



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.012.01.2020

Pani
Beata Anna Dyko
Dyrektor Oddziału
Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Wałbrzychu
ul. Kasztanowa 1
58-390 Wałbrzych

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 Wałbrzychu, ul. Kasztanowa 1, 58-390 Wałbrzych ¹ |
| Kierownik jednostki kontrolowanej | Beata Anna Dyko, Dyrektor Oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Wałbrzychu ² , od dnia 1 grudnia 2016 r. |
| Zakres przedmiotowy kontroli | <ol style="list-style-type: none">1. Realizacja zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym warunki kadrowe i organizacyjne.2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej. |
| Okres objęty kontrolą | Lata 2018-2019. Dla realizacji celów kontroli 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 <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ³ . |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu |
| Kontroler | Renata Kojro, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/83/2020 z 3 czerwca 2020 r. (akta kontroli: t. I, s. 1) |

¹ Dalej: „Oddział ZUS w Wałbrzychu” lub „Oddział”.

² Dalej: „Dyrektor Oddziału”.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W latach 2018-2019 Oddział ZUS w Wałbrzychu zadania w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej wykonywał w warunkach niepełnej obsady kadrowej (uzupełnienia wymagało pięć etatów). Przyczyną tego stanu były występujące trudności z pozyskaniem lekarzy orzeczników. Pośród bowiem sześciu ogłoszonych naborów na stanowisko lekarza orzecznika, połowa nie została rozstrzygnięta z powodu braku kandydatów spełniających wymagania formalne. W ocenie NIK skutki niedoborów kadrowych na stanowiskach lekarzy orzeczników, przy jednoczesnej płynności kadr spowodowanej ich odchodzeniem na emeryturę⁵ oraz problemach ze znalezieniem kandydatów o wymaganych kwalifikacjach, mogą zagrozić wykonywaniu pracy orzeczniczej w Oddziale.

W badanym okresie do Oddziału wpłynęło łącznie 5 521 wniosków o rehabilitację leczniczą, w których Oddział wydał 7 486 orzeczeń⁶, w tym 5 387 orzeczeń o potrzebie rehabilitacji. W tym okresie z tej formy świadczenia skorzystało łącznie 4 848 osób.

Lekarze orzecznicy posiadali niezbędne specjalizacje medyczne oraz zostali przeszkoleni w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS, przy czym dwóch nowozatrudnionych lekarzy orzekało czasowo (odpowiednio 27 i 62 dni) bez odbycia szkolenia wymaganego rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy⁷. Lekarzom orzecznikom umożliwiono korzystanie z opinii lekarzy konsultantów oraz zapewniono warunki i możliwości podnoszenia kwalifikacji jak również udziału w szkoleniach.

Realizowana przez Oddział rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej skierowana do osób zagrożonych utratą zdolności do pracy, ale rokujących jej odzyskanie, była nie w pełni skuteczna.

Wprawdzie w okresie 12 miesięcy od daty zakończenia rehabilitacji leczniczej, w przypadku 22 (30,6%) z 72 poddanych rehabilitacji w 2018 r.⁸, nie pobierało żadnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych z tytułu jednostki chorobowej, która była powodem skierowania na leczenie rehabilitacyjne, to pozostałe 31 osób (43,1%), które wróciły do pracy pobierały z Oddziału różnego typu świadczenia (zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne, renty oraz emerytury), 11 osób (15,3%) pobierało renty z tytułu niezdolności do pracy i nie pracowało, cztery osoby (5,5%) przeszły na emeryturę, a kolejne cztery (5,5%) stały się bezrobotne. Po zakończeniu leczenia rehabilitacyjnego u żadnej z 72 rehabilitowanych osób nie stwierdzono pogorszenia stanu zdrowia, przy czym w jednym przypadku (1,4%) ubezpieczonemu nie wydano opinii o stanie funkcjonalnym, ponieważ skrócił rehabilitację⁹, u 46 osób (63,9%) wyniki leczenia były zadawalające (uzyskano poprawę stanu zdrowia). Niemniej jednak stan zdrowia pozostałych 25 osób (34,7%) pozostawał bez zmian.

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

⁵ Średnia wieku lekarzy w Oddziale wynosiła 71 lat.

⁶ Liczba wniosków i orzeczeń była różna m.in. z tego powodu, że wnioski składały osoby zainteresowane i lekarze leczący, a orzeczenia zapadały też w sytuacjach, gdy lekarz orzecznik lub komisja lekarska ZUS orzekały o potrzebie rehabilitacji leczniczej, orzekając w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych, albo o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego. Ponadto część składanych wniosków była rozpoznana w następnym roku kalendarzowym (np. wnioski złożone w grudniu).

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

⁸ Których dokumentację poddano badaniu w ramach kontroli NIK.

⁹ Pobyt trwał tylko trzy dni.

Natomiast w grupie 18 osób, którym nie przyznano prawa do rehabilitacji leczniczej, do grona osób bezrobotnych dołączyła jedna osoba, jedna z nich przeszła na rentę i przestała pracować. Kolejna natomiast przebywała na urlopie bezpłatnym, a jedna nadal pobierała rentę z tytułu niezdolności do pracy i nie pracowała. Pozostałe 14 osób z tej grupy było zatrudnionych w ramach umowy o pracę.

NIK zwraca uwagę, że negatywnie na stopień skuteczności rehabilitacji leczniczej może wpływać czas oczekiwania na jej rozpoczęcie, który średnio wynosił 110 dni licząc od złożenia wniosku w Oddziale do jej rozpoczęcia¹⁰, co wynikało przede wszystkim z niewystarczającej liczby miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych.

Niezależnie od powyższego, realizacja programu rehabilitacji leczniczej w latach 2018-2019 prowadzona przez Oddział sprzyjała¹¹ zmniejszeniu wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy. Kwota wypłaconych przez Oddział świadczeń w ciągu roku po rehabilitacji (lub po odmowie prawa do rehabilitacji) w porównaniu do kwoty świadczeń wypłaconych przez Oddział w ciągu roku przed rehabilitacją znacznie się zmniejszyła, tj. o 366 424,82 zł (spadek o 34,4%). Natomiast kwoty odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne (w tym rentowe) w badanym przedziale czasu zwiększyły się jedynie o 12 283,11 zł (wzrost o 6,0%). Zmniejszyła się także łączna liczba dni pobierania świadczenia wśród osób, które je pobierały w okresie roku przed i po rehabilitacji o 4 450 dni (spadek o 26,3%).

Stwierdzone w wyniku kontroli nieprawidłowości nie miały wpływu na realizację zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej oraz prawidłowość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej. Dotyczyły one m.in.: [1] prowadzenia naborów na lekarzy orzeczników przez komisję rekrutacyjną w niepełnym składzie; [2] dopuszczenia do udziału w negocjacjach lekarzy konsultantów, których oferty wpłynęły po upływie określonego terminu (sześć przypadków na 22 badanych); [3] nierzetelnego dokumentowania daty i godziny wpływu ofert lekarzy konsultantów (16 z 22 badanych); [4] niedochowania obowiązujących w Oddziale terminów obsługi orzeczenia w czterech przypadkach (z 72 badanych).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹² kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Plan zatrudnienia lekarzy orzecznictwa Oddziału przewidywał zatrudnienie na poziomie 19 etatów w latach 2017-2019. Przeciętne zatrudnienie lekarzy orzeczników w tych latach wynosiło odpowiednio 16,99 (89,4%), 14,39 (75,7%) oraz 12,06 (63,5%) etatu.

Dyrektor Oddziału wskazała, że dane dotyczące stanu zatrudnienia w Oddziale były znane Centrali ZUS. Dostęp do nich umożliwiał, bowiem użytkowany w ZUS program komputerowy SAP, który pozwalał monitorować podejmowane działania i ich efekty na każdym etapie. I tak, np. w IV kwartale 2019 r. Oddział wykazał siedem wakatów. Tymczasem za pośrednictwem doradcy personalnego z Departamentu Spraw Społecznych w Warszawie, Oddział otrzymał¹³ rekomendację w zakresie uzupełnienia stanu zatrudnienia na stanowisku lekarzy

¹⁰ Przy czym najkrótszy czas oczekiwania wynosił 27 dni, a najdłuższy 245 dni.

¹¹ W poddanej badaniu populacji 90 osób.

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 Informacja otrzymana za pośrednictwem poczty elektronicznej w dniu 12 września 2019 r.

orzeczników w Oddziale o pięć dodatkowych etatów. Jak wskazała doradca w przekazanej korespondencji, Prezes ZUS podjął bowiem decyzję o niezwiększaniu od 1 września 2019 r. planu zatrudnienia Oddziału na 2019 r., zalecając jednocześnie uzupełnienie stanu zatrudnienia z zasobów pozostających w dyspozycji Oddziału. Powyższe miało w szczególności zapewnić sprawną realizację nowego zadania, tj. wydawania orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji, niezbędnych do przyznania świadczenia uzupełniającego¹⁴.

(akta kontroli: t. II, s. 52, 55, 310, 313)

Prezes ZUS nie utworzył w Oddziale komisji lekarskich ZUS, o których mowa w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie *szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne*¹⁵. Sprzeciwy od orzeczeń lekarzy orzeczników Oddziału rozpatrywane były przez członków komisji lekarskich zatrudnionych w Oddziale ZUS we Wrocławiu.

(akta kontroli: t. II, s. 78)

Od 2017 r. w Oddziale spadał wskaźnik zatrudnionych lekarzy orzeczników. W porównaniu do tego roku, (w którym zatrudnionych było 19 lekarzy) wskaźnik ten zmniejszył się odpowiednio o 13,7% (łącznie o trzy osoby) w 2018 r. i o 18,2% (łącznie o cztery osoby) w 2019 r. W badanym okresie z pracy w Oddziale zrezygnowało ośmiu lekarzy, przy czym przyczyną rezygnacji siedmiu z nich było przejście na emeryturę. Struktura wiekowa w tej grupie zawodowej wynosiła średnio 71 lat. Podejmowane próby pozyskania kadry medycznej (wysyłano m.in. listy zachęcające do podjęcia współpracy z Oddziałem do 21 największych placówek medycznych w Wałbrzychu oraz w innych miastach w regionie¹⁶), nie zmniejszyły deficytu kadrowego, gdyż jak wskazała Dyrektor Oddziału przyczyną tego stanu jest niskie zainteresowanie lekarzy pracą w ZUS. Ponadto wyjaśniła, że od wielu lat obserwuje się lukę pokoleniową w zakresie lekarzy w Polsce, a ich niedobór był widoczny w każdym obszarze związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym w ZUS, gdzie wymagana była praca lekarzy z wysokim poziomem kwalifikacji. Powyższe wyjaśnienia potwierdzają rozstrzygnięcia ogłaszanych w latach 2018-2019 sześciu naborów, w wyniku których zatrudniono jedynie trzech lekarzy¹⁷, w tym dwóch z nich ponownie (po uprzednim przejściu na emeryturę). W pozostałych trzech przypadkach konkursy nie zostały rozstrzygnięte z powodu braku kandydatów spełniających wymagania formalne. Dyrektor Oddziału wskazała także, że zagadnienie braku lekarzy orzeczników było omawiane m.in. na posiedzeniu Rady Regionu III w lipcu 2019 r. w Osuchowie¹⁸, podczas którego wskazywano na występujący problem zmniejszania się liczby lekarzy orzeczników w każdym Oddziale ZUS oraz potrzebę zatrudnienia nowych lekarzy i działań mających na celu zatrzymanie dotychczasowych pracowników. Podobne kwestie (m.in. zbyt mała liczba zatrudnionych lekarzy w kontekście wydawania orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji), omawiano także we wrześniu 2019 r. podczas posiedzenia czterech Rad Regionów w Centrali ZUS, w efekcie którego lekarzom orzecznikom przyznano dodatki finansowe na czas trwania akcji związanej z wydawaniem orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

¹⁴ Zgodnie z ustawą z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz.U. z 2019 r. poz. 1622).

¹⁵ Dz.U. z 2019 r. poz. 277, dalej: „rozporządzenie w sprawie rehabilitacji”.

¹⁶ Tj. w: Świdnicy, Zgorzelcu, Jeleniej Górze, Kłodzku, Dzierżoniowie oraz Lubaniu.

¹⁷ W tym dwóch z nich zatrudniono w pełnym wymiarze czasu pracy, a jednego w wymiarze 0,6 etatu.

¹⁸ W ZUS działały cztery rady regionów. W 2018 r. powołano je w nowej formule, by wzmocnić skuteczność przepływu informacji między oddziałami a Zarządem ZUS. Rady spotykały się przynajmniej raz na kwartał. Współpraca z zarządem instytucji miała charakter konsultacyjny. Na spotkaniach były omawiane kwestie wynikające z aktualnych w danym czasie projektów i problemów.

(akta kontroli: t. II, s. 52-55, 160-269, 310, 312-315, t. V, s. 265, 296-297)

Badanie dokumentacji ww. przeprowadzonych naborów wykazało, że obsady stanowisk lekarskich dokonywano z zastosowaniem trybów wskazanych w art. 74a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych¹⁹, tj. trzech lekarzy wybrano w trybie otwartego i konkurencyjnego naboru. Niemniej jednak w procesach rekrutacji prowadzonych w latach 2018-2019 w zakresie spełniania kwalifikacji zawodowych wobec lekarzy orzeczników, których zamierzano zatrudnić, kierowano się jedynie wymaganiami formalnymi określonymi w § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. I tak, w treści sześciu ogłoszeń ofert pracy²⁰, jako pożądane wskazywano specjalizacje wymienione w tym rozporządzeniu, a więc w szczególności poszukiwano lekarzy specjalistów w dziedzinach takich jak: medycyna pracy, medycyna społeczna – choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria. Nie odnoszono się natomiast do specjalizacji, których nie posiadali zatrudnieni w Oddziale ZUS w Wałbrzychu lekarze orzecznicy, a które ze względu na występujące schorzenia ubezpieczonych ubiegających się o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, mogły być pożądane. W szczególności nie wymieniano specjalizacji z dziedziny kardiologii, audiologii i foniatrii, pomimo że od 2017 r. nie było zatrudnionych lekarzy posiadających specjalizacje z tych dziedzin, czy też reumatologii i otolaryngologii (brak lekarzy w latach 2018-2019). Odnosząc się do przyjętej polityki zatrudnienia w tym zakresie, Dyrektor Oddziału wskazała, że lekarze orzecznicy byli przeszkoleni w zakresie orzekania w różnych schorzeniach, a w razie wątpliwości istniała możliwość skierowania ubezpieczonego na konsultację do specjalisty.

Ponadto badanie ww. dokumentacji wykazało, że w procesie obsady stanowisk lekarskich, co do zasady (poza przypadkami powoływania niepełnego składu komisji rekrutacyjnej opisanymi szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*), dopełniono wszystkich obowiązków określonych w Załączniku nr 3 – *Instrukcja – Nabór pracowników do Procedury 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników*²¹ oraz w art. 74b-74g ustawy o sus.

(akta kontroli: t. II, s. 53, 79-306, 309-310, t. V, s. 265-266)

W okresie objętym kontrolą lekarzy orzeczników obowiązywały harmonogramy pracy i badań ustalone²² przez Naczelnego Lekarza Zakładu. I tak w okresie od 1 stycznia 2018 r. do 30 września 2019 r. czas na rozpatrzenie przez lekarza orzecznika wniosku o rehabilitację, wynosił odpowiednio:

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

W okresie od 1 października 2019 r. do 13 kwietnia 2020 r. skrócono czas na rozpatrzenie wniosków o rehabilitację do 15 minut na rozpatrzenie jednej sprawy, na podstawie zgromadzonej dokumentacji oraz do 30 minut na podstawie bezpośredniego badania stanu zdrowia osoby, w odniesieniu, do której ma być wydane orzeczenie. Kontrola dokumentacji wybranych losowo siedmiu lekarzy orzeczników wykazała, że powyższe normy były przestrzegane w Oddziale.

(akta kontroli: t. II s. 317-366)

¹⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 266 ze zm., dalej: „ustawa o sus”.

²⁰ Nr: 717687, 725995, 731722, 740031, 745571 oraz 746529.

²¹ Wprowadzone zarządzeniem nr 56 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. ze zm.

²² M.in. pismem z dnia 12 września 2017 r. nr 991800/292/2017A.

Średni poziom wynagrodzenia (brutto) lekarzy orzeczników zatrudnionych w Oddziale ZUS w Wałbrzychu wynosił odpowiednio: 6 873,79 zł w 2018 r. oraz 8 405,58 zł w 2019 r. Dyrektor Oddziału wskazała, że obecny poziom wynagrodzenia był może odpowiedni dla lekarzy posiadających dodatkowe źródło dochodów (emeryturę), natomiast w jej ocenie nie było to wynagrodzenie, które może stanowić zachętę do podejmowania pracy w Oddziale przez młodszych lekarzy specjalistów.

(akta kontroli: t. II s. 56, tom V, s. 265)

1.2. W latach 2018-2019 z Oddziałem współpracowało 24 konsultantów, tj. 22 zewnętrznych lekarzy specjalistów i dwóch psychologów, którzy wydawali opinie na potrzeby toczących się postępowań orzeczniczych. Zasady współpracy z konsultantami zostały określone w Procedurze do procesu 9.1. „Wydawanie orzeczeń”²³ – w załączniku nr 9 – *Instrukcja – ogólne warunki postępowania orzeczniczego w części II – Współpraca z konsultantami Zakładu, wykonywanie badań dodatkowych*, przy czym limity cen na badania zlecane w postępowaniu orzeczniczym, o których mowa w pkt 3 tej części Instrukcji, Prezes ZUS określił w pismach z 31 maja 2016 r.²⁴ oraz z 10 maja 2019 r.²⁵. Limity tych cen wynosiły odpowiednio: 170 zł i 210 zł za wydanie opinii specjalistycznej przez lekarza konsultanta lub psychologa, 120 zł za wykonanie badania dodatkowego oraz 400 zł za jeden dzień obserwacji szpitalnej (kwota obejmowała koszty pobytu, wyżywienia, opieki medycznej oraz badań dodatkowych).

Powyższe procedury nie regulowały natomiast szczegółowych zasad dotyczących organizacji i procesu decyzyjnego zlecenia usług wykonywania badań konsultacyjnych i wydawania opinii specjalistycznych. Powodowało to, że w tym zakresie Oddział częściowo korzystał (tj. wybierając niektóre przewidziane w nich rozwiązania) z założeń opisanych w *Zasadach dokonywania zakupów w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych*²⁶ (dla postępowań prowadzonych w 2017 r.) oraz Procedury 14.1. *Realizacja zakupów*²⁷ (dla postępowań prowadzonych w 2018 r.). I tak np. posługiwano się wzorami niektórych dokumentów zawartych w tych wytycznych (np. wypełniano wnioski o wszczęcie postępowania mającego na celu wyłonienie lekarzy konsultantów, w którym wskazywano m.in. szczegółowy opis przedmiotu zamówienia i warunków realizacji zamówienia, uzasadnienie potrzeby udzielenia zamówienia, źródła finansowania, opinie, co do zasadności ponoszenia wydatków), powoływano zespół do przeprowadzenia negocjacji, publikowano zaproszenia w BIP.

(akta kontroli: t. I, s. 130-216, t. II, s. 16-48, 57-61, t. III, s. 335-483, t. IV, s. 1-226, t. V, s. 266-269)

Rozpoznanie potrzeb Oddziału w zakresie liczby konsultantów oraz specjalności, które powinni posiadać, odbywało się na podstawie analizy wykonania z lat poprzednich, tj. m.in. kierowano się liczbą wydanych orzeczeń czy też liczbą konsultacji. Brano także pod uwagę dostępność specjalistów i chęć podjęcia współpracy z Oddziałem, gdyż jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału zdarzało się, że pozyskanie do współpracy choćby jednego konsultanta z danej specjalizacji było trudne, a pozyskanie dwóch w wielu przypadkach było niemożliwe. I tak np. w Oddziale występowały trudności w pozyskaniu do współpracy okulistów i kardiologów. Ponadto jak wskazała Dyrektor Oddziału, w sytuacji, gdy konsultacje

²³ Wprowadzoną zarządzeniem nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r.

²⁴ Nr 991800/134/2016/A.

²⁵ Nr 991800/630-8/2019/A.

²⁶ Stanowiących załącznik do zarządzenia nr 4 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 16 stycznia 2013 r. ze zm.

²⁷ Wprowadzonej zarządzeniem nr 1 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 2 stycznia 2018 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 14.1 Realizacja zakupów.

danej specjalności miały charakter sporadyczny, przyjęto zasadę, że wystarczył jeden konsultant²⁸. Dyrektor Oddziału wyjaśniła również, że nie było możliwości korygowania uregulowań zawartych w Procedurze do procesu 9.1. „Wydawanie orzeczeń”²⁹ – w załączniku nr 9 – *Instrukcja – ogólne warunki postępowania orzeczniczego* w części II – *Współpraca z konsultantami Zakładu, wykonywanie badań dodatkowych*, która przewidywała, aby każdy Oddział współpracował, z co najmniej dwoma konsultantami Zakładu posiadającymi tę samą specjalizację.

NIK zwraca uwagę, że wobec trudności w pozyskaniu konsultantów do współpracy, należy rozważyć określenie w przepisach wewnętrznych ZUS możliwości odstępstw w zakresie współpracy z dwoma konsultantami w przypadku kiedy liczba zleczanych opinii w danej specjalizacji nie przekraczają określonego progu w danym roku. Wobec powyższego zasadne może być podjęcie działań mających na celu wystąpienie Dyrektora Oddziału do Prezesa ZUS o rozważenie zmian postanowień regulacji wewnętrznych w ww. zakresie.

(akta kontroli: t. II, s. 56-61, t. IV, s. 1-226, t. V, s. 266-269)

W latach 2018-2019 konsultanci wybierani byli w trybie otwartego zaproszenia do składania ofert wstępnych w roku poprzedzającym rozpoczęcie współpracy, tj. odpowiednio, w IV kwartale 2017 r. i 2018 r. Oddział upublicznił³⁰ informację o kontrolowanych zaproszeniach poprzez zamieszczenie ogłoszeń w BIP. W ogłoszeniach wskazywano m.in. miejsce i termin składania ofert, wskazówki dotyczące zawartości oferty oraz sposób i przyjęte kryteria oceny ofert. Co do zasady (poza przypadkami opisanymi szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*), do negocjacji stawek byli zapraszani konsultanci, którzy w wymaganym terminie złożyli oferty wstępne. Do przeprowadzenia negocjacji stawek Dyrektor Oddziału powołała³¹ zespół.

Z przeprowadzonych postępowań zespół sporządzał notatkę służbową, w której dokonywał oceny i porównania złożonych ofert oraz wyboru najkorzystniejszych. Z konsultantami zawierano umowy o dzieło na okres roku kalendarzowego (odrębnie na 2018 r. i 2019 r.).

(akta kontroli: t. II, s. 56-61, t. IV, s. 1-226, t. V, s. 266-269)

Konsultanci współpracujący z Oddziałem w 2018 r. posiadali następujące specjalizacje: psychiatria (pięć osób), neurologia (trzy osoby), psychologia, laryngologia, pulmonologia, ortopedia (po dwie osoby), diabetologia, kardiologia, okulistyka, ginekologia, reumatologia, angiologia, dermatologia oraz stomatologia (po jednej osobie). Natomiast w 2019 r.: psychiatria (sześć osób), psychologia, neurologia, laryngologia, pulmonologia, okulistyka, ortopedia (po dwie osoby), diabetologia, kardiologia, ginekologia, reumatologia, dermatologia, stomatologia (po jednej osobie). W 2019 r. nie udało się nawiązać współpracy z angiologiem. Ponadto, jak wynika z treści ogłoszeń zapraszających do współpracy w latach 2018-2019, na pełnienie funkcji konsultantów Oddziału, jedną z dziedzin medycyny wskazaną w tych ogłoszeniach były także choroby zakaźne. W kontrolowanym okresie nie udało się nawiązać współpracy z żadnym lekarzem posiadającym specjalizację w tej dziedzinie. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że do Oddziału

²⁸ Np. w przypadku lekarza stomatologa, diabetologa, ginekologa, czy angiologa, w latach 2018-2019 wydano łącznie dziewięć opinii (odpowiednio: jedną, dwie, oraz po trzy opinie).

²⁹ Wprowadzoną zarządzeniem nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r.

³⁰ Tj. w dniach 10 października 2017 r. oraz 2 października 2018 r.

³¹ Poleceniem nr 2 Dyrektora Oddziału w Wałbrzychu z dnia 11 października 2017 r. w sprawie powołania Zespołu do przeprowadzenia negocjacji w sprawie określenia stawki za sporządzenie jednostkowej opinii konsultantów Zakładu na rok 2018 oraz poleceniem nr 5 Dyrektora Oddziału w Wałbrzychu z dnia 9 października 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do przeprowadzenia negocjacji w sprawie określenia stawki za sporządzenie jednostkowej opinii konsultantów Zakładu na rok 2019.

sporadycznie³² zgłaszały się osoby z chorobami zakaźnymi – zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby czy borelioza, a ocenę stanu czynnościowego w przebiegu tych chorób był w stanie przeprowadzić każdy z zatrudnionych w Oddziale lekarzy orzeczników.

(akta kontroli: t. II, s. 56-61, t. IV, s. 1-226, t. V, s. 266-269)

Średnie roczne wynagrodzenie (brutto) konsultantów (w podziale na lekarzy i psychologów) kształtowało się na następującym poziomie³³ w przypadku: [1] lekarzy – 9,4 tys. zł w 2018 r. i 10,1 tys. zł w 2019 r. oraz [2] psychologów – 6,6 tys. zł w 2018 r. i 7,4 tys. zł w 2019 r. Natomiast średnia roczna liczba opinii wydanych przez konsultantów wynosiła odpowiednio: 1 166 na jednego lekarza w 2018 r. i 1 194 w 2019 r. oraz 82 opinie na jednego psychologa w 2018 r. i 93 w 2019 r.

(akta kontroli: t. II, s. 61)

W latach 2018-2019 Oddział współpracował z pięcioma podmiotami, świadczącymi usługi w zakresie wykonywania badań dodatkowych lub obserwacji. Koszty poniesione z tego tytułu kształtowały się odpowiednio na poziomie: 1 949,79 zł w 2018 r. i 1 492,68 zł w 2019 r. Przy rozpoznaniu potrzeb Oddziału w tym zakresie kierowano się dostępnością badań, ich ceną i wszechstronnością oferty, tj. m.in. jak najszerszą ofertą badań możliwych do zrealizowania w jednym podmiocie. Dokonywano także analizy wykonania w latach ubiegłych (np. liczby i stanu wykonania badań).

(akta kontroli: t. II, s. 61-62, t. IV, s. 227-359)

Proces zlecenia wykonywania badań dla celów orzeczniczych inicjowany był w roku poprzedzającym rozpoczęcie współpracy, tj. odpowiednio, w IV kwartale 2017 r. i 2018 r. I tak w 2017 r. usługi zlecano w oparciu o wytyczne przewidziane w *Zasadach dokonywania zakupów w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych*³⁴. Przy czym ze względu na fakt, że wartość tego postępowania nie przekraczała 3,5 tys. zł zastosowano procedury uproszczone, tj. w formie e-mailowej zwrócono się do pięciu potencjalnych wykonawców z zapytaniem o możliwości wykonywania badań na potrzeby orzecznictwa lekarskiego. W 2018 r. zgodnie z Procedurą 14.1. *Realizacja zakupów*³⁵ również zastosowano procedury uproszczone³⁶, tj. zamówienia udzielono na podstawie zatwierdzonego wniosku zakupowego oraz przeprowadzonych rozmów telefonicznych z dwoma podmiotami w zakresie możliwości wykonywania badań na potrzeby orzecznictwa lekarskiego. Z podmiotami wybranymi do współpracy zawarto umowy na okres roku kalendarzowego (odrębnie na 2018 r. i 2019 r.).

(akta kontroli: t. II, s. 61-62, t. III, s. 335-481, t. IV, s. 227-359)

1.3. Wśród prezentowanych przez lekarzy orzeczników specjalizacji³⁷ wskazywano: choroby wewnętrzne (odpowiednio w latach 2018-2019 – czterech i trzech lekarzy), chirurgia (trzech i czterech lekarzy), neurologia (trzech i dwóch lekarzy), medycyna pracy (jeden lekarz), choroby płuc (kolejno dwóch lekarzy) oraz inne specjalizacje (10 lekarzy). Analiza dokumentacji w zakresie posiadanych kwalifikacji 10 losowo wybranych lekarzy orzeczników wykazała, że osoby te spełniały wymogi formalne określone w § 11 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, tj.

³² W latach 2018-2019 łącznie wydano 120 orzeczeń w obszarze chorób zakaźnych.

³³ Ujęcie podatkowe – wynagrodzenia wypłacone w roku podatkowym.

³⁴ Stanowiących załącznik do zarządzenia nr 4 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 16 stycznia 2013 r. ze zm.

³⁵ Wprowadzoną zarządzeniem nr 1 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 2 stycznia 2018 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 14.1 Realizacja zakupów.

³⁶ Szacunkowa wartość tych badań nie przekraczała, bowiem wyrażonej w złotych równowartości 1 tys. euro netto.

³⁷ Wyniki nie sumują się, gdyż niektórzy lekarze mają więcej niż jedną specjalizację.

posiadały specjalizację oraz odbyły przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS.

(akta kontroli: t. II, s. 49-50, 160-306)

Lekarzom orzecznikom zapewniono możliwość stałego doskonalenia zawodowego i podnoszenia kwalifikacji, przy czym ostatnie szkolenie dotyczące rehabilitacji leczniczej pn. *20 lat rehabilitacji w ramach prewencji rentowej w ZUS* odbyło się w 2016 r. Jak wskazała Dyrektor Oddziału powyższe wynikało z faktu, że nie było potrzeb w tym zakresie. W Oddziale nie wprowadzono wytycznych w zakresie liczby odbytych szkoleń. Żaden z zatrudnionych w Oddziale lekarzy w badanym okresie nie był w trakcie uzyskiwania lub nie uzyskał tytułu naukowego profesora nauk medycznych lub stopnia naukowego doktora lub doktora habilitowanego nauk medycznych. Lekarze nie byli w trakcie oraz nie uzyskali innej specjalizacji niż posiadana.

(akta kontroli: t. II, s. 79-159, 308-309, t. V, s. 266)

Niezależnie od powyższego w okresie objętym kontrolą lekarze uczestniczyli w szkoleniach podnoszących ich kompetencje i wiedzę w pracy z pacjentami (w tym kierowanych na rehabilitację leczniczą). Szkolenia były podejmowane zarówno z własnej inicjatywy, jak i z propozycji zwierzchnika. I tak, wszyscy lekarze uczestniczyli w 24 szkoleniach organizowanych w formie modułów e-learningowych przez Centralę ZUS. Przedmiotem tych szkoleń były: badania profilaktyczne, orzekanie w chorobach układu krążenia, problemy orzecznicze w schorzeniach laryngologicznych, rehabilitacja lecznicza, rehabilitacja zawodowa, zasady orzekania o niezdolności do pracy w schorzeniach narządu ruchu, w schorzeniach psychicznych, w schorzeniach narządu wzroku, w schorzeniach układu oddechowego, w schorzeniach neurologicznych, szkolenie okresowe bhp dla pracowników administracyjno-biurowych, test bhp dla pracowników administracyjno-biurowych, przeciwdziałanie mobbingowi, efektywna komunikacja kierownicza, bezpieczeństwo informacji w ZUS, komunikacja e-mailowa, postępowanie z dokumentacją w ZUS, orzekanie o procentowym uszczerbku na zdrowiu dla celów ustalania uprawnień z zabezpieczenia społecznego z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, rehabilitacja zawodowa: problemy zawodoznawstwa i możliwości przekwalifikowania zawodowego, obsługa aplikacji WO – wspomaganie orzecznictwa, część I – obsługa formularzy orzecznicznych, rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej; założenia, podstawy i organizacja.

Ponadto czterech lekarzy uczestniczyło w czterech szkoleniach stacjonarnych organizowanych przez Centralę ZUS oraz Oddział ZUS w Wałbrzychu, których przedmiotem były obszary dotyczące: zaufania i relacji w miejscu pracy, choroby tarczycy w orzekaniu o niezdolności do pracy, postępowanie przed sądem w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, których przedmiotem odwołania od decyzji organu rentowego były ustalenia orzecznicze, zagadnienia dotyczące dowodu z opinii lekarzy biegłych sądowych, kontrola zarządcza – zasady ogólne i model w ZUS, reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne – zespół stresu pourazowego, astenia poobozowa, wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy, szkolenie dla głównych lekarzy orzeczników i przewodniczących komisji lekarskich zakładu. Ośmiu lekarzy z własnej inicjatywy uczestniczyło także w 14 szkoleniach organizowanych przez podmioty zewnętrzne. Szkolenia te obejmowały: postęp neurologii i neurofizjologii klinicznej, orzecznictwo lekarskie, oparzenia, leczenie ran specjalistycznymi opatrunkami, zaawansowane choroby wątroby, patofizjologia, obraz kliniczny i leczenie, medycyna bólu, urlopy dla poratowania zdrowia u nauczycieli, medycyna w podróży w teorii i praktyce, aktualne zalecenia dotyczące badań profilaktycznych i szczepień u pracowników, odpowiedzialność lekarza

w świetle obowiązujących przepisów prawa oraz standardy postępowania zwiększające ochronę prawną lekarzy, różne twarze cukrzycy, czy, dlaczego i kiedy szczepimy, choroby odkleszczowe, postępy i kontrowersje w farmakoterapii.

(akta kontroli: t. II, s. 63-69, 308-309, t. V, s. 266)

1.4. W latach 2018-2019 Oddział promował możliwość korzystania z rehabilitacji leczniczej biorąc udział w akcjach realizowanych w ramach centralnych porozumień m.in. z Państwową Inspekcją Pracy, Policją, Narodowym Funduszem Zdrowia, Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Krajową Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, oraz w ramach lokalnych inicjatyw we współpracy z powiatowymi urzędami pracy, urzędami skarbowymi, urzędami miast i gmin oraz ich jednostkami, stowarzyszeniami i klubami pracodawców, seniorów, osób niepełnosprawnych i fundacjami. Podpisano także porozumienie o współpracy z Państwową Wyższą Szkołą Zawodową w Wałbrzychu w zakresie działalności dydaktycznej i rozwojowej oraz działalności naukowej, badawczej i realizacji wspólnych projektów z zakresu tematyki ubezpieczeń społecznych, a także z Politechniką Wrocławską, która umożliwiła podjęcie współpracy m.in. z Akademickim Inkubatorem Przedsiębiorczości i Biurem Karier, polegającej na upowszechnianiu wiedzy na temat ubezpieczeń społecznych wśród studentów, doktorantów, pracowników i absolwentów Politechniki Wrocławskiej oraz osób planujących założenie działalności gospodarczej. I tak np. w latach 2018-2019 działania promocyjne prowadzone były m.in. w ramach akcji:

Dzień osób z niepełnosprawnością³⁸ – dzień poświęcony osobom z niepełnosprawnościami, ich rodzinom oraz pracodawcom – organizowany w latach 2018-2019. Do współpracy zaproszono Pełnomocnika Prezydenta Miasta Wałbrzycha ds. Osób Niepełnosprawnych, ekspertów z Narodowego Funduszu Zdrowia, Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wałbrzychu i Powiatowego Urzędu Pracy w Wałbrzychu. Podczas spotkań z osobami z niepełnosprawnościami obecny był także pracownik Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji, który udzielał informacji w zakresie rehabilitacji z ZUS;

Dzień Seniora³⁹ – coroczne spotkania z seniorami, których celem było poradnictwo dla seniorów oraz bezpieczeństwo osób starszych;

Poradnictwo dla Japończyków – wydarzenie organizowane w 2018 r. z inicjatywy własnej Oddziału, ponieważ zauważono, że korespondencja z ZUS dotycząca informacji o stanie konta nie docierała do japońskich pracowników, w szczególności do tych, którzy opuścili Polskę. Przedstawiciele Oddziału wzięli udział w IV spotkaniu inwestorów japońskich, które odbyło się w Wałbrzyskiej Specjalnej Strefie Ekonomicznej INVEST-PARK. Tematem przewodnim spotkania były zagadnienia w zakresie świadczeń emerytalnych dla obywateli Japonii. Uczestnicy otrzymali m.in. poradnik *Twoje konto w ZUS*, który dzięki zaangażowaniu pracowników ww. Strefy Ekonomicznej został przetłumaczony na język japoński;

Poradnictwo polsko-czesko-niemieckie – wydarzenie organizowane z inicjatywy własnej Oddziału w latach 2018-2019. Zorganizowano je w Lubaniu biorąc pod uwagę potrzeby mieszkańców powiatów lubańskiego i zgorzeleckiego, którzy pracują w Czechach i Niemczech lub prowadzą tam działalność gospodarczą. Z wykładów i porad ekspertów skorzystało ponad 160 osób. Prezentacje przedstawili eksperci z niemieckich instytucji ubezpieczeniowych, Państwowej Inspekcji Pracy, urzędu skarbowego i powiatowego urzędu pracy;

Konstytucja biznesu. Wiedza podstawą świadomego wyboru – konferencja naukowa zorganizowana w 2018 r. z inicjatywy własnej Oddziału przy współpracy

³⁸ Wydarzenie ogólnopolskie organizowane przez wszystkie oddziały ZUS w kraju z inicjatywy Centrali ZUS.

³⁹ Wydarzenie ogólnopolskie organizowane przez wszystkie oddziały ZUS w kraju z inicjatywy Centrali ZUS.

z Państwową Wyższą Szkołą Zawodową w Wałbrzychu dla przyszłych i obecnych wałbrzyskich przedsiębiorców. Udział w niej wzięli przedstawiciele Ministerstwa Przedsiębiorczości i Technologii, Dolnośląskiej Agencji Rozwoju Regionalnego, Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu oraz Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Wałbrzychu. Podczas konferencji omawiano m.in. zagadnienia dotyczące ułatwień wprowadzonych przez ZUS dla przedsiębiorców oraz prawa i obowiązki płatników składek w świetle tzw. Konstytucji biznesu;

Wystawa historyczna pn. Rzeczpospolita Ubezpieczonych – ekspozycja zorganizowana w 2018 r. przez Oddział przedstawiała proces powstawania polskiego systemu ubezpieczeń społecznych oraz działalność ZUS od momentu jego powstania w 1934 r. Wystawa usytuowana była w holu teatru świdnickiego Ośrodka Kultury, następnie w budynku Wydziału Ekonomii Zarządzania i Turystyki filii Uniwersytetu Ekonomicznego w Jeleniej Górze;

Ubezpieczenia społeczne. Lekcja historii. Potrzeba przyszłości – konferencja zorganizowana w 2019 r. z inicjatywy własnej Oddziału. Była poświęcona ubezpieczeniom społecznym w kontekście przeszłości i wyzwań przyszłości. Głównym jej celem była edukacja na temat ubezpieczeń społecznych;

Tydzień Przedsiębiorcy – wydarzenie organizowane przez wszystkie oddziały ZUS. W 2019 r. obejmowało ponad 50 seminariów, podczas których przygotowano strefy eksperckie, w których dyżurowali pracownicy ZUS oraz zaproszeni specjaliści. Ogółem w seminariach udział wzięło ponad 700 osób.

(akta kontroli: t. II, s. 69-74, 373-513)

Powyższe działania wynikały m.in. z realizacji *Strategii Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2016-2020*⁴⁰, *Strategii komunikacji ZUS*⁴¹, *Polityki Obsługi Klientów w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych na lata 2017-2020*, *Planu działalności ZUS na lata 2018-2019*, *Planu zadań Oddziału ZUS w Wałbrzychu na lata 2018-2019*. Ich celem było podniesienie świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa. Poniesione koszty z tego tytułu w latach 2018-2019 kształtowały się odpowiednio na poziomie: 2 326,63 zł w 2018 r. oraz 6 830,08 zł w 2019 r., przy czym jak wskazała Dyrektor Oddziału większość wydarzeń odbywała się bezkosztowo, w ramach zawartych umów i porozumień. Obsługa wydarzeń organizowanych przez Oddział ograniczała się zwykle do kosztów poczęstunku (kawa, herbata, ciastka), wynajęcia sal, czy też wynagrodzeń dla prelegentów. Korzystano także z zapowiedzi medialnych, aby dotrzeć do jak największej liczby odbiorców.

(akta kontroli: t. II, s. 69-74, 373-513)

1.5. W okresie objętym kontrolą w ramach Oddziału funkcjonował, podlegający Głównemu Lekarzowi Orzecznikowi, Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji, do którego zadań m.in. należała obsługa skierowań na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej. W 2018 r. wykonanie planu finansowego Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji wynosiło 89,6% (612,0 tys. zł z zaplanowanych 683,4 tys. zł), a w 2019 r. wynosiło 81,3% (578,2 tys. zł z zaplanowanych 710,9 tys. zł).

Koszty funkcjonowania Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji dotyczyły wszystkich postępowań orzeczniczych i nie były wyszczególniane dla poszczególnych typów orzecznictwa lekarskiego. W kosztach funkcjonowania tego Wydziału ujęto: [1] koszty badań osób ubiegających się o krajowe świadczenia rentowe, w tym badań dodatkowych (tj. w szczególności były to badania laboratoryjne z krwi, spirometria, gazometria, USG serca), które w latach 2018-2019

⁴⁰ Przyjętej uchwałą nr 54 Zarządu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 15 grudnia 2015 r.

⁴¹ Przyjętej uchwałą nr 49 Zarządu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 5 grudnia 2016 r.

kształtowały się odpowiednio na poziomie: 1 949,79 zł oraz 1 492,68 zł; [2] tłumaczenia (w 2019 r. na terenie działania Oddziału ZUS w Wałbrzychu powołano nową jednostkę organizacyjną, tj. Wydział Realizacji Umów Międzynarodowych w Inspektoracie w Lubaniu, stąd też w tym okresie nastąpił znaczny wzrost tych kosztów. Wnioski o wydanie orzeczenia przez lekarza orzecznika zawierały, bowiem w głównej mierze dokumentację medyczną w języku niemieckim, co wymagało jej tłumaczenia). Koszty z tego tytułu wynosiły odpowiednio: 1 380,81 zł w 2018 r. oraz 28 849,42 zł w 2019 r.; [3] wynagrodzenia bezosobowe wynikające z umów cywilnoprawnych (koszty wynikające ze sporządzania przez lekarzy konsultantów i psychologów specjalistycznych opinii). Koszty z tego tytułu wynosiły odpowiednio: 209 650,0 zł w 2018 r. oraz 216 860,0 zł w 2019 r.; [4] zwrot kosztów przejazdu osobom wezwanym (koszty wynikały z przepisów rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 31 grudnia 2004 r. w sprawie zwrotu kosztów przejazdu osób wezwanym do osobistego stawiennictwa przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych⁴²). Koszty kształtowały się na poziomie kolejno: 399 037,02 zł w 2018 r. oraz 331 035,57 zł w 2019 r.

W kosztach funkcjonowania Wydziału nie były ujmowane koszty wynagrodzeń lekarzy orzeczników, gdyż ujmowane były one w ramach konta 441, dotyczącego wynagrodzeń pracowników Oddziału. Stąd też nie było możliwości określenia kosztów obsługi skierowań na rehabilitację leczniczą przez Oddział.

Oddział nie ponosił kosztów związanych z kierowaniem osób uprawnionych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, gdyż rozliczaniem umów z ośrodkami rehabilitacyjnymi zajmuje się strona umowy, tj. Centrala ZUS.

(akta kontroli: t. I, s. 235-515, t. II, s. 75-77, t. III, s. 257-334)

1.6. W badanym okresie w Oddziale zarejestrowano 11 skarg, jednak żadna z nich nie dotyczyła problemów związanych z postępowaniami w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Nie były także prowadzone kontrole wewnętrzne, zewnętrzne oraz audyty w przedmiocie prowadzonej przez NIK kontroli.

(akta kontroli: t. I, s. 21-22, t. II, s. 69)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W trzech⁴³ z sześciu badanych procesach naborów prowadzonych w 2018 r. na stanowiska lekarzy orzeczników nie dopełniono obowiązków określonych w pkt 6 części I – *Nabór pracowników – informacje ogólne* Załącznika nr 3 – *Instrukcja – Nabór Pracowników do Procedury 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników*⁴⁴, tj. powyższe nabory prowadziła komisja rekrutacyjna w składzie dwu, a nie trzy osobowym.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że w przypadku naboru na stanowiska lekarzy orzeczników dwuosobowy skład komisji wynikał z faktu, że Główny Lekarz Orzecznik był jednocześnie osobą na stanowisku kierowniczym w komórce organizacyjnej, do której prowadzony był nabór oraz przedstawicielem komórki organizacyjnej, do której prowadzony był nabór. Dodała także, że kwestia zmniejszenia składu komisji rekrutacyjnej była wielokrotnie podejmowana na spotkaniach pracowników ds. polityki kadrowej i ostatecznie zmieniona z dniem 12 sierpnia 2019 r.⁴⁵

⁴² Dz. U. z 2005 r. Nr 6, poz. 47 ze zm.

⁴³ Nr: 717687, 725995, 731722.

⁴⁴ Wprowadzonej zarządzeniem nr 56 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. ze zm.

⁴⁵ Zarządzenie nr 50 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 6 sierpnia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie

NIK wskazuje, że nieprzestrzeganie obowiązujących procedur było działaniem nierzetelnym.

(akta kontroli: t. II, s. 53, 79-306, 309-310, t. V, s. 265-266)

2. Dwóch nowozatrudnionych lekarzy w latach 2018-2019 orzekło czasowo (odpowiednio 27 i 62 dni) bez odbycia szkolenia, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, wydając w tym czasie kolejno 13 i 56 orzeczeń.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że zwłoka w odbyciu szkolenia miała związek z uwarunkowaniami organizacyjnymi – terminarzem szkoleń organizowanych przez Centralę ZUS (szkolenia odbywają się raz do roku). Jednocześnie dodała, że lekarze orzecznicy orzekali pod nadzorem Głównego Lekarza Orzecznika i jego zastępców oraz mieli możliwość zapoznawania się z różnorodną tematyką w obszarze orzekania, co przełożyło się na szybkie wykorzystanie potencjału lekarzy.

NIK wskazuje, że w ww. przepis bezsprzecznie określa wymóg odbycia przeszkolenia w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS, jako warunkujący możliwość wykonywania czynności przez lekarza orzecznika.

(akta kontroli: t. II, s. 67-69, 254, 258, 298, 302)

3. W dwóch postępowaniach prowadzonych w latach 2017-2018, mających na celu wyłonienie lekarzy konsultantów na lata 2018-2019, dopuszczono do udziału w negocjacjach stawki za sporządzenie jednostkowej opinii konsultantów Oddziału sześć ofert wstępnych na wykonywanie badań konsultacyjnych i wydawanie opinii specjalistycznych złożonych przez pięciu konsultantów w zakresie: reumatologii (na lata 2018-2019), neurologii (na 2018 r.), okulistyki (na lata 2018-2019), diabetologii (na 2018 r.), pomimo że oferty tych osób zostały złożone po terminie wynikającym z treści opublikowanych w BIP zaproszeń⁴⁶. Opóźnienia wynosiły od dwóch do 22 dni.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że w związku z ogromnymi trudnościami z pozyskaniem do współpracy lekarzy konsultantów jakakolwiek zadeklarowana chęć współpracy w tym zakresie była niezwykle cenna dla Oddziału. Zapisy w ogłoszeniu wyznaczające termin i godzinę składania ofert miały – w jej ocenie – mają charakter mobilizujący, a nie sztywno ograniczający możliwość złożenia ofert. Brak takiego zapisu w ogłoszeniu mógłby nieść za sobą ryzyko składania przez zainteresowanych ofert w zbyt długim czasie. Mając powyższe trudności na uwadze, Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że każda oferta, nawet złożona po terminie, była brana pod uwagę.

W ocenie NIK, pomimo że istniało merytoryczne uzasadnienie podjęcia negocjacji z konsultantami, to jednak bezsprzecznym pozostaje fakt, że to Oddział ustalił, (co publicznie ogłoszono), termin, do którego należało składać oferty wstępne. Z tego też powodu taki termin wiązał zarówno kandydatów na konsultantów, jak i powołany zespół do przeprowadzenia negocjacji w sprawie określenia stawki za sporządzenie jednostkowej opinii konsultantów Oddziału na lata 2018-2019. Mając na uwadze, że o zachowaniu terminu decyduje data i godzina wpływu oferty do instytucji ogłaszającej zaproszenie, tj. zgodnie z datą i godziną określoną w ogłoszeniu, oferty złożone po terminie powinny być odrzucone bez rozpatrzenia. Jednocześnie NIK wskazuje, że organizator może (w trakcie prowadzonego

kwalifikacji zawodowych pracowników oraz uchyleniu decyzji organizacyjnej w sprawie powołania Komisji do prowadzenia naboru na wyższe stanowiska kierownicze.

⁴⁶ Ogłoszenie z dnia 10 października 2017 r., w którym wyznaczono termin na składanie ofert do dnia 31 października 2017 r. oraz z dnia 2 października 2018 r., w którym wyznaczono termin składania ofert do dnia 31 października 2018 r.

postępowania) zmienić warunki zaproszenia (w tym odnoszące się do przedłużenia terminu na składanie ofert), przy czym zmiana takiego stanowiska powinna być wskazana w ogłoszeniu (np. poprzez zmianę jego treści) i upubliczniona. Dopuszczenie do konkursu ofert złożonych po terminie świadczy o niezachowaniu transparentności przy rozpatrywaniu ofert. Działanie takie utrudniało także konkurencję, bowiem niewykluczone, że w razie formalnego przedłużenia terminu na składanie ofert do Oddziału wpłynęłyby także inne oferty, co niewątpliwie poprawiłoby konkurencyjność negocjacji.

(akta kontroli: t. I, s. 130-216, t. II, s. 16-48, 57-61, t. III, s. 335-483, t. IV, s. 1-226, t. V, s. 266-269)

4. W dwóch postępowaniach prowadzonych w latach 2017-2018, mających na celu wyłonienie lekarzy konsultantów na lata 2018-2019, nie udokumentowano daty i godziny wpływu do Oddziału sześciu ofert wstępnych na wykonywanie badań konsultacyjnych i wydawanie opinii specjalistycznych złożonych przez sześciu konsultantów w zakresie: stomatologia ogólna (2018 r.), kardiologia (2018 r.), pulmonologia (2018 r.), okulistyka (2018-2019), laryngologia, foniatria oraz audiologia (2018 r.), co było działaniem nierzetelnym i uniemożliwiło ustalenie czy oferty te zostały złożone w wymaganym w ogłoszeniu terminie. Skutkiem powyższego nie było możliwe potwierdzenie, czy prawidłowo dopuszczono do udziału w negocjacjach stawek złożone oferty konsultantów.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że w związku z ogromnymi trudnościami z pozyskaniem do współpracy lekarzy konsultantów jakakolwiek zadeklarowana chęć współpracy w tym zakresie była niezwykle cenna dla Oddziału, z tego też powodu złożona każda oferta była brana pod uwagę.

NIK wskazuje, że w sytuacji określonego terminu na składanie ofert (data i godzina) wpływ każdej oferty powinien być rzetelnie rejestrowany w sposób umożliwiający ustalenie terminowości jej złożenia.

(akta kontroli: t. I, s. 130-216, t. II, s. 16-48, 57-61, t. III, s. 335-483, t. IV, s. 1-226, t. V, s. 266-269)

5. W dwóch postępowaniach prowadzonych w latach 2017-2018, mających na celu wyłonienie lekarzy konsultantów na lata 2018-2019, nie udokumentowano godziny wpływu (ostatniego dnia składania ofert) w przypadku 10 ofert wstępnych na wykonywanie badań konsultacyjnych i wydawanie opinii specjalistycznych złożonych przez dziewięciu konsultantów w zakresie: diabetologia (2018 r.), pulmonologia (lata 2018-2019), neurologia i psychiatria (lata 2018- 2019), psychologia (2019 r.), ginekologia (2019 r.), stomatologia (2019 r.), co było działaniem nierzetelnym i uniemożliwiło ustalenie czy oferty te zostały złożone w wymaganym w ogłoszeniu terminie. Skutkiem powyższego nie było możliwe potwierdzenie, czy prawidłowo dopuszczono do udziału w negocjacjach stawek złożone oferty konsultantów.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że w związku z ogromnymi trudnościami z pozyskaniem do współpracy lekarzy konsultantów jakakolwiek zadeklarowana chęć współpracy w tym zakresie była niezwykle cenna dla Oddziału, z tego też powodu złożona każda oferta była brana pod uwagę.

NIK wskazuje, że w sytuacji określonego terminu na składanie ofert (godzina danego dnia), wpływ każdej oferty powinien być rejestrowany w sposób umożliwiający rzetelne udokumentowanie terminowości jej złożenia.

(akta kontroli: t. I, s. 130-216, t. II, s. 16-48, 57-61, t. III, s. 335-483, t. IV, s. 1-226, t. V, s. 266-269)

OCENA CZĄSTKOWA

W latach 2018-2019 Oddział zadania w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej wykonywał w warunkach niepełnej obsady kadrowej (uzupełnienia wymagało pięć etatów). Przyczyną tego stanu były występujące

trudności z pozyskaniem lekarzy orzeczników. Pośród bowiem sześciu ogłoszonych naborów na stanowisko lekarza orzecznika, połowa nie została rozstrzygnięta z powodu braku kandydatów spełniających wymagania formalne. W ocenie NIK skutki niedoborów kadrowych na stanowiskach lekarzy orzeczników, przy jednoczesnej płynności kadr spowodowanej ich odchodzeniem na emeryturę oraz problemach ze znalezieniem kandydatów o wymaganych kwalifikacjach, mogą zagrozić wykonywaniu pracy orzeczniczej w Oddziale.

Lekarze orzecznicy posiadali niezbędne specjalizacje medyczne oraz zostali przeszkoleni w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS, przy czym dwóch nowozatrudnionych lekarzy w latach 2018-2019 orzekało czasowo (odpowiednio 27 i 62 dni) bez odbycia tego szkolenia. Lekarzom orzecznikom umożliwiono także korzystanie z opinii lekarzy konsultantów oraz zapewniono warunki i możliwości podnoszenia kwalifikacji oraz udziału w szkoleniach. Oddział promował możliwość korzystania z rehabilitacji, biorąc udział w różnego typu akcjach. Stwierdzone w wyniku kontroli nieprawidłowości miały charakter formalny i nie wpływały na ograniczenie ubezpieczonym możliwości podjęcia rehabilitacji, której celem było odzyskanie zdolności do pracy.

OBSZAR

2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2018-2019 lekarze orzecznicy Oddziału wydali odpowiednio 4 032 i 3 454 orzeczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, co stanowiło 12,7% i 11,1% wszystkich wydanych przez nich orzeczeń w tym okresie. Spośród tych orzeczeń kolejno: [1] 2 863 i 2 596 wydanych zostało na wniosek lekarza leczącego; [2] 318 i 247 w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich; [3] 670 i 505 w związku z ustalaniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego; [4] 181 i 106 w związku z ustalaniem niezdolności do pracy dla celów rentowych. W porównaniu do 2017 r.⁴⁷ liczba wszystkich wydanych przez lekarzy orzeczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej zwiększyła się o 64 (1,6%) w 2018 r. i zmniejszyła się o 514 (13%) w 2019 r., przy czym największy wzrost wydanych orzeczeń nastąpił w kategorii (grupie) orzeczeń wydanych w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich (wzrost o 181 orzeczeń, tj. 94,3%). Największy spadek wydanych orzeczeń odnotowano w związku z ustaleniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego (łącznie w kontrolowanym okresie o 355 orzeczeń, tj. spadek o 46,4%).

(akta kontroli: t. II, s. 50-51)

W badanym okresie nie stwierdzono potrzeby rehabilitacji odpowiednio u: 1 063 osób i 1036 osób, co stanowiło kolejno 37,1% i 39,0% wszystkich złożonych wniosków o rehabilitację leczniczą. Z przyczyn formalnych⁴⁸ nie skierowano natomiast na rehabilitację kolejno: 66 osób (2,3% wszystkich złożonych wniosków o rehabilitację leczniczą) i 61 osób (2,3%), a z przyczyn merytorycznych⁴⁹ nie skierowano na rehabilitację odpowiednio: 34 osób i 20 osób (1,2% i 0,75%). Komisje lekarskie podtrzymały ustalenia lekarzy orzeczników Oddziału odpowiednio w przypadku: 1 367 i 1 422 orzeczeń, natomiast w odniesieniu do: 322 i 288 osób zmieniono ustalenia lekarzy orzeczników, co stanowiło odpowiednio: 30,3% i 27,8% liczby negatywnych orzeczeń wydanych w tym okresie.

⁴⁷ W którym lekarze orzecznicy wydali 3 968 orzeczeń.

⁴⁸ Osoby te nie spełniały warunków formalnych do skierowania na rehabilitację, tj. nie były osobami ubezpieczonymi, pobierały rentę stałą lub socjalną.

⁴⁹ Tj. złożono wnioski o rehabilitację leczniczą w schorzeniach, w których ZUS nie realizuje rehabilitacji.

(akta kontroli: t. II, s. 50-52)

Badanie dokumentacji losowo wybranych 18 spraw z 2018 r.⁵⁰, w których lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji nie wykazało nieprawidłowości przy przestrzeganiu przepisów rozporządzenia w sprawie *rehabilitacji* oraz postanowień Procedury do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*⁵¹. W wyniku kontroli ustalono, że:

- w badanych przypadkach lekarz orzecznik orzekał na podstawie złożonych wniosków o rehabilitację przez osoby uprawnione (poza jednym przypadkiem, w którym to lekarz prowadzący złożył wniosek elektronicznie za pośrednictwem Platformy Usług Elektronicznych ZUS). Wnioski sporządzali lekarze prowadzący leczenie (zgodnie z § 2 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie *rehabilitacji*);
- w 12 przypadkach (66,7%) złożone wnioski dotyczyły schorzeń związanych z narządem ruchu; w pięciu przypadkach (27,8%) z narządem ruchu wraz z innymi schorzeniami (m.in. układ krążenia, schorzenia psychosomatyczne, narząd słuchu, układ oddechowy, problemy ginekologiczne) oraz w jednym przypadku (5,5%) schorzeń psychosomatycznych;
- w dwóch przypadkach orzeczenie wydał lekarz niebędący specjalistą w dziedzinie medycyny obejmującej orzekaną jednostkę chorobową, przy czym nie korzystano z opinii lekarza konsultanta Oddziału. Dyrektor Oddziału wskazała, że zarówno lekarz nadzoru, jak i lekarze orzecznicy nie stwierdzali konieczności skorzystania z opinii lekarza konsultanta, ponieważ przedłożona dokumentacja z leczenia oraz przeprowadzone badanie pozwalały na wydanie orzeczenia;
- we wszystkich przypadkach wydanie orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji nastąpiło ze względu na ogólny stan zdrowia, a w uzasadnieniu orzeczeń używano zwrotu: *Nie stwierdzono potrzeby rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS*;
- średni czas oczekiwania na wydanie orzeczenia⁵² wynosił 18 dni, przy czym najkrócej trwało to 11 dni, a najdłużej 30 dni;
- w pięciu sprawach wniesiono sprzeciw do komisji lekarskich, przy czym wszystkie wnioski zostały rozpatrzone przez komisje lekarskie negatywnie dla ubezpieczonego. Potwierdzono brak potrzeby rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.

(akta kontroli: t. I, s. 85-129, 130-216, t. IV, s. 382-386, t. V, s.303-351)

Ponadto stwierdzono, że:

- w okresie jednego roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację, tylko jedna osoba nie pobierała świadczeń z Oddziału. Pozostałe 17 osób pobierało świadczenia, przy czym w przypadku jednej osoby była to renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy, a w pozostałych 16 przypadkach – zasiłki chorobowe. W ciągu roku po odmowie prawa do rehabilitacji liczba osób pobierających świadczenia z Oddziału zmniejszyła się o kolejne trzy osoby (do 14), tak więc łącznie cztery osoby (22,2%) nie pobierały świadczeń

⁵⁰ Tj., w których wnioski wpłynęły i zostały rozpatrzone w tym roku.

⁵¹ Wprowadzonej zarządzeniem nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r., dalej: „Procedura do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń”.

⁵² Tj. od złożenia wniosku do wydania orzeczenia. W Procedurze do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń wskazano miernik Terminowość wydania orzeczeń rozpatrzonych w czasie do 45 dni, który miał na celu wskazać stosunek liczby wniosków o orzeczenie lekarskie rozpatrzonych w terminie do 45 dni do ogólnej liczby wniosków rozpatrzonych przez lekarzy orzeczników w danym okresie sprawozdawczym.

z Oddziału. Zwiększyła się natomiast grupa osób pobierających rentę okresową (do dwóch osób). Pozostałe osoby pobierały zasiłki chorobowe oraz świadczenie rehabilitacyjne (jedna osoba). Z grupy osób pobierających świadczenia (77,8%) z Oddziału – 11 osób (61,1%) pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę odmowy skierowania na rehabilitację, a trzy osoby (16,7%) pobierały świadczenia z innego powodu;

- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację wynosiła 1 374 dni (średnio było to 81 dni, przy czym najkrótszy okres pobierania wynosił osiem dni, a najdłuższy 365 dni). W ciągu roku po odmowie prawa do rehabilitacji łączna liczba dni pobierania świadczenia z Oddziału wzrosła o 85 dni i wynosiła 1 459 dni (wzrost o 5,8%) – średnio było to 104 dni, przy czym najkrótszy okres wynosił 23 dni, a najdłuższy 365 dni;
- łączna kwota wypłaconych przez Oddział świadczeń w ciągu roku przed i po odmowie prawa do rehabilitacji wzrosła z 73 722,77 zł do 87 008,50 zł, tj. o 13 285,73 zł (wzrost o 15,3%);
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne (w tym również rentowe) w ciągu roku, przed i po rehabilitacji, zmalała z 45 071,38 zł do 42 181,31 zł, tj. o 2 890,07 zł (spadek o 6,4%);
- w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację 17 osób podlegało ubezpieczeniom społecznym z tytułu zatrudnienia. W jednym przypadku nie były odprowadzane składki na ubezpieczenie społeczne, ponieważ osoba miała ustalone prawo do renty okresowej i nie pracowała. Natomiast w ciągu roku po odmowie prawa do rehabilitacji 14 osób (o trzy mniej) podlegało ubezpieczeniom społecznym z tytułu zatrudnienia. W pozostałych czterech przypadkach: jedna osoba została wyrejestrowana z ubezpieczeń społecznych, jednej osobie przyznano prawo do okresowej renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy (osoba ta nie podjęła dodatkowego zatrudnienia), jedna osoba przebywała na urlopie bezpłatnym, a jedna nadal pobierała rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy i nie pracowała.

(akta kontroli: t. IV, s. 366-432, t. V, s. 270-271, 298-302, t. V, s. 303-351)

2.2. W kontrolowanym okresie potrzebę rehabilitacji lekarze orzecznicy Oddziału stwierdzili kolejno u: 2 969 i 2 418 osób, przy czym, liczba ta (w porównaniu do 2017 r.) zmniejszyła się odpowiednio o: 104 (3,4%) w 2018 r. i o 655 (21,3%) osób w 2019 r.

(akta kontroli: t. II, s. 51)

W Oddziale w latach 2018-2019 obowiązywały procedury, standardy i reguły postępowania dotyczące zasad unikania konfliktu interesów oraz zapobiegające korupcji. Wdrożono m.in.: Politykę antykorupcyjną Zakładu Ubezpieczeń Społecznych⁵³, Zasady unikania konfliktu interesów⁵⁴ czy Kodeks etyki pracownika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych⁵⁵. Ustalenia kontroli (dokonane na podstawie analizy dokumentacji losowo wybranych 90 spraw z 2018 r., które zakończyły się wydaniem orzeczenia lekarskiego) wskazują, że działania wynikające z tych dokumentów miały zastosowanie w obszarze orzecznictwa lekarskiego, bowiem:

- lekarzom orzecznikom sprawy przydzielano losowo do rozpatrzenia przez aplikację Wspomaganie Orzecznictwa (WO), przy czym najpierw dokonywano podziału spraw ze względu na „przychodnie”, które

⁵³ Zarządzenie Prezesa ZUS nr 67 z dnia 22 października 2019 r.

⁵⁴ Zarządzenie Prezesa ZUS nr 27 z dnia 24 kwietnia 2018 r.

⁵⁵ Zarządzenie Prezesa ZUS nr 32 z dnia 24 maja 2019 r.

obejmowały dane specjalizacje lekarzy. W jednym przypadku zmieniono przychodnię z uwagi na nieobecność lekarza orzecznika. Fakt ten odnotowano w aplikacji. Okoliczność ta nie budziła wątpliwości i była uzasadniona;

- lekarze orzecznicy byli zobligowani do składania oświadczeń o wyłączeniu w związku z istnieniem przesłanek konfliktu interesów, w sytuacji, gdy taki konflikt mógłby zaistnieć;
- Główny Lekarz Orzecznik lub jego zastępca przeprowadzał analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii, a w przypadku stwierdzonych uchybień merytorycznych lub formalnych zgłaszali zarzuty wadliwości orzeczeń do komisji lekarskiej w terminie 14 dni od daty wydania orzeczenia, albo, gdy stwierdzono niezgodność ustaleń orzeczniczych po upływie 14 dni od daty wydania orzeczenia występowali do Naczelnego Lekarza Zakładu z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy w trybie zwierzchniego nadzoru. W badanym okresie łącznie zgłoszono 1 405 zarzutów wadliwości, przy czym zgodnie z postanowieniami zawartymi w załączniku nr 6 – *Instrukcja sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie* do Procedury 9.1 *Wydawanie orzeczeń* w części III *Sporządzanie orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń* - w pkt 4 procent spraw kontrolowanych powinien obejmować analizę dokumentacji nie mniej niż 60% spraw zakończonych wydaniem orzeczenia albo opinii średnio w miesiącu, stanowiących podstawę wydania orzeczenia albo opinii. Ustalenia kontroli NIK wskazują, że w ostatnich sześciu miesiącach 2019 r. procent spraw skontrolowanych przez Głównego Lekarza Orzecznika wynosił odpowiednio: 82,95%, 81,94%, 83,09%, 84,00%, 89,72% oraz 50,95%, przy czym w skali roku kształtował się na poziomie 88,73%, a w 2018 r. – odpowiednio na poziomie 73,16%;
- dokonywano wrywkowej kontroli dostarczonej dokumentacji medycznej, która polegała na porównaniu dokumentacji pozyskanej z placówek medycznych z dokumentacją przekazaną przez ubezpieczonego do Oddziału.

(akta kontroli: t. I, s. 85-129, 130-234, t. II, s. 1-13, 19-48, 51-52, 368-372, t. IV, s. 382-400, t. V, s. 1-253, t. V, s. 303-351)

Analiza⁵⁶ formalnej poprawności 72 orzeczeń z 2018 r., ustalających potrzebę rehabilitacji, wykazała, że przestrzegane były tryb i zasady określone w rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji oraz w postanowieniach Procedury do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*, tj. m.in.:

- wszystkie skontrolowane wnioski zostały rozpatrzone zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- w przypadku 18 osób, które nie pobierały z Oddziału żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z jednostkami chorobowymi, w związku z którymi osoby te miały być rehabilitowane, lekarz orzecznik orzekał o potrzebie rehabilitacji na podstawie złożonych wniosków o rehabilitację przez osoby uprawnione. Wnioski sporządzali lekarze

⁵⁶ Badaniem objęto dokumentację 72 losowo wybranych spraw z 2018 r. (tj. w których wnioski wpłynęły i zostały rozpatrzone w tym roku), tj. po 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku: nie pobierał z Oddziału żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z jednostkami chorobowymi, na które miał być rehabilitowany, pobierał zasiłki chorobowe związane z jednostkami chorobowymi, na które miał być rehabilitowany (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana), pobierał świadczenie rehabilitacyjne oraz pobierał rentę okresową. W oparciu o wybraną próbę dokonano także ustaleń w części II w pkt 2.3. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

prowadzący leczenie (zgodnie z § 2 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie rehabilitacji). W pozostałych 54 przypadkach osób, które pobierały zasiłki chorobowe związane z jednostkami chorobowymi, w związku z którymi miały być rehabilitowane, pobierały świadczenie rehabilitacyjne lub rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy – lekarz orzecznik stwierdził taką potrzebę w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich, w związku z ustalaniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego bądź w związku z ustalaniem niezdolności do pracy dla celów rentowych (zgodnie z § 3 ww. rozporządzenia w sprawie rehabilitacji);

- we wszystkich przypadkach orzeczenia wydano po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia osoby, w stosunku, do której miało być wydane orzeczenie.

Ponadto stwierdzono również, że:

- wydane orzeczenia dotyczyły schorzeń narządu ruchu – 53 przypadki (73,6%), schorzeń narządu głosu – osiem przypadków (11,1%), schorzeń układu krążenia – sześć przypadków (8,3%), schorzeń onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego – trzy przypadki (4,2%) oraz schorzeń psychosomatycznych – dwa przypadki (2,8%);
- w 56 przypadkach (77,8%) lekarze orzecznicy orzekali o celowości przeprowadzenia rehabilitacji w systemie stacjonarnym, a w 16 (22,2%) - w systemie ambulatoryjnym;
- w 42 przypadkach (58,3%) – orzeczenia wydali lekarze niebędący specjalistami w dziedzinie medycyny obejmującej orzekaną jednostkę chorobową, przy czym w sprawach tych nie korzystano z opinii lekarzy konsultantów Oddziału. W odniesieniu do tych spraw, Dyrektor Oddziału wskazała, że zarówno lekarz nadzoru, jak i lekarze orzecznicy nie stwierdzali konieczności skorzystania z opinii lekarzy konsultantów, ponieważ przedłożona dokumentacja z leczenia oraz przeprowadzone badanie pozwalały na wydanie orzeczenia;
- w żadnym z 72 badanych orzeczeń, ani w opinii lekarskiej nie wskazywano informacji dotyczącej możliwości przekwalifikowania zawodowego. Jak wskazała Dyrektor Oddziału doświadczenia lat ubiegłych udowodniły znikomą funkcjonalność przekwalifikowania zawodowego, gdyż nie było ofert kursów pozwalających na zmianę kwalifikacji zawodowych i jak również nie było motywacji ubezpieczonych;
- we wszystkich przypadkach lekarz orzecznik stwierdził, że badany rokuje poprawę lub odzyskanie zdolności do pracy, przy czym nie wskazywano, w jakim okresie. Jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału, w przypadku spraw osób kierowanych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS nie było obowiązku podawania takich informacji.

(akta kontroli: t. I, s. 81, 84, 130-216, t. IV, s. 365, 387-432, t. V, s. 1-174, 265-271, 298-300, t. V, s. 303-351)

2.3. Liczba wniosków o rehabilitację leczniczą w latach 2018-2019 wynosiła kolejno: 2 865 (w 2018 r.) i 2 656 (w 2019 r.), przy czym liczba osób, które zostały skierowane na rehabilitację leczniczą wynosiła odpowiednio: 2 621 osób (co stanowiło 91,4% liczby złożonych wniosków o rehabilitację) w 2018 r. i 2 154 (co stanowiło 81,1% liczby złożonych wniosków o rehabilitację) w 2019 r. W porównaniu do 2017 r., w kontrolowanym okresie, odnotowano spadek wszystkich wyżej podanych wartości. I tak np. liczba wniosków o rehabilitację w badanym okresie,

w porównaniu do 2017 r. zmniejszyła się łącznie o 277 wniosków (spadek o 9,6%), a liczba osób skierowanych na rehabilitację zmniejszyła się łącznie o 699 osób (spadek o 25,5%).

W kontrolowanym okresie liczba osób rehabilitowanych wynosiła odpowiednio: 2 693 w 2018 r. oraz 2 155 w 2019 r. W porównaniu do 2017 r. liczba ta zmniejszyła się łącznie o 652 osoby (tj. spadek o 23,7%). Liczba osób, które rozpoczęły, ale nie ukończyły rehabilitacji wynosiła natomiast: 65 w 2018 r. oraz 61 w 2019 r. Dyrektor Oddziału wskazała, że wobec tych osób nie podejmowano działań mających na celu zwrot kosztów niewykorzystanego pobytu, ponieważ ZUS ponosił koszty pobytu ubezpieczonego tylko za faktyczny czas rehabilitacji i pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym. Decyzje o skróceniu pobytu podejmowane są na szczeblu Centrali ZUS (w Departamencie Prewencji i Rehabilitacji) na wniosek ośrodka rehabilitacyjnego.

(akta kontroli:, t. II, s. 51-52, t. V, s. 270-271)

Badania działań podejmowanych w latach 2018-2019 przez Oddział w procesie realizacji rehabilitacji leczniczej dokonano w oparciu o analizę dokumentacji 72 spraw⁵⁷ z 2018 r. ustalających potrzebę rehabilitacji. Kontrola wykazała, że kierowanie osób na rehabilitację leczniczą ZUS było zgodne z przepisami rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz postanowieniami Procedury do procesu 9.3 *Realizacja rehabilitacji leczniczej*⁵⁸. Stwierdzono, że co do zasady (poza przypadkami opisanymi szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*), dotrzymano wymogów w zakresie terminowości określonej w postanowieniach Procedury do procesu 9.3, a dokumenty zabezpieczono prawidłowo. Na termin rozpoczęcia rehabilitacji, po wydanym orzeczeniu o celowości przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej, miały wpływ takie czynniki jak: dostępność terminów i miejsc odbycia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w danym okresie i dla określonego profilu schorzenia⁵⁹, indywidualna sytuacja ubezpieczonych, która wymuszała skierowanie na rehabilitację leczniczą w konkretnym terminie z uwagi np. na ważne sprawy rodzinne/zawodowe, zaplanowane wizyty lekarskie (np. w trzech przypadkach ubezpieczeni złożyli prośbę o przesunięcie daty rehabilitacji leczniczej z powodów osobistych, na co wyraził zgodę Główny Lekarz Orzecznik). Istotny wpływ na długość postępowania miała również weryfikacja dotycząca formalnych uprawnień do skorzystania z rehabilitacji leczniczej, m.in. ustalenie uprawnień do pobierania danego świadczenia oraz ustalenie prawidłowego okresu zasiłkowego. I tak np. średni okres procedowania od wpływu wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 110 dni (najkrótszy 27 dni, a najdłuższy 245 dni). Na poszczególnych etapach średni okres realizacji procedury wyniósł: [1] 19 dni od złożenia wniosku do Oddziału do wydania orzeczenia (od sześciu do 39 dni); [2] 16 dni od wydania orzeczenia do emisji skierowania (od jednego do 34 dni) oraz [3] 75 dni od emisji skierowania do rozpoczęcia turnusu (od siedmiu do 213 dni). W poszczególnych profilach rehabilitacyjnych średni czas oczekiwania na rehabilitację od złożenia wniosku w Oddziale wynosił natomiast: [1] 197 dni (najkrótszy 171 dni, a najdłuższy 243 dni) w przypadku schorzeń onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego; [2] 127 dni (najkrótszy 78 dni, a najdłuższy 177 dni) w przypadku schorzeń psychosomatycznych; [3] 124 dni

⁵⁷ Wybór próby szczegółowo opisano w części II w pkt 2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

⁵⁸ Wprowadzonej zarządzeniem nr 41 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3 *Realizacja rehabilitacji leczniczej* i zmienionej zarządzeniem nr 40 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 25 czerwca 2018 r., dalej: „Procedura do procesu 9.3”.

⁵⁹ Przy czym Oddział wysyłał informację do ubezpieczonych o występujących problemach z dostępnością miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych dla profili rehabilitacyjnych dotyczących: w dwóch przypadkach schorzeń narządu głosu, oraz po jednym – schorzeń narządu ruchu i schorzeń onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego.

(najkrótszy 61 dni, a najdłuższy 168 dni) w przypadku schorzeń związanych z układem krążenia; [4] średnio 113 dni (najkrótszy 49 dni, a najdłuższy 245 dni) w przypadku schorzeń narządu głosu; [5] 102 (najkrótszy 27 dni, a najdłuższy 184 dni) – w przypadku schorzeń narządu ruchu.

(akta kontroli: t. I, s. 79-81, 217-234, t. II, s. 3-13, t. IV, s. 365, 387-432, t. V, s. 175-253, 270-271, 298-300, t. V, s. 303-351)

Skuteczność rehabilitacji leczniczej zbadano w oparciu o analizę dokumentacji 72 spraw⁶⁰ z 2018 r. Ustalenia kontroli NIK wskazują, że:

- rehabilitację leczniczą ukończyło 68 osób, a cztery osoby jej nie ukończyły. Jako przyczyny skrócenia pobytu wskazywano w trzech przypadkach powody osobiste oraz w jednym konieczność poddania się operacji w szpitalu. Pobyt osób, które skróciły rehabilitację wynosił od trzech do 13 dni. W przypadku osób, które ukończyły rehabilitację, liczba dni zabiegowych wynosiła 24;
- w przypadku 46 osób (63,9%) ośrodki rehabilitacyjne wydały opinię o poprawie stanu zdrowia. Z grupy osób, u których stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego, 17 osób (37,0%) wróciło w pełni⁶¹ do pracy (w tym sześć z nich po okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego). Kolejne 24 osób w okresie 12 miesięcy po rehabilitacji, pobierały z Oddziału różnego typu świadczenia (renty z tytułu niezdolności do pracy, emerytury, zasiłki chorobowe lub świadczenia rehabilitacyjne), trzy osoby opuściły rynek pracy w związku z ustaleniem prawa do emerytury, a dwie stały się bezrobotne. W jednym (1,4%) przypadku, ubezpieczonemu nie wydano opinii o stanie funkcjonalnym, ponieważ skrócił rehabilitację (pobyt trwał tylko trzy dni), przy czym po rehabilitacji ubezpieczony ten pobierał z Oddziału zasiłek chorobowy, a u 25 osób (34,7%) stan zdrowia pozostawał bez zmian. W tym przypadku pięć osób wróciło w pełni do pracy (z tego dwie po okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego), jedna stała się osobą bezrobotną po ustaniu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, a jedna po okresie pobierania zasiłku chorobowego, natomiast jedna opuściła rynek pracy w związku z ustaleniem prawa do emerytury. Pozostałe 17 osób pobierało z Oddziału różnego typu świadczenia. U żadnego z ubezpieczonych nie stwierdzono pogorszenia stanu zdrowia.

Ponadto stwierdzono, że:

1. W przypadku 18 osób, które nie pobierały z Oddziału żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z jednostkami chorobowymi, na które osoby te miały być rehabilitowane, a którym lekarz orzecznik ustalił potrzebę rehabilitacji:

- wszystkie sprawy zostały rozpatrzone na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- tylko w jednym przypadku sprawy zostały rozpatrzone przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia. W pozostałych 17 przypadkach orzeczenia wydali lekarze niebędący specjalistami w dziedzinie medycyny obejmującej orzekaną jednostkę chorobową, przy czym w sprawach tych nie korzystano z opinii lekarzy konsultantów Oddziału;
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji wynosiła 363 (przed rehabilitacją 0 dni), przy czym część z tych świadczeń została przyznana z innych powodów niż orzeczona rehabilitacja;

⁶⁰ Wybór próby szczegółowo opisano w części II w pkt 2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

⁶¹ Po ukończonej rehabilitacji nie pobierały żadnych świadczeń z Oddziału.

- łączna kwota wypłaconych przez Oddział świadczeń w ciągu roku po rehabilitacji wynosiła 36 000,28 zł (świadczenia z tytułu niezdolności do pracy), gdy przed rehabilitacją 0,0 zł;
- w okresie jednego roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację wszystkie osoby podlegały ubezpieczeniom społecznym (w tym rentowym), przy czym 17 z nich z tytułu zatrudnienia, a jedna z tytułu umowy zlecenia. W okresie jednego roku po rehabilitacji: 10 osób wróciło w pełni do pracy⁶² (w tym dziewięć osób na umowę o pracę, a jedna w ramach umowy zlecenia), jedna osoba opuściła rynek pracy⁶³ w związku z ustaleniem prawa do emerytury, siedem osób pobierało z Oddziału różnego typu świadczenia (w tym dwie miały ustalone prawo do emerytury), przy czym było zatrudnionych w ramach umowy o pracę;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne (w tym również rentowe) w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 86 112,43 zł do 88 012,08 zł, tj. o 1 899,65 zł (wzrost o 2,2%);
- w 13 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, a w pięciu – bez zmiany;

W ww. próbie w ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji jedynie trzy osoby (16,7%) pobierały świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, 10 osób (55,6%) nie korzystało ze świadczeń, a pozostałe pięć osób (27,7%) pobierało świadczenia z innego powodu.

2. W przypadku 18 osób, które pobierały zasiłki chorobowe związane z jednostkami chorobowymi, na które miały być rehabilitowane (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana):

- we wszystkich 18 przypadkach orzeczenia wydali lekarze niebędący specjalistami w dziedzinie medycyny obejmującej orzekaną jednostkę chorobową, przy czym w sprawach tych nie korzystano z opinii lekarzy konsultantów Oddziału;
- w okresie jednego roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację wszystkie osoby pobierały świadczenia z Oddziału, przy czym jedna z tych osób pobierała rentę rodzinną, a następnie zostało jej ustalone prawo do emerytury, którą pobierała w miejsce renty rodzinnej, a jedna emeryturę. Z grupy tej 17 osób podlegało ubezpieczeniom społecznym z tytułu zatrudnienia, a jedna z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Po upływie jednego roku po odbyciu rehabilitacji, liczba osób pobierających świadczenia z Oddziału zmniejszyła się o trzy osoby (do 15), które wróciły w pełni do pracy. W przypadku tych trzech osób, ośrodek rehabilitacyjny wydał opinię o *poprawie stanu funkcjonalnego*. W pozostałych 15 przypadkach: jednej osobie przyznano prawo do renty okresowej z tytułu niezdolności do pracy (przy czym przed ustaleniem prawa do renty, a po ustaniu prawa do zasiłku chorobowego, osoba przebywała dodatkowo na świadczeniu rehabilitacyjnym). Niezależnie od powyższego ubezpieczony ten prowadził także działalność gospodarczą. Osobie tej ośrodek rehabilitacyjny wydał opinię *bez zmian stanu funkcjonalnego*. Dwie osoby z ustalonym (przed złożeniem wniosku o rehabilitację) prawem do emerytury opuściły rynek pracy po odbyciu rehabilitacji, przy czym jedna

⁶² Po ukończonej rehabilitacji nie pobierały żadnych świadczeń z Oddziału.

⁶³ Ubezpieczony zakończył rehabilitację leczniczą w dniu 22 listopada 2018 r., przy czym ośrodek rehabilitacji wydał opinię bez zmian stanu funkcjonalnego. Osiem miesięcy później, tj. od dnia 1 sierpnia 2019 r. przeszedł na emeryturę, przy czym zatrudniony był do dnia 28 sierpnia 2019 r. Obecnie nie pracuje.

z nich po upływie 26 dni, a druga po upływie 56 dni od dnia zakończenia rehabilitacji. W odniesieniu do tych osób ośrodek rehabilitacyjny wydał opinię o *poprawie stanu funkcjonalnego*. Dwie osoby po odbyciu rehabilitacji zostały zarejestrowane w powiatowym urzędzie pracy jako osoby bezrobotne z prawem do zasiłku. Pozostałe 10 osób nadal pobierało z Oddziału różne świadczenia (zasiłki chorobowe, kolejne świadczenia rehabilitacyjne), przy czym osoby te były również zatrudnione w ramach umowy o pracę. Z grupy 15 osób pobierających świadczenia, w 13 przypadkach (72,2%), pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, dwie osoby (11,1%) pobierały świadczenia z innego powodu, a trzy (16,7%) nie pobierało świadczeń;

- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację wynosiła 2 929 (średnio było to 163 dni, przy czym najkrótszy okres pobierania wynosił 81 dni, a najdłuższy 365 dni). Po upływie jednego roku po rehabilitacji łączna liczba dni pobierania świadczenia z Oddziału zmniejszyła się o 843 dni (spadek o 28,8%) i wynosiła 2 086 dni (średnio było to 139 dni, przy czym najkrótszy okres wynosił jeden dzień, a najdłuższy 365 dni);
- łączna kwota wypłaconych przez Oddział świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmniejszyła się z 275 168,40 zł do 131 360,32 zł, tj. o 143 808,08 zł (spadek o 52,3%);
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne (w tym również rentowe) w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 52 034,34 zł do 42 340,75 zł, tj. o 9 693,59 zł (spadek o 18,6%);
- w 12 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w pięciu – bez zmiany, a w jednym przypadku ubezpieczonemu nie wydano opinii o stanie funkcjonalnym, ponieważ skrócił rehabilitację (pobyt trwał tylko trzy dni).

3. W przypadku 18 osób, które pobierały świadczenia rehabilitacyjne, a którym lekarz orzecznik ustalił potrzebę rehabilitacji:

- wszystkie sprawy zostały rozpatrzone przy złożonym wniosku o świadczenie rehabilitacyjne;
- 13 spraw zostało rozpatrzonych przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia, a w pozostałych pięciu przypadkach orzeczenia wydali lekarze niebędący specjalistami w dziedzinie medycyny obejmującej orzekaną jednostkę chorobową, przy czym w sprawach tych nie korzystano z opinii lekarzy konsultantów Oddziału;
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację wynosiła 6 067 (średnio było to 337 dni, przy czym najkrótszy okres pobierania wynosił 245 dni, a najdłuższy 365 dni). Po upływie jednego roku po odmowie prawa do rehabilitacji łączna liczba dni pobierania świadczenia z Oddziału zmniejszyła się o 3 342 dni (spadek o 55,1%) i wynosiła 2 725 dni (średnio było to 151 dni, przy czym najkrótszy okres wynosił jeden dzień, a najdłuższy 365 dni);
- łączna kwota wypłaconych przez Oddział świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmniejszyła się z 434 224,59 zł do 170 613,49 zł, tj. o 263 611,10 zł (spadek o 60,7%);

- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne (w tym rentowe) w ciągu roku przed i po rehabilitacji zwiększyła się z 8 109,89 zł do 27 233,73 zł, tj. o 19 123,84 zł (wzrost o 70,2%);
- w 14 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, a w czterech – bez zmian;
- w okresie jednego roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację wszystkie osoby pobierały świadczenia z Oddziału, przy czym osiem osób podlegało ubezpieczeniom społecznym z tytułu zatrudnienia, a jedna z tytułu umowy zlecenia. W pozostałych dziewięciu⁶⁴ przypadkach nie były odprowadzane składki na ubezpieczenie społeczne, gdyż osoby te były uprawnione do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego i w tym czasie nie pracowały. Po rehabilitacji z grupy tej osiem osób wróciło w pełni do pracy (przy czym w przypadku dwóch osób była to działalność gospodarcza, a w pozostałych sześciu przypadkach umowa o pracę). W odniesieniu do tych osób ośrodek rehabilitacyjny wydał opinię o poprawie stanu funkcjonalnego (sześć osób) oraz bez zmian stanu funkcjonalnego (dwie osoby). Trzem osobom przyznano prawo do okresowej renty z tytułu niezdolności do pracy, przy czym jedna z tych osób nie pracowała, a dwie prowadziły działalność gospodarczą. W odniesieniu do dwóch z tych osób ośrodek rehabilitacyjny wydał opinię bez zmian stanu funkcjonalnego, a w przypadku jednej osoby nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego. Ponadto jedna osoba zarejestrowała się w powiatowym urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, a sześć osób nadal pobierało z Oddziału różne świadczenia (zasiłki chorobowe, kolejne świadczenia rehabilitacyjne), przy czym osoby te były również ubezpieczone w ramach umowy o pracę (pięć osób) oraz umowy zlecenia (jedna osoba).

W ww. próbie w ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji jedynie trzy osoby (16,7%) pobierały świadczenia z innego powodu niż stanowiące podstawę wydanego orzeczenia. Pozostałe 15 osób (83,3%) pobierały świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, przy czym osiem z tych osób po okresie pobierania świadczeń wróciło do pracy.

4. W przypadku 18 osób, które pobierały rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy, a którym lekarz orzecznik ustalił potrzebę rehabilitacji stwierdzono, że:

- wszystkie sprawy zostały rozpatrzone przy złożonym wniosku o rentę z tytułu niezdolności do pracy;
- 16 spraw zostało rozpatrzonych przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia, a w pozostałych dwóch przypadkach orzeczenia wydali lekarze niebędący specjalistami w dziedzinie medycyny obejmującej orzekaną jednostkę chorobową, przy czym w sprawach tych nie korzystano z opinii lekarzy konsultantów Oddziału;
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację wynosiła 6 570 (średnio było to 365 dni). Po upływie jednego roku po odmowie prawa do rehabilitacji łączna liczba dni pobierania świadczenia z Oddziału zmniejszyła się o 713 dni (spadek o 10,8%) i wynosiła 5 857 dni (średnio było to 325 dni, przy czym najkrótszy okres wynosił osiem dni, a najdłuższy 365 dni);

⁶⁴ W przypadku jednej z tych osób pracodawca dokonał rozliczenia z ubezpieczonym w czasie pobierania przez niego zasiłku chorobowego za okres, kiedy jeszcze świadczył pracę.

- łączna kwota wypłaconych przez Oddział świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmniejszyła się z 281 932,72 zł do 273 641,07 zł, tj. o 8 291,65 zł (spadek o 2,9%);
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne (w tym rentowe) w ciągu roku przed i po rehabilitacji zwiększyła się z 2 108,04 zł do 5 951,32 zł, tj. o 3 843,28 zł (wzrost o 64,6%);
- w okresie jednego roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację z grupy tej jedynie cztery osoby podlegały ubezpieczeniom społecznym (w tym rentowym) z tytułu umowy o pracę (jedna osoba) oraz umowy zlecenia (trzy osoby). Pozostałe 14 osób z ustalonym prawem do renty nie pracowało. W ciągu roku po odbyciu rehabilitacji, tylko jedna osoba wróciła w pełni do pracy (w ramach umowy o pracę) i zaprzestała pobierania renty okresowej. W odniesieniu do tej osoby ośrodek rehabilitacyjny wydał opinię *o poprawie stanu zdrowia*. W jednym przypadku osoba po zaprzestaniu prawa do pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy stała się osobą bezrobotną. W jej przypadku ośrodek rehabilitacyjny wydał opinię *bez zmian stanu funkcjonalnego*. Pozostałe 15 osób nadal pobierało okresowe renty z tytułu niezdolności do pracy, przy czym jednej z nich przyznano prawo do renty stałej, a następnie osoba ta uzyskała prawo do emerytury i całkowicie opuściła rynek pracy. W przypadku tej osoby, ośrodek rehabilitacyjny wydał opinię *bez zmian stanu funkcjonalnego*. Pięć osób podlegało ubezpieczeniom społecznym (w tym rentowym) z tytułu umowy o pracę (trzy osoby), prowadzonej działalności gospodarczej (jedna osoba) oraz umowy zlecenia (jedna osoba). Pozostałe 10 osób nie podjęło zatrudnienia.

W ww. próbie w ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji jedynie trzy osoby (16,7%) pobierały świadczenia z innego powodu niż stanowiące podstawę wydanego orzeczenia. Pozostałe 15 osób (83,3%) pobierały świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, przy czym po ustaniu prawa do tych świadczeń jedna z nich osób wróciła do pracy, a druga stała się osobą bezrobotną.

Pośród wszystkich ww. czterech typów spraw, największe zmniejszenie (o 60,7%) kwot wypłaconych świadczeń po odbyciu rehabilitacji w porównaniu do kwot wypłaconych przed ich rozpoczęciem oraz największy spadek liczby dni na świadczeniach przed i po rehabilitacji (o 55,1%) dotyczyły spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał świadczenie rehabilitacyjne. W sprawach tych odnotowano także największy procentowy wzrost kwot odprowadzonych składek (o 70,2%).

Trzy osoby ubezpieczone⁶⁵, które ze względu na osiągnięty wiek, miały ustalone prawo i pobierały emeryturę, lub też niedługo po odbytej rehabilitacji nabyły uprawnienia do emerytury, opuściły rynek pracy odpowiednio po 26, 56 i 279 dniach od zakończenia rehabilitacji. Podobnie w przypadku osoby z ustalonym prawem do okresowej renty z tytułu niezdolności do pracy, której Oddział ustalił potrzebę rehabilitacji w ramach prewencji rentowej przy ustalaniu uprawnień do renty z tytułu niezdolności do pracy, osoba ta również nie była zatrudniona w okresie 12 miesięcy przed rehabilitacją, a po jej zakończeniu uzyskała prawo do renty stałej (zmieniono stopień niezdolności do pracy na niższy), przy czym obecnie pobiera emeryturę i nie jest zatrudniona. Dyrektor Oddziału wskazała, że nie było formalnej możliwości odmowy rehabilitacji osobom podlegającym ubezpieczeniu społecznemu ze względu na osiągnięty wiek emerytalny. Ponadto Dyrektor Oddziału wskazała, że stan

⁶⁵ Nr sprawy: 6183650 oraz 2013676, 43/6410/15719.

ubezpieczonego może ulec zmianie – zarówno poprawie, jak i pogorszeniu. Efekt rehabilitacji nie zawsze był łatwy do przewidzenia.

NIK przyjmując powyższe wyjaśnienia zwraca uwagę, że po odbytej rehabilitacji świadczeniobiorca co do zasady winien wrócić na rynek pracy, a ZUS nie powinien ponosić kosztów wypłaty renty. Celem rehabilitacji leczniczej jest bowiem prewencja rentowa, a osobom które mają ustalone prawo do emerytury lub ją pobierają, zgodnie z obowiązującymi przepisami, nie mogłaby zostać przyznana renta z tytułu niezdolności do pracy. Stąd też, NIK wskazuje na wątpliwości co do celowości kierowania na rehabilitację leczniczą, w ramach prewencji rentowej, osób mających ustalone prawo do emerytury lub spełniających warunki do jej uzyskania.

NIK zwraca również uwagę, że 48,9% objętych badaniem orzeczeń (44 z badanych 90) zostało wydanych przez lekarzy niebędących specjalistami w orzekanej jednostce chorobowej. Jak ustalono w toku kontroli, główną przyczyną tego stanu był niedobór kadrowy na stanowiskach lekarzy orzeczników, przy jednoczesnej płynności kadr spowodowanej ich przechodzeniem na emeryturę. Niemniej jednak należy wskazać, że ubezpieczony ma prawo oczekiwać badania jego przypadku przez lekarza ze specjalizacją we właściwej dziedzinie.

(akta kontroli: t. IV, s. 366-432, t. V, s. 270-271, 298-351)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W grudniu 2019 r. nie osiągnięto wskaźnika dynamiki kontroli prowadzonej przez Głównego Lekarza Orzecznika, który zgodnie z postanowieniami zawartymi w załączniku nr 6 – *Instrukcja sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie* do Procedury 9.1 *Wydawanie orzeczeń* w części III *Sporządzanie orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń*, w pkt 4 powinien obejmować analizą dokumentację stanowiącą podstawę wydania orzeczenia albo opinii nie mniej niż 60% spraw zakończonych wydaniem orzeczenia albo opinii średnio w miesiącu,. Osiągnięty przez Oddział w tym miesiącu wskaźnik wynosił 50,95%.

Naczelnik Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji wyjaśnił, że powyższe było spowodowane zwiększoną liczbą przekazywanych wniosków o wydanie orzeczenia przez komórki emerytalno-rentowe (nawet 650 wniosków dziennie), jak i wzrostem liczby wydawanych orzeczeń przez lekarzy orzeczników, zwłaszcza w zakresie świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. W tej sytuacji (znacznego obciążenia pracą) nie było możliwe osiągnięcie w tym miesiącu wskaźnika na poziomie 60%, przy czym w kolejnym miesiącu (w styczniu 2020 r.) wskaźnik ten wynosił już 77,95%.

(akta kontroli: t. II, s. 370-372)

2. W przypadku czterech spraw z 72 badanych (5,6%) nie dochowano terminu obsługi orzeczenia wskazanego w pkt 8 załącznika nr 3 – *Instrukcja dotycząca kierowania na rehabilitację leczniczą* do Procedury do procesu 9.3 *Realizacja rehabilitacji leczniczej*⁶⁶, przy czym w trzech przypadkach przekroczono termin wynoszący 30 dni⁶⁷ (od dwóch do czterech dni), a w jednym przypadku wynoszący osiem dni⁶⁸ (o dwa dni).

Powyższe, jak wyjaśnił pracownik Wydziału Orzecznictwa i Prewencji, było spowodowane pojawiającymi się okresowymi problemami związanymi

⁶⁶ Wprowadzonej zarządzeniem nr 41 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3 *Realizacja rehabilitacji leczniczej* i zmienionej zarządzeniem nr 40 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 25 czerwca 2018 r.

⁶⁷ Dla orzeczeń wydanych przy orzekaniu w sprawie niezdolności do pracy dla celów rentowych.

⁶⁸ Dla orzeczenia wydanego przy kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich.

z dostępnością miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych dotyczących określonego profilu. W związku z tym nie było możliwości realizacji orzeczenia, przez co *Zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację* były wysyłane dopiero po uzyskaniu informacji z Departamentu Rehabilitacji i Prewencji Centrali ZUS o pojawieniu się wolnych miejsc⁶⁹.

(akta kontroli: t. I, s. 217-271, t. II, s. 3-13, t. IV, s. 365, 387-432, t. V, s. 271, 301-302)

OCENA CZĄSTKOWA

Realizowana przez Oddział rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej skierowana do osób zagrożonych utratą zdolności do pracy, ale rokujących jej odzyskanie, była nie w pełni skuteczna.

Wprawdzie po zakończeniu leczenia rehabilitacyjnego w 2018 r. u żadnej z 72 rehabilitowanych osób nie stwierdzono pogorszenia stanu zdrowia, przy czym w jednym przypadku (1,4%) ubezpieczonemu nie wydano opinii o stanie funkcjonalnym, ponieważ skrócił rehabilitację, a u 46 osób (63,9%) wyniki leczenia były zadawalające (uzyskano poprawę stanu zdrowia), to jednak stan zdrowia pozostałych 25 osób (34,7%) pozostawał nadal bez zmian. Ponadto ustalono, że w okresie 12 miesięcy od daty zakończenia rehabilitacji leczniczej, jedynie w przypadku 22 (30,6%) z 72 poddanych rehabilitacji w 2018 r., nie pobierało żadnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych z tytułu jednostki chorobowej, która była powodem skierowania na leczenie rehabilitacyjne. Pozostałe 31 osób (43,1%), które wróciły do pracy – pobierały z Oddziału różnego typu świadczenia (zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne, renty oraz emerytury), 11 osób (15,3%) pobierało renty z tytułu niezdolności do pracy i nie pracowało, cztery osoby (5,5%) przeszły na emeryturę, a kolejne cztery (5,5%) stały się bezrobotne. Również w grupie 18 osób pobierających rentę okresową, rehabilitacja nie była w pełni skuteczna, gdyż tylko w jednym przypadku osoba powróciła na rynek pracy, a jedna (pomimo faktu, że przestała pobierać rentę) stała się osobą bezrobotną, to jednak 16 osób nadal pobierało rentę (w tym jednej zostało ustalone prawo do renty stałej, a następnie prawo do emerytury). Natomiast w przypadku osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne, rehabilitacja okazała się skuteczna tylko w ośmiu przypadkach, bowiem osoby te po okresie pobierania świadczenia rehabilitacyjnego wróciły w pełni do pracy. NIK zwraca uwagę, że negatywnie na stopień skuteczności rehabilitacji leczniczej może wpływać czas oczekiwania na jej rozpoczęcie, który średnio wynosił 110 dni licząc od złożenia wniosku w Oddziale do jej rozpoczęcia, co wynikało przede wszystkim z niewystarczającej liczby miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych. Stwierdzone w wyniku kontroli nieprawidłowości nie miały wpływu na ocenę kontrolowanej działalności w tym obszarze.

⁶⁹ Np. w jednym przypadku dotyczącej sprawy, w której lekarz orzecznik stwierdził potrzebę rehabilitacji przy kontroli zwolnienia lekarskiego, w dniu wydania orzeczenia, Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji skierował zapytanie (za pośrednictwem poczty elektronicznej) do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Centrali ZUS o przydzielenie miejsca ubezpieczonemu. W tym samym dniu otrzymano odpowiedź, że w chwili obecnej brak było możliwości realizacji orzeczenia, przy czym zaznaczono, aby rozpatrzyć możliwość wykorzystania miejsca z rezygnacji. Rezygnacja pojawiła się w dniu 22 marca 2018 r. (10 dni po wydaniu orzeczenia) i w tym dniu przydzielono miejsce ubezpieczonemu.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

- Wnioski
1. Podjęcie działań mających na celu zapewnienie wydawania orzeczeń dla potrzeb rehabilitacji leczniczej przez lekarzy orzeczników, którzy odbyli szkolenie, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.
 2. Wdrożenie w postępowaniach mających na celu wyłonienie lekarzy konsultantów mechanizmów zapewniających rozpatrywanie ofert, które wpłynęły w terminach wynikających z zaproszeń do ich składania.
 3. Rzetelne dokumentowanie daty i godziny wpływu ofert składanych przez lekarzy konsultantów.
 4. Zapewnienie zachowania wymogu przeprowadzania przez Głównego Lekarza Orzecznika analiz dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia lub opinii na poziomie co najmniej 60% spraw w każdym miesiącu.
 5. Zapewnienie rozpatrywania spraw obsługi orzeczeń w terminach określonych w wewnętrznych procedurach.

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 we Wrocławiu. 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 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i 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.

Wrocław, września 2020 r.

Kontroler
Renata Kojro
specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu
p.o. Dyrektor
Marcin Kaliński

.....
podpis

.....
podpis

