) wydano na wniosek lekarza leczącego – 3 499 (1 808 w 2018 r. i 1 691 w 2019 r.). Pozostałe orzeczenia wydane zostały w związku z ustalaniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego – 1 399 (735 w 2018 r. i 664 w 2019 r.), ustalaniem niezdolności do pracy dla celów rentowych – 205 (123 w 2018 r. i 82 w 2019 r.) oraz z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich – 5 orzeczeń (trzy w 2018 r. i dwa w 2019 r.). Orzeczenia o odmowie skierowania na rehabilitację wydano w 1 038 przypadkach. Odmowę z przyczyn formalnych otrzymało 87 osób (38 w 2018 r. i 49 w 2019 r.).

W okresie objętym kontrolą wystawiono łącznie 4 434 skierowania na rehabilitację leczniczą (2 379 w 2018 r. i 2 058 w 2019 r.). Odbyło ją 4 671 osób (2 518 w 2018 r. i 2 153 w 2019 r.)¹⁵. W latach 2018-2019 wniesiono 174 sprzeciwy, z czego pozytywnie rozpatrzono 11. Sformułowanych zostało łącznie siedem zarzutów wadliwości (sześć w 2018 r. i jeden w 2019 r.), w tym trzy spowodowały zmianę orzeczenia.

(akta kontroli tom I str. 66)

Przeciętne zatrudnienie lekarzy orzeczników wyniosło 6,3 etatu w 2018 r. (plan – 10 etatów) i 6,01 etatu w 2019 r. (plan – 11,2 etatu). Zwiększenie planu zatrudnienia w 2019 r. wynikało z przyznania Oddziałowi przez Prezesa ZUS, od 1 września 2019 r., dodatkowego 1,2 etatu związanego z realizacją zadań wynikających z ustawy o świadczeniu uzupełniającym¹⁶.

(akta kontroli tom I str. 67, 70-73)

W kontrolowanym okresie ogłoszono dwa nabory na stanowiska lekarzy orzeczników (po jednym w każdym roku)¹⁷. W wyniku naboru w 2018 r. został zatrudniony jeden lekarz – dr n. medycznych, posiadający specjalizację I⁰ choroby wewnętrzne i II⁰ choroby zakaźne. Konkursu w 2019 r. nie rozstrzygnięto z powodu niewpłynięcia żadnej oferty. Nabory zostały przeprowadzone w sposób konkurencyjny i otwarty, zgodnie z art. 74a-74e ustawy o sus. W przypadku naboru w 2018 r. informację o jego wynikach opublikowano w Biuletynie Informacji Publicznej po upływie 14 dni od dnia zatrudnienia wybranego kandydata, tj. niezgodnie z art. 74f ustawy o sus.

¹⁴ 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.

¹⁵ Różnica między liczbą skierowań i liczbą osób, które odbyły rehabilitację w danym roku wynika m.in. z odbycia rehabilitacji w innym roku niż ten, w którym wystawiono skierowanie.

¹⁶ Dz. U. z 2019 r., poz. 1622 ze zm. Dalej: ustawa o świadczeniu uzupełniającym.

¹⁷ Nabory dotyczyły stanowiska lekarza orzecznika o specjalizacji: choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria, medycyna pracy i medycyna rodzinna – specjalizacje te zgodnie z kartą opisu stanowiska opracowaną w ww. procedurze 13.1. wskazane były jako kwalifikacje pożądane.

Konkursy spełniały warunki opisane w załączniku 3 Procedury 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników¹⁸.

(akta kontroli tom I str. 91, 95-106)

Do 30 września 2019 r. czas na wydanie orzeczenia, w oparciu o bezpośrednie badanie, wynosił 40 minut, a na wydanie orzeczenia w trybie zaocznym (na podstawie dokumentacji medycznej) – 20 minut¹⁹. Od 1 października 2019 r., czas rozpatrywania spraw został skrócony odpowiednio do 30 i 15 minut²⁰.

Stwierdzono, że przestrzegany był harmonogram czasu pracy lekarzy. Aplikacja Wspomaganie Orzecznictwa (WO) dopuszczała możliwość przydzielania dwóch spraw na daną godzinę. Rozwiązanie takie wprowadzane było w sytuacjach rozpatrywania kilku wniosków w różnych sprawach tego samego ubezpieczonego (w wyniku jednego badania lekarz wydawał kilka orzeczeń), nagłej absencji lekarza (główny lekarz orzecznik lub jego zastępca przydzielali sprawy pozostałym lekarzom), niezgłoszenia się ubezpieczonych na badanie (lekarze mieli możliwość dobierania dodatkowych spraw do rozpatrzenia w trybie zaocznym). Nie stwierdzono pracy lekarzy w godzinach nadliczbowych.

(akta kontroli tom I str. 92, 107)

W 2018 r. lekarze orzecznicy zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy²¹ wydawali średniomiesięcznie 190 orzeczeń, a zatrudnieni w niepełnym wymiarze²² - 122 orzeczenia. W 2019 r. wydawano odpowiednio: 227 i 143 orzeczenia.

W związku ze wzrostem w IV kwartale 2019 r. liczby wniosków wymagających wydania orzeczenia lekarskiego i wprowadzeniem nowych kryteriów czasowych obowiązujących przy wydawaniu orzeczeń podjęta została (przez Prezesa ZUS) decyzja o przyznaniu lekarzom dodatku specjalnego.

(akta kontroli tom I str. 107-110)

W okresie objętym kontrolą Dyrektor Oddziału nie występował o nowe etaty lekarzy orzeczników ze względu na posiadane wakaty i trudności z pozyskaniem lekarzy.

Średni poziom wynagrodzeń zasadniczych brutto w grupach stanowisk objętych kontrolą kształtował się następująco: główny lekarz orzecznik – 9 000 zł w 2018 r. i 11 300 zł w 2019 r.; zastępca głównego lekarza orzecznika – 8 560 zł w 2018 r. i 10 200 zł w 2019 r.; lekarz orzecznik – 6 856,90 zł w 2018 r. i 9 774 zł w 2019 r.

(akta kontroli tom I str. 85, 92)

W 2018 r. zatrudniono jednego lekarza orzecznika w wymiarze 0,8 etatu, jeden (pracujący w wymiarze 0,5 etatu) zakończył pracę w związku z przejściem na emeryturę. W 2019 r. z pracy odszedł jeden lekarz przyjęty w 2018 r. (umowę, na jego prośbę, rozwiązano za porozumieniem stron). Dwóm lekarzom, na ich wniosek, zmniejszono wymiar czasu z całego na 0,5 etatu i z 0,8 do 0,5 etatu. W efekcie stan zatrudnienia na koniec 2019 r. wyniósł 4,6 etatu²³.

W 2018 r. Oddział zatrudniał ośmiu, a w 2019 r. siedmiu lekarzy. Średni wiek lekarzy wynosił 65 lat w 2018 r. i 66,25 lat w 2019 r.

(akta kontroli tom I str. 74, 75, 86-88, 93, 94)

1.2. W kontrolowanym okresie Oddział współpracował z 35 konsultantami²⁴, w tym: sześcioma psychiatrami, pięcioma kardiologami, czterema chirurgami²⁵,

¹⁸ Procedury wprowadzone Zarządzeniami Prezesa ZUS obowiązujące od 1 kwietnia 2017 r. i 8 sierpnia 2019 r.

¹⁹ Czas rozpatrywania spraw określony został przez Naczelnego Lekarza Zakładu pismem z 12 września 2017 r. znak 991800/292/2017A.

²⁰ Decyzję podjął Naczelnny Lekarz Zakładu 18 września 2019 r. i dotyczyła ona wszystkich zakładów.

²¹ Trzech lekarzy.

²² Dwóch na 0,8 etatu, jeden na 0,6 etatu i trzech na 0,5 etatu.

²³ W dniu 24 lipca 2020 r. ogłoszono nabór na stanowisko lekarza orzecznika, termin składania ofert upłynął 31 sierpnia 2020 r.; z opublikowanej listy kandydatów wynika, że jedna osoba spełniała wymagania formalne określone w ogłoszeniu o naborze. Na dzień zakończenia kontroli NIK, tj. 10 września 2020 r., konkurs nie został rozstrzygnięty.

²⁴ W 2018 r. – 25 konsultantów, w 2019 r. – 35 konsultantów.

²⁵ W tym jeden chirurg dziecięcy.

czterema specjalistami chorób wewnętrznych, trzema okulistami, trzema ortopedami, dwoma neurologami, dwoma pulmonologami, dwoma specjalistami medycyny rodzinnej oraz po jednym lekarzu o specjalności endokrynologia, laryngologia, onkologia, ginekologia, dermatologia i reumatologia²⁶. Oddział współpracował z jednym psychologiem klinicznym.

(akta kontroli tom I str. 116-119, 125-127)

W latach 2018-2019 ogłoszono jeden konkurs – zaproszenie do złożenia ofert do nawiązania współpracy w charakterze konsultanta w 2019 r.²⁷ lekarzy o specjalnościach z zakresu: audiologii, chirurgii naczyniowej, chirurgii ogólnej, dermatologii, diabetologii, endokrynologii, foniatrii, ginekologii, kardiologii, laryngologii, medycyny pracy, neurochirurgii, neurologii, okulistyki, onkologii, ortopedii, pulmonologii, reumatologii oraz psychologów. Na ogłoszenie nie wpłynęła żadna oferta.

(akta kontroli tom I str. 113-115, 120-124)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że potrzeby Oddziału w zakresie liczby konsultantów rozpoznawano na podstawie analizy wykonania konsultacji danego rodzaju schorzeń w latach poprzednich. Głównymi przyczynami współpracy z jednym konsultantem²⁸ z ww. specjalizacji był brak chętnych specjalistów oraz niewielka liczba konsultacji w tych specjalnościach²⁹. Dyrektor nie wyklucza możliwości zwiększenia liczby konsultantów w sytuacji zwiększenia potrzeb na tego rodzaju opinie.

(akta kontroli tom I str. 236, 239)

W latach 2017-2018 Oddział kontynuował współpracę z 24 specjalistami³⁰ oraz pozyskał do współpracy 10 nowych konsultantów³¹.

Analiza 10 umów o dzieło, zawartych w kontrolowanym okresie z konsultantami wykazała, że zostały zawarte zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy o sus oraz spełniały wymogi określone w Załączniku nr 9 Procedury do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*. W szczególności umowy określały stawkę za wydanie jednostkowej opinii, termin na jej wydanie nie dłuższy niż 7 dni od daty badania oraz zastrzegały możliwość żądania uzupełnienia opinii, w przypadku jej niekompletności. Zatrudnieni konsultanci spełniali wymogi formalne.

Zawarcie umów nie było poprzedzone przeprowadzeniem konkursu. Z lekarzami przeprowadzono negocjacje w zakresie stawki za sporządzenie jednostkowej opinii specjalistycznej.

(akta kontroli tom I str. 125-201)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że zainteresowanie lekarzy pracą w ZUS jest bardzo małe. Z uwagi na wejście w życie od 1 października 2019 r. ustawy o świadczeniu uzupełniającym wzrosło zapotrzebowanie na konsultacje specjalistów. Ogłoszony we wrześniu 2019 r. konkurs nie został rozstrzygnięty, dlatego do pozyskania konsultantów wykorzystano kontakty z lekarzami.

(akta kontroli tom I str. 237, 239)

W 2018 r. jeden lekarz konsultant wydał średniorocznie 84 opinie, wynagrodzenie z tego tytułu wynosiło średnio 14 461 zł. Psycholog w ciągu roku wydał 79 opinii uzyskując roczne wynagrodzenie w wysokości 12 640 zł. Stawka za wydanie jednej

²⁶ Pięciu lekarzy miało po dwie specjalizacje.

²⁷ Ogłoszenie z 3 września 2019 r., w którym termin składania ofert określono na 20 września 2019 r.

²⁸ Załącznik nr 9 Procedury do procesu 9.1. *Wydawania orzeczeń* (pkt II ust. 1) stanowi, że Oddział współpracuje z co najmniej dwoma konsultantami posiadającymi tę samą specjalizację.

²⁹ Analiza wydanych opinii wykazała, że w 2018 r. i 2019 r. wydano: opinii w zakresie endokrynologii - po 23 w każdym roku, laryngologii – odpowiednio 22 i 24, onkologii – 20 i 14, dermatologii – 7 i 8, oraz po jednej – w zakresie ginekologii i reumatologii.

³⁰ Z lekarzami i psychologiem zawarto w 2016 r. umowy o dzieło na lata 2017-2019.

³¹ Z jednym lekarzem zawarto umowę o dzieło 1 lipca 2018 r. do końca 2019 r., z dziewięcioma – umowy o dzieło zawarto w IV kwartale 2019 r. do końca roku.

specjalistycznej opinii wynosiła 160 zł. W 2019 r. jeden lekarz konsultant wydawał średniorocznie 95 opinii, a wynagrodzenie wyniosło średnio 15 052 zł. Natomiast psycholog wydał 161 opinii uzyskując roczne wynagrodzenie w wysokości 25 760 zł. Średnia stawka za wydanie jednej specjalistycznej opinii wynosiła 185 zł³².

(akta kontroli tom I str. 125, 126)

W latach 2018-2019 Oddział współpracował z jednym podmiotem świadczącym usługi w zakresie wykonywania badań dodatkowych i obserwacji szpitalnych, na podstawie corocznie zawieranych umów na wykonywanie badań diagnostycznych³³. Do usług, w zakresie których Oddział współpracował z ww. podmiotem należały badania laboratoryjne, kardiologiczne³⁴, gastroenterologiczne, pulmonologiczne³⁵, okulistyczne, laryngologiczne. Terminy realizacji skierowań wynosiły: 5 dni dla badań laboratoryjnych, dla badań pozostałych – do 10 dni. Maksymalna wartość umów, którą ustalono na podstawie zapytania ofertowego skierowanego do wykonawcy³⁶, wynosiła 3,0 tys. zł.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że podmiot, z którym zawarto umowy jest największym szpitalem na terenie działalności Oddziału, oferuje szeroki zakres wykonywanych badań i zapewnia ich wysoki standard.

(akta kontroli tom I str. 202-235, 237, 239, 240)

1.3. Kontrola dokumentacji lekarzy orzeczników zatrudnionych w latach 2018-2019 wykazała, że wszyscy spełniali wymogi określone w § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, tj. posiadali tytuł specjalisty i odbyli szkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS. Jeden lekarz, zatrudniony w kontrolowanym okresie, rozpoczął wydawanie orzeczeń po ukończeniu szkolenia, zgodnie z § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia.

(akta kontroli tom I str. 87-90)

Zgodnie z § 28 ust. 2 pkt 8 Regulaminu Organizacyjnego ZUS, do obowiązków Dyrektora Oddziału należy dbałość o stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników. W Zakładzie obowiązuje „Program szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich”, który obejmuje m.in. zagadnienia związane z rehabilitacją leczniczą. Poza wyżej opisanym programem, w Zakładzie nie zostały wprowadzone wytyczne w zakresie liczby szkoleń.

W latach 2018-2019 główny lekarz orzecznik odbył, zorganizowane przez Centralę ZUS, cztery szkolenia z zakresu orzecznictwa lekarskiego, w tym trzy obejmujące rehabilitację leczniczą. Spośród ośmiu lekarzy orzeczników jeden, zatrudniony w 2018 r., odbył szkolenie dotyczące rehabilitacji leczniczej³⁷. Pozostali lekarze nie uczestniczyli w żadnych szkoleniach z zakresu orzecznictwa i rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli tom I str. 76-84)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że każdego roku tworzony jest plan szkoleń. Żaden z lekarzy orzeczników nie zgłosił nigdy potrzeby zakupu szkolenia. Lekarze orzecznicy przechodzą jedynie szkolenia obowiązkowe, do których należy szkolenie dla nowozatrudnionych. Lekarze preferują szkolenia wewnątrzwydziałowe, podczas których uzupełniają wiedzę o znajomość aktualnych przepisów prawa

³² W 2019 r. stosowano dwie stawki: podstawowa 160 zł (dotyczy 25 konsultantów, z którymi zawarto umowy w 2016 r. i 2018 r.) oraz 210 zł – stawka za sporządzenie jednostkowej opinii po badaniu lekarskim w miejscu pobytu ubezpieczonego (dotyczy 9 konsultantów, z którymi zawarto umowy o dzieło w IV kwartale 2019 r.).

³³ Umowy z Mazowieckim Szpitalem Specjalistycznym Sp. z o.o. z siedzibą w Radomiu Nr 1063144 z 5 grudnia 2017 r. i Nr 1068829 z 11 grudnia 2018 r. oraz Nr 1074049 z 2 grudnia 2019 r. zawarta na 2020 r.

³⁴ Badanie EKG Holter, USG serca, test wysiłkowy.

³⁵ Spirometria, gazometria i RTG płuc.

³⁶ Zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy o sus umowy zawarto z wyłączeniem stosowania przepisów o zamówieniach publicznych.

³⁷ Było to szkolenie doskonalące dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników i nowo zatrudnionych lekarzy – członków komisji lekarskich zakładu, które obejmowało swym zakresem standardy orzecznictwa lekarskiego w wybranych grupach schorzeń, rehabilitację zawodową i rehabilitację leczniczą w ramach prewencji ZUS.

(w tym w zakresie prewencji), jak również uaktualniają wiedzę dotyczącą danych rodzajów schorzeń.

(akta kontroli tom I str. 236, 238, 239)

Spośród ośmiu lekarzy orzeczników zatrudnionych w latach 2018-2019 trzech posiadało stopień naukowy dr. nauk medycznych, uzyskany w okresie wcześniejszym. Jeden lekarz ukończył w 2019 r. podyplomowe studia w zakresie medycyny ubezpieczeniowej i orzecznictwa.

(akta kontroli tom I str. 87, 88)

1.4. Informacje dotyczące rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS są dostępne na stronie internetowej ZUS³⁸ w dedykowanej zakładce.

W okresie objętym kontrolą Oddział w Radomiu prowadził (we własnym zakresie) działania informacyjno-promocyjne dotyczące ZUS i systemu ubezpieczeń społecznych. Były to m.in. organizowane z inicjatywy Centrali i Oddziału, dni tematyczne dedykowane wybranym grupom klientów³⁹, szkolenia z zakresu ubezpieczeń społecznych dla przedstawicieli służby zdrowia, punkty konsultacyjno-informacyjne na targach pracy, festynach itp. Ponadto pracownicy Oddziału prowadzili szkolenia, punkty konsultacyjne, wykłady i prelekcje z inicjatywy (na zaproszenia) takich podmiotów jak: Związek Nauczycielstwa Polskiego⁴⁰, Wyższa Szkoła Handlowa⁴¹, Wojewódzki Urząd Pracy w Warszawie Filia w Radomiu⁴².

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że szeroki zakres działań informacyjno-promocyjnych dotyczył również elementów rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, zwłaszcza w punktach konsultacyjno-informacyjnych. Oddział nie planował odrębnie wydatków na te działania⁴³. Przy ich organizacji wykorzystano z plakatów, ulotek, gadżetów przekazanych przez Centralę.

(akta kontroli tom I str. 241-245)

1.5. W 2018 r. koszty funkcjonowania Wydziału Orzecznictwa i Prewencji wyniosły 431,7 tys. zł, w tym 163,7 tys. zł stanowiły koszty badań osób ubiegających się o świadczenia rentowe (98,4% zaplanowanej kwoty tj. 166,4 tys. zł), 157,8 tys. zł świadczenia wypłacane lekarzom i psychologom za przeprowadzane badania i wydane opinie (88,8% zaplanowanej kwoty tj. 177,8 tys. zł), a 110,2 tys. zł zwroty kosztów przejazdu wzywanych na badania lekarskie (91,8% zaplanowanej kwoty tj. 120,0 tys. zł). W 2019 r. koszty wyniosły 454,1 tys. zł, w tym 248,4 tys. zł stanowiły koszty badań osób ubiegających się o świadczenia rentowe (54,7% zaplanowanej kwoty tj. 248,4 tys. zł), 222,5 tys. zł stanowiły świadczenia wypłacane lekarzom i psychologom za przeprowadzone badania i wydane opinie (61,2% zaplanowanej kwoty tj. 363,5 tys. zł), a 121,4 tys. zł zwroty kosztów przejazdu wzywanych na badania lekarskie (76,6% zaplanowanej kwoty tj. 158,5 tys. zł)⁴⁴.

(akta kontroli tom I str. 67, 68)

1.6. W kontrolowanym okresie w Oddziale przeprowadzone zostały cztery kontrole zewnętrzne przez poszczególne Departamenty Centrali ZUS (trzy w 2018 r. i jedną w 2019 r.) oraz 21 kontroli wewnętrznych (10 w 2018 r. i 11 w 2019 r.) przez Wydział Kontroli Wewnętrznej Oddziału. Trzy kontrole dotyczące rehabilitacji leczniczej

³⁸ <http://www.zus.pl>.

³⁹ Dzień Seniora (2018 r. i 2019 r.), Dzień Osób z Niepełnosprawnością (2018 r. i 2019 r.) oraz Tydzień Przedsiębiorcy (2019 r.).

⁴⁰ Szkolenia dla nauczycieli z gmin terenu właściwości Oddziału: cztery w 2018 r. i jedno w 2019 r.

⁴¹ Punkt konsultacyjno-informacyjny w organizowanych przez uczelnię „Dniach Kariery”.

⁴² Wykłady w 2019 r. w ramach Radomskiego Forum „Wszyscy Równi” m.in. wykład nt. „Niezdolność do pracy oraz rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej”.

⁴³ Jedyne koszty, które zostały wyodrębnione to koszty poczęstunku w ramach organizowanych przez Oddział Dni Seniora i Dni osób z Niepełnosprawnością w latach 2018 i 2019. Wyniosły one odpowiednio: 1 240,23 zł i 1 487 zł.

⁴⁴ W kosztach funkcjonowania Wydziału nie uwzględniono kosztów wynagrodzeń lekarzy orzeczników, które były ujęte w ramach ogólnego konta dotyczącego wynagrodzeń osobowych.

w ramach prewencji rentowej⁴⁵ nie wykazały nieprawidłowości w zakresie orzekania i kierowania ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą.

W kontrolowanym okresie wpłynęły dwie skargi (obie w 2018 r.), które dotyczyły sposobu przeprowadzenia przez lekarza orzecznika badania bezpośredniego (w jednym przypadku lekarz wydał orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, w drugim – o braku potrzeby). Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego uznano skargi za niezasadne. Skargi zostały załatwione terminowo, zgodnie z art. 237 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego⁴⁶. W kontrolowanym okresie nie wpłynęły żadne wnioski.

(akta kontroli tom I str. 284-287)

W wyniku kontroli przeprowadzonych w 2018 r. Dyrektor Oddziału wystosował do Departamentu Kontroli Wewnętrznej pisma, w których zwracał się z prośbą o zajęcie stanowiska w sprawach dotyczących:

- braku regulacji wewnętrznych i procedur w zakresie właściwego przepływu informacji pomiędzy wydziałami i podejmowania działań zapobiegających wypłacie świadczeń ubezpieczonemu, który celowo i świadomie nie poddał się obowiązkowi rehabilitacji leczniczej⁴⁷,
- wątpliwości co do częstotliwości korzystania z rehabilitacji przez ubezpieczonych oraz celowości kierowania na rehabilitację pracowników w wieku emerytalnym (osób, które bezpośrednio po zakończonym turnusie lub po krótkim czasie od zakończenia rehabilitacji przechodziły na emeryturę oraz pracowników – emerytów, zatrudnionych w niepełnym wymiarze)⁴⁸.

W odpowiedzi na powyższe, Departament Kontroli Wewnętrznej informował Oddział o propozycjach zmian legislacyjnych dotyczących uwzględnienia możliwości zastosowania sankcji wobec osób, które zostały skierowane przez ZUS na rehabilitację leczniczą, lecz się na nią nie stawily⁴⁹ oraz o stanowisku Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, zgodnie z którym nie ma podstaw do uniemożliwienia korzystania z prewencji rentowej osobom ubezpieczonym (aktywnym zawodowo), spełniającym jednocześnie warunki do uzyskania emerytury lub mającym już ustalone prawo do emerytury⁵⁰.

(akta kontroli tom I str. 246-283)

Ustalone
nieprawidłowości

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

W konkursie nr 714985 na stanowisko lekarza orzecznika, przeprowadzonym w 2018 r., informację o wynikach naboru upowszechniono po upływie 24 dni od zatrudnienia kandydata, co było niezgodne z art. 74f ust. 1 i 3 ustawy o sus, zgodnie z którym informację o wynikach naboru upowszechnia się w BIP i w miejscu powszechnie dostępnym w jednostce organizacyjnej, w terminie 14 dni od dnia zatrudnienia kandydata.

Lekarz został zatrudniony 1 kwietnia 2018 r., a ogłoszenie o wynikach naboru zostało opublikowane w BIP 25 kwietnia 2018 r., tj. z 10 dniową zwłoką.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że powodem opóźnienia było niedopatrzenie pracownika. Informacja została zamieszczona w ustawowym terminie w gablocie

⁴⁵ Przeprowadzone przez Wydział Kontroli Wewnętrznej kontrole: w 2018 r. nt. „Obsługa wniosków o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej” i „Obsługa wniosków o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej pracowników Oddziału ZUS w Radomiu” oraz kontrola w 2019 r. nt. „Kontrola prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej i rozpatrywaniem wniosków o świadczenia zdrowotne”.

⁴⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 256 ze zm.

⁴⁷ Pismo z 27 kwietnia 2018 r.

⁴⁸ Pismo z 1 sierpnia 2018 r.

⁴⁹ Informacja przekazana drogą elektroniczną z 5 czerwca 2019 r.

⁵⁰ Pismo z 24 maja 2019 r., znak UNP 2019-00094781.

„Rekrutacje” znajdującej się w siedzibie Oddziału. Zatrudniony lekarz był jedynym kandydatem, który wziął udział w rekrutacji, w związku z czym nie doszło do naruszenia zasady otwartości i konkurencyjności prowadzonego naboru.

(akta kontroli tom I str. 95-106, 236, 238)

Realizacja zadań w zakresie orzecznictwa lekarskiego w Oddziale w Radomiu odbywała się w warunkach niepełnej obsady kadrowej, co wynikało z trudności w pozyskiwaniu lekarzy orzeczników. Z przeprowadzonych dwóch naborów na stanowisko lekarza orzecznika, tylko jeden zakończył się zatrudnieniem specjalisty, a stwierdzona nieterminowość ogłoszenia wyniku konkursu nie miała wpływu na prawidłowość wyboru kandydata. W konsekwencji braków kadrowych, przy jednoczesnym znacznie zwiększonym napływie wniosków o przyznanie świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, średniomiesięczna liczba wydanych orzeczeń przez lekarzy orzeczników uległa zwiększeniu. Zatrudnieni w Oddziale lekarze orzecznicy spełniali wymogi ustawowe. Oddział we własnym zakresie prowadził działania informacyjno-promocyjne obejmujące m.in. zagadnienia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej.

OBSZAR

2. Prawidłowość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

Opis stanu faktycznego

2.1. Zasady wydawania orzeczeń reguluje rozporządzenie o rehabilitacji a także Procedura do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń⁵¹.

Badaniem prawidłowości wydawania orzeczeń objęto 90 spraw, w których wydano orzeczenia w 2018 r., w tym:

- osiemnaście spraw, w których wydano orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji⁵² oraz
- 72 sprawy, w których wydane zostały orzeczenia o potrzebie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS, w tym po 18 spraw, w których ubezpieczony w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku⁵³:
 - a) nie pobierał z FUS żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany;
 - b) pobierał zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana);
 - c) pobierał świadczenie rehabilitacyjne;
 - d) pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

(akta kontroli tom II str. 120, 446-478)

W wyniku analizy dokumentacji 90 badanych spraw stwierdzono m.in., że w 88 spośród nich główny lekarz orzecznik lub jego zastępca przydzielali sprawy do lekarzy orzeczników poprzez losowanie w aplikacji WO. W dwóch przypadkach sprawa została przydzielona do wybranego lekarza, nie sporządzono jednak uzasadnienia w aplikacji WO.

(akta kontroli tom II str. 120, 135, 209)

We wszystkich 90 zbadanych sprawach, podstawę wydania orzeczenia stanowiły: wywiad i badanie bezpośrednie ubezpieczonego, a także dokumentacja medyczna potwierdzająca występowanie schorzenia i dotychczasowe leczenie. W aktach znajdowały się oryginały dokumentacji medycznej lub potwierdzone za zgodność

⁵¹ Zarządzenie nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie Procedury do procesu 9.1. „Wydawanie orzeczeń”.

⁵² Tylko te przypadki, w których lekarz orzecznik uznał rehabilitację za niecelową tj. osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokowała odzyskania zdolności do pracy.

⁵³ W przypadku potrzeby rehabilitacji orzekanej przy orzeczeniu o niezdolności do pracy dla celów rentowych albo o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego, uwzględniono okres 12 miesięcy przed wydaniem orzeczenia o potrzebie rehabilitacji.

z oryginałem kopie dokumentacji. Stwierdzono, że w dziewięciu przypadkach (na 90 zbadanych) w aktach spraw znajdowały się kserokopie dokumentacji medycznej, które nie zawierały potwierdzenia zgodności z oryginałem. Główny lekarz orzecznik, lub jego zastępca, nie podjął decyzji o zleceniu potwierdzenia kserokopii za zgodność z oryginałem przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, który tę dokumentację wytworzył.

(akta kontroli tom II str. 120, 121, 237-240, 245-248, 253, 254, 261, 262, 267, 268, 273, 274, 299, 300)

We wszystkich przypadkach orzeczenie sporządzono w dwóch egzemplarzach, z których jeden doręczano ubezpieczonemu. Orzeczenie zawierało pouczenie o przysługujących od niego środkach odwoławczych. Spośród 90 zbadanych spraw, w jednym przypadku (w którym lekarz orzekł o braku potrzeby rehabilitacji) ubezpieczony złożył, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia, sprzeciw do komisji lekarskiej w Kielcach. Komisja nie uwzględniła sprzeciwu. W żadnej ze spraw Prezes ZUS nie zgłosił zarzutu wadliwości.

Badanie dokumentacji nie wykazało nieuzasadnionych przypadków wydawania orzeczeń o braku potrzeby rehabilitacji. Nie stwierdzono również przypadków budzących wątpliwości co do zapewnienia wszystkim wymagającym rehabilitacji równego do niej dostępu. Przy wydawaniu orzeczeń przestrzegano uregulowań zawartych w *Zasadach unikania konfliktu interesów*⁵⁴, *Kodeksie etyki pracownika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*⁵⁵ oraz *Polityce antykorupcyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*⁵⁶.

Oceniając nadzór nad pracą lekarzy orzeczników stwierdzono, że w 88 sprawach (tj. 98% zbadanych spraw) główny lekarz orzecznik lub jego zastępca przeprowadzili analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia. Fakt akceptacji orzeczenia został odnotowany na egzemplarzu orzeczenia znajdującym się w aktach sprawy i w aplikacji WO.

(akta kontroli tom II str. 120-302)

Analiza dokumentacji wykazała, że w 57 sprawach (na 90 zbadanych) orzeczenia zostały wydane przez lekarzy posiadających specjalizacje dotyczące innych schorzeń niż te, w sprawach w których orzekali; w dwóch sprawach zlecono przeprowadzenie dodatkowych badań (konsultanci wydali opinie)

(akta kontroli tom II str. 121-122, 446-478)

Główny lekarz orzecznik wyjaśnił m.in., że lekarz orzecznik może orzekać w każdej sprawie, nie tylko związanej ze swoją specjalizacją. Każdy odbył przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa Zakładu oraz jest wyposażony m.in. w *Standardy Postępowania Orzecznictwa Lekarskiego ZUS*. W sprawach wątpliwych (szczególnie trudnych pod względem diagnostycznym i orzeczniczym) ma możliwość skorzystania z opinii lekarza konsultanta lub zlecenia odpowiednich badań dodatkowych. W sprawach, w których orzekali lekarze o specjalności innej niż typ schorzenia ubezpieczonego, nie zlecono dodatkowych badań, gdyż lekarz orzecznik dysponował dokumentacją wystarczającą do oceny stanu zdrowia.

(akta kontroli tom II str. 304, 306, 307)

2.2. Zasady kierowania osób na rehabilitację leczniczą określa rozporządzenie o potrzebie rehabilitacji oraz Procedura do procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej⁵⁷.

⁵⁴ Na podstawie Zarządzenia nr 27 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 24 kwietnia 2018 r. w sprawie wprowadzenia zasad unikania konfliktu interesów.

⁵⁵ Na podstawie Zarządzenia nr 32 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 24 maja 2019 r. w sprawie wprowadzenia „Kodeksu etyki pracownika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”.

⁵⁶ Na podstawie Zarządzenia nr 67 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 22 października 2019 r. w sprawie wprowadzenia „Polityki antykorupcyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”.

⁵⁷ Zarządzenia Prezesa ZUS: Nr 41 z 31 marca 2017 r. i Nr 40 z 25 czerwca 2018 r.

Szczegółowym badaniem prawidłowości kierowania osób na rehabilitację leczniczą ZUS objęto próbę 72 spraw, w których wydano orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. Ustalono, że wszystkie skontrolowane wnioski zostały rozpatrzone zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wymogami określonymi w Procedurze 9.3. w zakresie terminowości załatwiania spraw oraz zasad zabezpieczania dokumentacji. Żadna ze skontrolowanych osób nie odstąpiła od rehabilitacji leczniczej. Badanie nie wykazało przypadków nieuzasadnionej przewlekłości postępowań. Na termin rozpoczęcia rehabilitacji miały wpływ takie czynniki jak: dostępność terminów i miejsc odbycia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w danym okresie i dla określonego profilu schorzenia, indywidualna sytuacja ubezpieczonych, która wymuszała skierowanie ich na rehabilitację w konkretnym terminie z uwagi np. na ważne sprawy rodzinne/zawodowe, zaplanowane wizyty lekarskie. Istotny wpływ na długość postępowania miała również weryfikacja formalnych uprawnień do pobierania danego świadczenia⁵⁸ oraz ustalenie prawidłowego okresu zasiłkowego.

(akta kontroli tom II str. 308-445)

Dla 72 zbadanych spraw, średni okres procedowania od wpływu wniosku lub wydania orzeczenia⁵⁹ do rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 118 dni (najkrótszy – 31 dni, a najdłuższy 236 dni). Na poszczególnych etapach średni okres realizacji procedury wyniósł:

- 21 dni od złożenia wniosku do ZUS do wydania orzeczenia (od 14 do 28 dni)⁶⁰,
- 19 dni od wydania orzeczenia do emisji skierowania (od 15 do 51 dni⁶¹),
- 90 dni od emisji skierowania do rozpoczęcia turnusu (od 13 do 196 dni⁶²)

(akta kontroli tom II str. 446-481)

2.3. Badanie skuteczności podejmowanych działań w ramach prewencji rentowej, na próbie 72 spraw, w których wydano w 2018 r. orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, a ubezpieczony odbył turnus rehabilitacyjny wykazało, że:

- łączna liczba dni pobierania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji uległa zmniejszeniu z 11 063 do 7 702 dni, tj. o 30,4%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w analogicznym okresie zmalała z 353,6 tys. zł do 288,8 tys. zł, tj. o 18,4%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 631,9 tys. zł do 605,3 tys. zł, tj. o 4,2%;
- po zakończeniu rehabilitacji w 57 opiniach lekarskich (79,2%) wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w 14 (19,4%) – bez zmiany, w jednej (1,4%) – pogorszenie (osoba zmarła w ostatnim dniu rehabilitacji).

W ciągu 12 miesięcy od zakończenia rehabilitacji, spośród 71 osób, które ukończyły rehabilitację, 54 osoby (tj. 76,1%) wykonywały pracę zarobkową, osiem (11,3%) – posiadało status bezrobotnego, a dziewięć osób (12,6%) nie powróciło do pracy – pobierało rentę okresową lub emeryturę.

W tym samym okresie, 33 osoby (46,5%) pobierały świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji,

⁵⁸ W przypadku orzeczeń o potrzebie rehabilitacji wydanych przy orzekaniu w sprawie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego lub renty okresowej, rezerwacja terminu i miejsca rehabilitacji oraz emisja zawiadomienia o skierowaniu następowała po wydaniu decyzji ustalającej prawo do świadczeń.

⁵⁹ Dotyczy spraw, w których orzeczono potrzebę rehabilitacji przy orzekaniu w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego lub renty okresowej z tytułu niezdolności do pracy – w tych przypadkach ubezpieczony nie składał wniosku o rehabilitację.

⁶⁰ Dotyczy również 18 spraw, w których wydano orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji.

⁶¹ PRL 31/904/2018 - termin przydzielono po wydaniu decyzji w sprawie przyznania uprawnień do renty okresowej z tytułu częściowej niezdolności do pracy (decyzja wydana terminowo) – tj. zgodnie z pkt. 10 Załącznika nr 3 – Instrukcja kierowania na rehabilitację leczniczą, obowiązująca do 24 czerwca 2018 r.

⁶² PRL 31/645/2018 – w związku z prośbą ubezpieczonego o zmianę terminu turnusu.

15 osób (21,1%) pobierało świadczenia z innego powodu, 23 osoby (32,4%) nie pobierały świadczeń z tytułu niezdolności do pracy.

(akta kontroli tom II str. 455-484)

Wyniki badania skuteczności rehabilitacji w poszczególnych grupach spraw wytypowanych do kontroli kształtowały się następująco:

a. W 18 sprawach dotyczących osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację nie pobierały żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, związanych ze schorzeniami, na które miały być rehabilitowane:

- wszystkie sprawy rozpatrzono na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- 12 spraw zostało rozpatrzonych przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (w żadnym przypadku nie zlecano badań dodatkowych);
- łączna liczba dni pobierania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji⁶³ wzrosła z 3 do 15 dni – były to zasiłki chorobowe przyznane w związku ze schorzeniami innymi, niż te, których dotyczyła rehabilitacja;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w ciągu roku i po rehabilitacji wzrosła z 0,5 tys. zł do 0,9 tys. zł;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 293,2 tys. zł do 273,0 tys. zł tj. o 7%;
- w 17 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w jednej – bez zmiany;
- wszystkie osoby powróciły do pracy w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji, w tym 15 osób było zatrudnionych na umowę o pracę, trzy osoby prowadziły działalność gospodarczą. Jedna osoba pracująca miała ustalone prawo do emerytury, lecz jej nie pobierała – wypłatę emerytury rozpoczęto po trzech miesiącach od zakończenia rehabilitacji w związku z rozwiązaniem umowy o pracę. Jedna osoba pracująca pobierała jednocześnie emeryturę. Jedna osoba prowadząca działalność gospodarczą nabyła prawo do emerytury po około miesiącu od zakończenia rehabilitacji i kontynuowała samozatrudnienie.

Z ww. badanej próby w ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji 17 osób (94,4%) nie pobierało świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, jedna (5,6%) pobierała zasiłek chorobowy z powodu innego schorzenia.

(akta kontroli tom II str. 455-460, 482)

b. Dla 18 spraw, w których ubezpieczony, w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku/wydaniem orzeczenia o potrzebie rehabilitacji⁶⁴ pobierał zasiłki chorobowe (lub wynagrodzenie) związane ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany (lub pewna część tych zasiłków była z nimi związana):

- 15 spraw rozpatrzono na podstawie wniosku lekarza leczącego, a trzy – w związku z orzekaniem o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego;
- 13 spraw zostało rozpatrzonych przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (w żadnym przypadku nie zlecano badań dodatkowych);
- łączna liczba dni pobierania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 1082 dni (były to zasiłki chorobowe), do 2026 dni (były to zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne, renty okresowe), tj. o 87%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 92,5 tys. zł do 149,9 tys. zł, tj. o 62,1%;

⁶³ W badaniu uwzględniono okres 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku o rehabilitację i okres 12 miesięcy po dacie zakończenia rehabilitacji.

⁶⁴ Dotyczy potrzeby rehabilitacji orzekanej przy orzeczeniu w sprawie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego.

- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 234,2 tys. zł do 207,5 tys. zł, tj. o 11,4%;
- w 14 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w czterech – bez zmiany;
- 14 osób powróciło do pracy w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji (13 – było zatrudnionych m.in. na umowę o pracę, jedna prowadziła działalność gospodarczą)⁶⁵, a jedna osoba zarejestrowana była jako bezrobotna, a następnie zgłoszona jako pobierająca świadczenia z gminnego ośrodka pomocy społecznej;
- trzy osoby nie powróciły do pracy po zakończeniu rehabilitacji – po okresie pobierania zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego została im przyznana renta okresowa.

W ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji, siedem osób (38,9%) pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, sześć osób (33,3%) pobierało świadczenia związane z niezdolnością do pracy.

(akta kontroli tom II str. 461-466, 482)

c. W grupie 18 spraw, w których ubezpieczony w okresie 12 miesięcy przez złożeniem wniosku/wydaniem orzeczenia o potrzebie rehabilitacji pobierał świadczenie rehabilitacyjne ustalono, że:

- w 17 sprawach orzeczono potrzebę rehabilitacji w związku z orzekaniem o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego, jedną sprawę rozpatrzono na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- 13 spraw zostało rozpatrzonych przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (w żadnym przypadku nie zlecano badań dodatkowych);
- łączna liczba dni pobierania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 4618 dni do 2158 dni, tj. 53,3%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 261,1 tys. zł do 138,9 tys. zł, tj. o 46,8%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 58,4 tys. zł do 67,6 tys. zł, tj. o 15,8%;
- w 13 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w pięciu – bez zmiany;
- 13 osób powróciło do pracy w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji (11 osób było zatrudnionych na umowę o pracę, dwie prowadziły działalność gospodarczą)⁶⁶, a trzy osoby były zarejestrowane jako bezrobotne;
- dwie osoby nie powróciły do pracy – po zakończeniu okresu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przyznana została im renta okresowa z tytułu niezdolności do pracy.

W ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji 17 osób pobierało świadczenia związane z tym samym schorzeniem, co objęte rehabilitacją, w tym 15 osób pobierało świadczenia rehabilitacyjne przyznane przed rehabilitacją⁶⁷, a dwóm osobom przyznano rentę okresową. Jedna osoba pobierała świadczenia związane z innymi schorzeniami niż te, których dotyczyła rehabilitacja.

(akta kontroli tom II str. 467-472, 483)

⁶⁵ Spośród tych osób: dwie osoby nabyły prawo i przeszły na emeryturę w okresie około dwóch i siedmiu miesięcy od daty zakończenia rehabilitacji, a jednej osobie przyznano rentę okresową na to samo schorzenie, na które była rehabilitowana. Osoby te aktualnie (tj. na dzień zakończenia kontroli NIK) nie pracowały.

⁶⁶ jednej osobie prowadzącej działalność gospodarczą, po około 11 miesiącach od daty zakończenia rehabilitacji, przyznano rentę okresową na to samo schorzenie.

⁶⁷ Po upływie okresu na jaki zostały przyznane nie przyznawano tym osobom kolejnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy lub osoby pobierały zasiłki chorobowe w związku z innymi schorzeniami.

d. W grupie 18 spraw, w których ubezpieczony w okresie 12 miesięcy przez złożeniem wniosku/wydaniem orzeczenia o potrzebie rehabilitacji pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy ustalono, że:

- w 17 sprawach orzeczono potrzebę rehabilitacji w związku z orzekaniem o niezdolności do pracy do celów rentowych, jedną sprawę rozpatrzono na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- osiem spraw zostało rozpatrzonych przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (w dwóch przypadkach zlecono konsultację lekarza specjalisty);
- łączna liczba dni pobierania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 5360 do 3503 dni, tj. o 34,6%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 234,4 tys. zł do 171,7 tys. zł, tj. o 26,7%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 46,1 tys. zł do 57,2 tys. zł, tj. o 24,1%;
- w trzynastu opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w czterech – bez zmiany, w jednym przypadku – pogorszenie (rehabilitowany zmarł w trakcie rehabilitacji).
- dziewięć osób (spośród 17, które ukończyły rehabilitację) powróciło do pracy w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji – osiem świadczyło pracę na podstawie umowy o pracę, jedna - umowy zlecenia, cztery osoby były zarejestrowane jako bezrobotne; na dzień kontroli NIK wykonywały pracę zarobkową.
- cztery osoby nie powróciły do pracy (trzy pobierały rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy, jedna rentę okresową z tytułu wypadku przy pracy i emeryturę).

Spośród osób, które ukończyły rehabilitację, w ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji, 16 osób pobierało rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy, w tym jedna nabyła prawo do renty stałej.

Dziewięć osób (52,9%) pobierało świadczenia z powodu schorzeń, na które były rehabilitowane, a siedem osób (41,2%) – na inne schorzenia. Jedna osoba (5,9%) nie pobierała żadnych świadczeń. Na dzień zakończenia badania (tj. 7 września 2020 r.) pracę zarobkową wykonywało 13 osób, trzy osoby nie pracowały, jedna osoba nie została zgłoszona do ubezpieczenia.

(akta kontroli tom II str. 473-478, 483)

W grupie 18 skontrolowanych spraw, w których lekarz orzecznik wydał w 2018 r. orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji:

- wszystkie zostały rozpatrzone na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- łączna liczba dni na świadczeniu w ciągu roku przed datą wniosku i po jego dacie wzrosła z 1991 do 2179 dni, tj. o 9,4%;
- łączna kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku przed i po dacie wniosku wzrosła z 89,0 tys. zł, do 103,9 tys. zł, tj. o 16,7%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po dacie wniosku wzrosła z 169,5 tys. zł do 174,2 tys. zł, tj. o 2,8%.

Z ww. badanej próby, w ciągu roku od daty złożenia wniosku i orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji cztery osoby (20%) pobierały świadczenia z powodu schorzeń, w związku z którymi ubiegały się o rehabilitację, siedem osób (40%) pobierało świadczenia na inne schorzenia. Pozostałe siedem osób (40%) nie pobierało żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy.

Przed złożeniem wniosku o rehabilitację, cztery osoby pobierały rentę okresową, jedna – świadczenie rehabilitacyjne, dziewięć – zasiłek chorobowy. Cztery osoby nie

pobierały świadczeń z tytułu niezdolności do pracy⁶⁸. W ciągu roku po odmowie 13 osób powróciło do pracy, dwie osoby były zarejestrowane jako bezrobotne, dwie – przebywały na rencie okresowej, jedna osoba pobierała rentę rodzinną.

(akta kontroli tom II str. 446-454, 484)

Odnosząc się do barier utrudniających skuteczną rehabilitację leczniczą Dyrektor Oddziału i główny lekarz orzecznik, wskazali m.in. czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji, który jest wypadkową liczby wniosków oraz możliwości ośrodków rehabilitacyjnych. W zakresie liczby profili rehabilitacyjnych wskazali na konieczność utworzenia profilu dla schorzeń neurologicznych (stany po udarach mózgu, stwardnienie rozsiane) oraz potrzebę stworzenia profili kompleksowych obejmujących schorzenia narządu ruchu i neurologicznych lub kardiologicznych, z uwagi na ich częste współistnienie. W zakresie zmian legislacyjnych zaproponowali ograniczenie korzystania z prewencji dla osób, które pobierają emeryturę, za wyjątkiem sytuacji, gdy utrata zdolności do pracy jest wynikiem wypadku przy pracy/choroby zawodowej.

(akta kontroli tom II str. 485-494)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W dwóch sprawach⁶⁹, które zostały przydzielone wybranym lekarzom orzecznikom, nie sporządzono uzasadnienia w aplikacji WO, co było niezgodne z Załącznikiem nr 6 – *Instrukcja sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie*, Procedury 9.1. *Wydawanie orzeczeń*, który w pkt I (Postanowienia ogólne) ust. 1 stanowi, że w przypadku przydzielenia sprawy do wybranego lekarza orzecznika, główny lekarz orzecznik lub jego zastępca sporządza uzasadnienie w aplikacji WO.

Główny lekarz orzecznik wyjaśnił, że sprawy przydzielono do wybranych lekarzy z uwagi na posiadane przez nich specjalizacje odpowiadające typom schorzeń, których dotyczyły wnioski o rehabilitację, natomiast powodem niesporządzenia uzasadnień w aplikacji WO było przeoczenie.

(akta kontroli tom II str. 120, 135, 209, 303, 305)

2. W dziewięciu sprawach (na 90 zbadanych) w aktach znajdowały się kserokopie dokumentacji medycznej⁷⁰ niepotwierdzone za zgodność oryginałem.

Powyższe było niezgodne z ww. Załącznikiem nr 6 Procedury do procesu 9.1. „Wydawanie orzeczeń” pkt II (Dokonywanie ustaleń orzecznicznych...) ust. 18, zgodnie z którym w aktach sprawy przechowuje się kserokopie dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub posiadające adnotację pracownika Oddziału ZUS „Kopię z oryginału sporządził”, a w przypadku jej braku główny lekarz orzecznik lub jego zastępca podejmuje decyzję o zleceniu potwierdzenia kserokopii przez podmiot, który tę dokumentację wytworzył.

Główny lekarz orzecznik wyjaśnił m.in., że w sprawach tych przedłożone lekarzowi przez ubezpieczonych kserokopie dokumentacji medycznej (przyniesione wraz z oryginałami) nie budziły podejrzeń co do ich niezgodności

⁶⁸ W tym jedna pobierała emeryturę poza systemem ZUS.

⁶⁹ Dotyczy to spraw o numerach PRL: 31/575/2018, w której wydano orzeczenie z dnia 09-03-2018 o braku potrzeby rehabilitacji, i 31/1926/2018, w której wydano orzeczenie z dnia 05-07-2018 o potrzebie rehabilitacji.

⁷⁰ Sprawy, w których wydano orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej o nr PRL: 31/2286/2018 (orzeczenie z 22 sierpnia 2018 r.), 31/1290/2018 (orzeczenie z 25 kwietnia 2018 r.), 31/608/2018 (orzeczenie z 22 lutego 2018), 31/1619/2018 (orzeczenie z 5 czerwca 2018 r.), 31/2200/2018 (orzeczenie z 9 sierpnia 2018 r.), 31/2255/2018 (orzeczenie z 17 sierpnia 2018 r.), 31/67/2018 (orzeczenie z 9 stycznia 2018 r.), 31/1823/2018 (orzeczenie z 25 czerwca 2018 r.), 31/1736/2018 (orzeczenie z 14 czerwca 2018 r.).

z oryginałem. Brak potwierdzenia kopii dokumentacji załączonej do akt orzeczniczych wynikał z przeoczenia lekarzy.

(akta kontroli tom II str. 120, 121, 237-240, 245-248, 253, 254, 261, 262, 267, 268, 273, 274, 299, 300, 303-306)

Ocena cząstkowa

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej skierowana do osób zagrożonych utratą zdolności do pracy, ale rokujących odzyskanie tej zdolności nie była w pełni skuteczna. Wśród 72 skontrolowanych przypadków, w których orzeczono potrzebę rehabilitacji leczniczej w 57 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego. Jednak nadal w ciągu roku po rehabilitacji 48 osób (tj. 66,7%) przebywało na świadczeniach z FUS, z tego 33 osobom (tj. 68,8%) wypłacono świadczenia w związku ze schorzeniami, na które byli rehabilitowani. Poziom skuteczności leczenia rehabilitacyjnego był zróżnicowany w odniesieniu do objętych badaniem poszczególnych grup osób uprawnionych. W ciągu 12 miesięcy od zakończenia rehabilitacji, spośród 71 osób, które ukończyły rehabilitację, 54 osoby (tj. 76,1%) wykonywały pracę zarobkową, a osiem (11,3%) posiadało status bezrobotnego, w pozostałych dziewięciu przypadkach (12,6%) osoby rehabilitowane nie powróciły do pracy – pobierały rentę okresową lub emeryturę.

Orzeczenia, opinie i skierowania na rehabilitację były sporządzane zgodnie z rozporządzeniem o rehabilitacji oraz Procedurą 9.1. Stwierdzone nieprawidłowości, o charakterze formalnym, nie miały wpływu na prawidłowość wydanych orzeczeń. Oddział prawidłowo kierował ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą ZUS, w terminach określonych w procedurach. Średni czas od emisji skierowania do rozpoczęcia turnusu wyniósł 90 dni i wynikał z okoliczności niezależnych od Oddziału. Należy zauważyć, że średni czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji – liczony od daty złożenia wniosku⁷¹ wyniósł 118 dni, co w ocenie NIK może skutkować zmniejszeniem efektywności rehabilitacji leczniczej.

IV. Wnioski

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

- 1) Terminowe publikowanie wyników przeprowadzonych naborów na stanowiska lekarzy orzeczników.
- 2) Sporządzanie w aplikacji WO uzasadnień przydzielenia spraw wybranym lekarzom orzecznikom, zgodnie z pkt. I ust. 1 Procedury 9.1. *Wydawanie orzeczeń.*
- 3) Zwiększenie nadzoru głównego lekarza orzecznika nad kompletowaniem dokumentacji medycznej, stanowiącej podstawę wydawania orzeczeń, w celu wyeliminowania przypadków załączania do akt orzeczniczych kserokopii nieposiadających potwierdzenia zgodności z oryginałem.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

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 Warszawie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

⁷¹ A w przypadku potrzeby rehabilitacji orzeczonej przy orzeczeniu w sprawie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego lub renty – od dnia wydania orzeczenia.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

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

Warszawa, dnia 28 września 2020 r.

Kontroler:
Ilona Bożek
główny specjalista k.p.



Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Warszawie

DORADCA EKONOMICZNY
p.o. WICEDYREKTORA
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Warszawie


Wiesława Bronisz

