



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.012.02.2020

Pan  
Marcin Dąbrowski  
Dyrektor  
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych  
Oddziału w Legnicy  
ul. Władysława Grabskiego 26  
59-220 Legnica

# 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 Legnicy, ul. Władysława Grabskiego 26, 59-220 Legnica <sup>1</sup>
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marcin Dąbrowski – Dyrektor Oddziału od dnia 1 marca 2020 r. <sup>2</sup> (akta kontroli t. I str. 3-6)
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizacja zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym warunki kadrowe i organizacyjne.</li><li>2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej.</li></ol>
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 Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontroler	Jeremi Śliwiński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/82/2020 z dnia 1 czerwca 2020 r. (akta kontroli t. I str. 1-2)

---

<sup>1</sup> Dalej: „Oddział”.

<sup>2</sup> W okresie od 1 lipca 2019 r. do 29 lutego 2020 r. p.o. Dyrektora Oddziału. W okresie wcześniejszym kierownikiem kontrolowanej jednostki byli: Marek Paczuski – p.o. Dyrektora Oddziału od 18 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2019 r. oraz Jerzy Ulewski – Dyrektor Oddziału od 1 września 2011 r. do 25 sierpnia 2018 r.

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

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Realizowany przez Oddział program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany do osób zagrożonych utratą zdolności do pracy, ale rokujących jej odzyskanie, był nie w pełni skuteczny. Wprawdzie w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji ubezpieczeni<sup>5</sup> przebywali na świadczeniach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych<sup>6</sup> przez okres krótszy o 16,2% niż w ciągu roku przed rehabilitacją, a kwota wypłaconych im świadczeń uległa zmniejszeniu o 22,3%, natomiast kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne<sup>7</sup> tych osób wzrosła o 16,9%, a poprawę stanu funkcjonalnego stwierdzono<sup>8</sup> u 49 z 59 rehabilitowanych (83,1%), to jednak po zakończeniu rehabilitacji<sup>9</sup> 32 osoby (54,2% badanej próby) pobierały świadczenia w związku ze schorzeniem<sup>10</sup>, na które były rehabilitowane, jak również o sześć osób (10,2% badanej próby) zwiększyła się liczba pobierających świadczenia rentowe z tytułu niezdolności do pracy. Dodatkowo, liczba osób niepobierających żadnych świadczeń zmniejszyła się z ośmiu przed rehabilitacją do czterech po jej zakończeniu<sup>11</sup>. Tym samym spośród badanych 59 osób, przed rehabilitacją świadczenia pobierało 51 osób, a w okresie roku po jej zakończeniu 55 osób. NIK wskazuje również na duże zróżnicowanie poziomu skuteczności programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej prowadzonej przez Oddział w poszczególnych grupach badanych spraw. I tak w przypadku grupy 14<sup>12</sup> osób niepobierających świadczeń oraz grupy dziewięciu osób pobierających rentę, program ten nie wspierał skutecznie rehabilitowanych. W ciągu roku od zakończenia rehabilitacji ubezpieczeni z tych grup przebywali bowiem na świadczeniach z FUS przez okres dłuższy niż przed rehabilitacją łącznie o 991 dni, kwota wypłaconych im świadczeń uległa zwiększeniu łącznie o 131,9 tys. zł, a kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne zmniejszyła się o 15,6 tys. zł. W przypadku natomiast osób pobierających zasiłki chorobowe (18 osób) oraz świadczenie rehabilitacyjne (18 osób), przebywały one na świadczeniach z FUS przez okres krótszy niż przed rehabilitacją łącznie o 2 737 dni, kwota wypłaconych im świadczeń zmniejszyła się łącznie o 342,6 tys. zł, a kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne wzrosła o 106 tys. zł. W okresie jednego roku po odbyciu rehabilitacji 51 osób (86,4% badanej próby) wykazanych było w systemie informatycznym ZUS jako zatrudnieni na podstawie umowy o pracę<sup>13</sup>. NIK zwraca

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

<sup>5</sup> Zbadano 63 orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, przy czym z próby określonej w pkt 2.2 a) niniejszego wystąpienia pokontrolnego wyłączono ostatecznie cztery osoby, które przez 365 dni w okresie roku przed rehabilitacją pobierały świadczenia z tytułu renty rodzinnej, emerytury oraz wynagrodzenia określonego w art. 92 Kodeksu pracy.

<sup>6</sup> Dalej: „FUS”.

<sup>7</sup> Powyższe należy rozumieć jako kwotę należnych składek na ubezpieczenia społeczne wynikającą z deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

<sup>8</sup> Opinia o poprawie stanu funkcjonalnego rehabilitowanych po odbyciu przez nich turnusu rehabilitacyjnego wydana przez ośrodki rehabilitacyjne.

<sup>9</sup> Badano okres jednego roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej przez ubezpieczonych.

<sup>10</sup> Ubezpieczeni, którzy w okresie roku po odbyciu rehabilitacji pobierali świadczenia ze względu na wystąpienie choroby na którą byli rehabilitowani (ten sam kod choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10).

<sup>11</sup> Badano okres jednego roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej przez ubezpieczonego.

<sup>12</sup> Badano 18 spraw, przy czym z próby określonej w pkt 2.2 a) niniejszego wystąpienia pokontrolnego wyłączono ostatecznie cztery osoby, które przez 365 dni w okresie roku przed rehabilitacją pobierały świadczenia z tytułu renty rodzinnej, emerytury oraz wynagrodzenia określonego w art. 92 Kodeksu pracy.

<sup>13</sup> Osoby te zostały zgłoszone do ubezpieczeń jako pracownik. Powyższe zgłoszenie było aktualne w ciągu roku od daty wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji.

również uwagę, że negatywnie na skuteczność rehabilitacji leczniczej może wpływać czas oczekiwania na jej rozpoczęcie, który średnio w Oddziale wynosił 119 dni – od złożenia wniosku do jej rozpoczęcia.

Badanie 77 spraw<sup>14</sup> w zakresie sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń przez lekarzy orzeczników wykazało, że Oddział co do zasady<sup>15</sup> realizował zadania zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne<sup>16</sup> oraz Procedurą do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń. Zgodnie z wymogami przywołanego rozporządzenia oraz Procedurą do Procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej, kierowano również ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą<sup>17</sup>.

Realizacja zadań w zakresie orzecznictwa lekarskiego w 2019 r. odbywała się w warunkach niepełnej obsady kadrowej, ze względu na trudności z pozyskaniem lekarzy orzeczników. Przeprowadzone w 2019 r. nabory zakończyły się niepowodzeniem, pomimo wzrostu atrakcyjności ofert pracy kierowanych do tej grupy pracowników, tj. oferowania wynagrodzeń o 30% wyższych niż w 2018 r. Lekarze orzecznicy zatrudnieni w Oddziale spełniali wymogi formalne określone w § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy<sup>18</sup> i nie wydawali w okresie objętym kontrolą orzeczeń przed ukończeniem przeszkolenia, o którym mowa w tym rozporządzeniu.

Stwierdzone w wyniku kontroli nieprawidłowości dotyczyły: **[1]** nieprzestrzegania wytycznych Naczelnego Lekarza Zakładu w zakresie obciążenia lekarzy pracą; **[2]** nieprzestrzegania Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń – w zakresie wymogu dotyczącego współpracy z co najmniej dwoma konsultantami posiadającymi specjalizację z zakresu kardiologii, audiologii, hematologii, onkologii, gastroenterologii, stomatologii, laryngologii oraz dwoma psychologami; **[3]** wydania orzeczeń o potrzebie rehabilitacji dwóm osobom, wobec których lekarze prowadzący we wniosku o rehabilitację leczniczą wskazali, że nie rokują odzyskania zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji; **[4]** niedochowania w grudniu 2019 r. wymogu w zakresie przeprowadzenia przez głównego lekarza orzecznika lub jego zastępcę analizy 60% dokumentacji, stanowiącej podstawę do wydania orzeczeń, co było wymagane postanowieniami Procedury 9.1 Wydawanie orzeczeń.

---

<sup>14</sup> Zbadano 59 orzeczeń o potrzebie rehabilitacji oraz 18 o braku potrzeby rehabilitacji (odmowa orzecznicza).

<sup>15</sup> Stwierdzono nieprawidłowości, o których mowa w dalszej części oceny.

<sup>16</sup> Dz.U. z 2019 r. poz. 277, dalej: „rozporządzenie w sprawie rehabilitacji”.

<sup>17</sup> Zadano 63 orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, przy czym z próby określonej w pkt 2.2 a) niniejszego wystąpienia pokontrolnego wyłączono ostatecznie cztery osoby, które przez 365 dni w okresie roku przed rehabilitacją pobierały świadczenia z tytułu renty rodzinnej, emerytury oraz wynagrodzenia określonego w art. 92 Kodeksu pracy.

<sup>18</sup> Dz.U. Nr 273, poz. 2711, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie orzekania o niezdolności do pracy”.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej<sup>19</sup> kontrolowanej działalności

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

Opis stanu faktycznego

Do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należy m.in. prowadzenie prewencji rentowej, obejmującej rehabilitację leczniczą ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy (art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych<sup>20</sup>).

W latach 2018-2019 Oddział wydał łącznie 46 249 orzeczeń. W związku z rehabilitacją leczniczą wydano 3 326 orzeczeń, w tym 2 544 orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. Odmowy orzecznicze wydano w 782 przypadkach, a odmowy formalne<sup>21</sup> w 58 przypadkach. W okresie objętym kontrolą Oddział wystawił łącznie 2 209 skierowań na rehabilitację leczniczą, a odbyło ją 2 237 osób. Różnica pomiędzy liczbą skierowań a liczbą rehabilitowanych była spowodowana m.in. odbyciem rehabilitacji w innym roku niż ten, w którym wystawiono skierowanie, czy też rezygnacji z odbycia rehabilitacji.

W latach 2018-2019 do orzeczeń lekarzy orzeczników Oddziału wniesiono łącznie 85 sprzeciwów, z czego pozytywnie<sup>22</sup> rozpatrzonych zostało dziewięć. Ponadto, sformułowanych zostało 20 zarzutów wadliwości, z których w 14 przypadkach Komisje Lekarskie Zakładu wydały orzeczenia zmieniające.

1.1. Plan zatrudnienia lekarzy orzecznictwa ogólnego Oddziału<sup>23</sup> przewidywał zatrudnienie ww. lekarzy na poziomie 12,8 etatu w 2017 r., 10,8 etatu w 2018 r. i 14,8 etatu w 2019 r. Natomiast rzeczywiste zatrudnienie lekarzy orzecznictwa ogólnego wyniosło odpowiednio 10,76 etatu w 2017 r. (84,1%), 10,80 etatu w 2018 r. (100%) i 10,13 etatu w 2019 r. (68,4%).

W powyższej sprawie Dyrektor Oddziału wyjaśnił: *Generalną przyczyną niższego od założeń poziomu zatrudnienia lekarzy orzecznictwa ogólnego są permanentne trudności, które towarzyszą pozyskiwaniu kadry lekarskiej. Niezależnie od powyższego, stan zatrudnienia utrzymujący się w roku 2017 został uznany za adekwatny w stosunku do ilości i rodzaju obsługiwanych zadań. Konsekwencją tego była korekta planu zatrudnienia lekarzy orzeczników do poziomu 10,80 etatu w roku 2018, i był on utrzymywany w ciągu całego roku. W roku 2019 znacznie zwiększyły się zadania orzecznictwa lekarskiego ZUS (m.in. wprowadzono świadczenie 500+ dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji). Odpowiedzią na to było podniesienie poziomu planowanego zatrudnienia oraz kolejne próby pozyskania kadry lekarskiej w drodze naboru zewnętrznego. Podjęte działania nie przyniosły jednak oczekiwanych efektów. Co więcej – ze względu na odejścia emerytalno-rentowe dotychczasowych lekarzy, poziom ich zatrudnienia obniżył się.*

(akta kontroli t. I str. 7-41; 106-117; t. II str. 1; 197)

<sup>19</sup> Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>20</sup> Dz.U. z 2020 r. poz. 266, ze zm., dalej: „ustawa o sus”.

<sup>21</sup> Odmowa formalna nie jest orzeczeniem lekarza orzecznika.

<sup>22</sup> Pozytywnie, oznacza w tym przypadku „na korzyść ubezpieczonego”.

<sup>23</sup> Obejmuje etaty przewidziane dla: głównego lekarza orzecznika Oddziału, zastępcy głównego lekarza orzecznika Oddziału oraz lekarzy orzeczników.

Prezes ZUS nie utworzył w Oddziale komisji lekarskich ZUS, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji. Sprzeciw od orzeczeń lekarzy orzeczników Oddziału rozpatrywane były przez członków komisji lekarskich zatrudnionych w Oddziale ZUS we Wrocławiu.

(akta kontroli t. I str. 7-41)

W latach 2018-2019 Oddział przeprowadził pięć naborów na stanowiska lekarzy orzeczników, wszystkie w 2019 r. W naborze ogłoszonym 13 marca 2019 r. (nabór na dwa stanowiska pracy)<sup>24</sup>, zgłosił się jeden kandydat i został zatrudniony (z dniem 4 kwietnia 2019 r. na jeden etat).

W naborze ogłoszonym 5 lipca 2019 r. (nabór na dwa stanowiska pracy)<sup>25</sup>, naborze ogłoszonym 30 sierpnia 2019 r. (nabór na dwa stanowiska pracy)<sup>26</sup> oraz naborze ogłoszonym 19 września 2019 r. (nabór na trzy stanowiska pracy)<sup>27</sup>, nie zgłosił się żaden kandydat. W naborze ogłoszonym 10 października 2019 r. (nabór na pięć stanowisk pracy)<sup>28</sup>, zgłosiła się jedna kandydatka i została zatrudniona (z dniem 2 stycznia 2020 r. na jeden etat).

Główny Lekarz Orzecznik Oddziału określał priorytety w zakresie pożądaných specjalizacji kandydatów do pracy, a wymagania wobec kandydatów na stanowiska lekarzy orzeczników określone zostały przez Departament Spraw Pracowniczych ZUS<sup>29</sup>.

W sprawie przyczyn dla jakich lekarze nie są zainteresowani pracą na stanowiskach lekarzy orzeczników ZUS Dyrektor Oddziału wyjaśnił: *Zjawisko braku zainteresowania lekarzy pracą w ZUS, w tym w Oddziale w Legnicy, ma wiele przyczyn. Ale pierwotną, a zarazem fundamentalną jest ogólny niedobór kadry lekarskiej w Polsce. Według Naczelnej Rady Lekarskiej, w Polsce „brakuje” 68 tysięcy lekarzy. (...) W tym kontekście problemy ZUS w kwestii pozyskiwania kadry lekarskiej są pochodną trudności, które – jak wynika z licznych informacji medialnych – napotykają na co dzień nawet placówki medyczne. (...).*

*Dopiero w tym kontekście należy rozpatrywać przyczyny wtórne, wpływające na trudności w pozyskiwaniu lekarzy. Są to m.in.:*

- specyfika pracy Lekarza orzecznika, która nie pozwala lekarzowi na wykonywanie procedur medycznych, a zatem – rozumiany klasycznie – rozwój zawodowy;
- sygnalizowana przez wielu potencjalnych kandydatów, niechęć do procedur administracyjnych i pracy biurowej;
- trudność w zadeklarowaniu gotowości pracy w stałych godzinach;
- ZUS (...) niemal nigdy nie jest dla lekarzy podstawowym, a tym bardziej jedynym miejscem pracy. (...) Szttywny zakres godzin (...) zniechęca wielu potencjalnych kandydatów;
- duża konkurencja finansowa na rynku pracy lekarzy;

---

<sup>24</sup> Nabór w celu uzupełnienia wakatów, które wystąpią w związku z przejściem na emeryturę i rentę dwojga lekarzy orzeczników Oddziału.

<sup>25</sup> Nabór w celu uzupełnienia wakatu (odejście lekarza na rentę w maju 2019 r.) oraz dążenie do zwiększenia stanu osobowego lekarzy orzeczników Oddziału w kontekście planowanych do zrealizowania zadań oraz prawdopodobnych kolejnych odejść (wysoki odsetek lekarzy orzeczników Oddziału posiada uprawnienia emerytalne).

<sup>26</sup> Nabór ogłoszony w związku z niepowodzeniem naboru z 5 lipca 2019 r. (na podstawie tego samego wniosku o nabór).

<sup>27</sup> Nabór w związku z przekazaniem przez Centralę ZUS trzech dodatkowych etatów na rzecz realizacji zadań w zakresie orzecznictwa lekarskiego.

<sup>28</sup> Nabór w związku z potrzebą zapewnienia kadry lekarskiej do realizacji zwiększonej ilości zadań.

<sup>29</sup> Karta opisu stanowiska pracy – lekarz orzecznik Zakładu, ogłoszenie wzorcowe na stanowisko lekarza orzecznika Zakładu.

- lekarze stanowią najlepiej uposażoną grupę pracowników oddziału, jednak nie powoduje to jeszcze, że proponowane wynagrodzenie wykracza poza możliwości zarobkowe tych lekarzy, którzy decydują się na pracę w typowych placówkach medycznych;

- trudność dotarcia do zainteresowanych z informacją o wysokości zarobków lekarzy orzeczników.

W ocenie Dyrektora Oddziału w wyniku znaczących podwyżek wynagrodzenia lekarzy, do których doszło w 2019 r. nastąpił wzrost atrakcyjności kierowanych do nich ofert pracy. Ponadto wskazał, że otwarte pozostaje pytanie, na ile środowisko lekarskie ma świadomość poziomu oferowanych przez Zakład wynagrodzeń.

Badaniem objęto dokumentację wszystkich pięciu ww. naborów. Nie stwierdzono naruszenia wymogów określonych w art. 74a – 74g ustawy o sus.

(akta kontroli t. I str. 7-41; 52-105; 106-117)

W okresie objętym kontrolą, Oddział nie zgłaszał do Centrali ZUS problemów związanych z niewystarczającym stanem zatrudnienia lekarzy orzeczników.

W ocenie Dyrektora Oddziału poziom zatrudnienia w stosunku do realizowanych zadań był wystarczający.

Aby zapewnić realizację nowego zadania, tj. wydawania orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji, niezbędnych do przyznania świadczenia uzupełniającego<sup>30</sup>, we wrześniu 2019 r. ZUS podjął decyzję o przyznaniu dla Oddziału trzech dodatkowych etatów na stanowisku lekarza orzecznika.

Ogłoszone w tym celu nabory zewnętrzne (nabór z 19 września 2019 r. oraz nabór z 10 października 2019 r.) zakończyły się niepowodzeniem.

(akta kontroli t. I str. 7-41; 52-105; 106-117)

W okresie objętym kontrolą normy w zakresie obciążenia lekarzy pracą określone zostały w ZUS pismem Naczelnego Lekarza Zakładu z 12 września 2017 r.<sup>31</sup>, kierowanym do głównych lekarzy orzeczników w Oddziałach ZUS. W przywołanym piśmie wskazano m.in., że w słowniku aplikacji WO (wspomaganie orzecznictwa), zostały wprowadzone zmiany polegające na skróceniu czasu na rozpatrzenie przez lekarza orzecznika opinii w sprawach niezwiązanych z kontrolą zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy, tj.:

- z 30 na 20 minut – w sprawach, w których orzeczenie ma zostać wydane na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej,

- z 60 na 40 minut – w sprawach, w których orzeczenie ma zostać wydane po przeprowadzeniu bezpośredniego badania.

W okresie od 1 października 2019 r. do 14 kwietnia 2020 r. ZUS zezwolił/umożliwił Oddziałom skrócenie czasu na rozpatrzenie wniosków o rehabilitację do 15 minut na rozpoznanie jednej sprawy na podstawie zgromadzonej dokumentacji, oraz do 30 minut na podstawie bezpośredniego badania stanu zdrowia osoby, w odniesieniu do której miało zostać wydane orzeczenie<sup>32</sup>.

Badanie przestrzegania w Oddziale ww. norm w zakresie obciążenia lekarzy pracą przeprowadzono na próbie siedmiu lekarzy orzeczników Oddziału. Badaniem objęto harmonogramy pracy lekarzy z 15 października 2019 r. oraz ich realizację. Wyniki badania przedstawiono w dalszej części niniejszego wystąpienia pokontrolnego, w sekcji: „Stwierdzone nieprawidłowości”.

<sup>30</sup> Zagadnienie uregulowane zostało w ustawie z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz.U. z 2019 r. poz. 1622, ze zm.).

<sup>31</sup> Pismo nr 991800/292/2017A z 12 września 2017 r.

<sup>32</sup> Korespondencja e-mailowa Naczelnego Lekarza Zakładu z 16 września 2019 r. i 12 marca 2020 r.

(akta kontroli t. I str. 7-41; t. II str. 447-484)

Średnie wynagrodzenie brutto lekarza orzecznika w Oddziale wyniosło:

- w 2018 r. - 9,3 tys. zł (bez nagród jubileuszowych i odpraw emerytalno-rentowych) oraz 9,4 tys. zł (z uwzględnieniem ww. składników),

- w 2019 r. - 12,0 tys. zł (bez nagród jubileuszowych i odpraw emerytalno-rentowych) oraz 13,3 tys. zł (z uwzględnieniem ww. składników).

W ocenie Dyrektora Oddziału poziom wynagrodzeń oferowany lekarzom orzecznikom zapewniał warunki do ich stabilnego i trwałego zatrudnienia – w szczególności od 2019 r.

Ponadto, w powyższej sprawie Dyrektor Oddziału wyjaśnił: (...) *Należy podkreślić, że w przypadku kiedy już lekarze zdecydują się na podjęcie pracy w Oddziale, z nielicznymi tylko wyjątkami, pozostają w zatrudnieniu przez wiele lat. Problem stanowi zatem znalezienie lekarzy, którzy byliby gotowi podjąć pracę w ZUS, generalnie zainteresowanych nią, akceptujących jej specyfikę. Kiedy to już się powiedzie, zatrudnienie ma stabilny i trwały charakter.*

W 2018 r. nie odnotowano w Oddziale przyjęć ani zwolnień lekarzy orzeczników. W 2019 r. na stanowisko lekarza orzecznika zatrudniono jedną osobę, a trzy osoby odeszły z pracy (dwie osoby przeszły na emeryturę, a jedna na rentę).

Średni wiek lekarzy orzeczników w Oddziale wynosił odpowiednio: 61,5 roku w 2018 r. i 63 lata w 2019 r.

(akta kontroli t. I str. 7-41; 106-117; t. II str. 489-491)

**1.2.** W latach 2018-2019 Oddział nie przeprowadzał konkursów na nabór konsultantów (lekarze poszczególnych specjalności i psycholodzy, którzy mieli wydawać opinie na potrzeby toczących się postępowań orzecznich). Z konsultantami zawierano umowy o dzieło na okres roku kalendarzowego (odrębnie na 2018 r. i 2019 r.). W okresie poprzedzającym zawarcie umów Oddział przeprowadzał z konsultantami dotychczas z nim współpracującymi, negocjacje wysokości stawki za sporządzenie jednostkowej opinii, która następnie wpisywana była do umowy o dzieło zawieranej z konsultantem na kolejny rok kalendarzowy. Przeprowadzenie negocjacji dokumentowano *Protokołem z przeprowadzonej negocjacji stawki za sporządzenie jednostkowej opinii*. Negocjacje stawek na 2018 r. prowadzono na podstawie Polecenia nr 3 Dyrektora Oddziału w Legnicy z dnia 16 października 2017 r.<sup>33</sup>, negocjacje stawek na 2019 r. na podstawie Polecenia nr 3 Dyrektora Oddziału w Legnicy z dnia 10 października 2018 r.<sup>34</sup>, a negocjacje stawek na 2020 r. na podstawie Polecenia nr 3 Dyrektora Oddziału w Legnicy z dnia 7 października 2019 r.<sup>35</sup>.

Zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy o *sus* w ramach realizacji zadań określonych w ust. 1 pkt 1 lit. f<sup>36</sup> i pkt 5<sup>37</sup> oraz zadań związanych z orzekaniem przez lekarzy orzeczników i komisji lekarskiej ZUS dla potrzeb ustalania uprawnień do świadczeń innych niż z ubezpieczeń społecznych, ZUS udziela zamówień na dodatkowe opinie lekarza konsultanta lub psychologa oraz wyniki czasowej obserwacji szpitalnej – zgodnie z potrzebami orzecznictwa lekarskiego z wyłączeniem przepisów o zamówieniach publicznych.

<sup>33</sup> Polecenie w sprawie powołania Zespołu do przeprowadzenia negocjacji w sprawie określenia stawki za sporządzenie jednostkowej opinii konsultantów Zakładu na rok 2018.

<sup>34</sup> Polecenie w sprawie powołania Zespołu do przeprowadzenia negocjacji w sprawie określenia stawki za sporządzenie jednostkowej opinii konsultantów Zakładu na rok 2019.

<sup>35</sup> Polecenie w sprawie powołania Zespołu do przeprowadzenia negocjacji w sprawie określenia stawki za sporządzenie jednostkowej opinii konsultantów Zakładu na rok 2020.

<sup>36</sup> Orzekanie przez lekarzy orzeczników Zakładu oraz komisje lekarskie Zakładu dla potrzeb ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych.

<sup>37</sup> Kontrola orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy.



W 2017 r. Oddział współpracował z 28 konsultantami, a w 2018 r. z 23 konsultantami (wszyscy współpracowali z Oddziałem w 2017 r.), w 2019 r. z 19 konsultantami (wszyscy współpracowali z Oddziałem w 2018 r.), a w 2020 r.<sup>38</sup> z 18 konsultantami (wszyscy współpracowali z Oddziałem w 2019 r.).

W ocenie Dyrektora Oddziału liczba zawartych umów z konsultantami była wystarczająca do bieżącej realizacji zadań, a rozpoznanie potrzeb w zakresie liczby oraz specjalności, które powinni posiadać konsultanci odbywało się na podstawie analizy wykonania w latach ubiegłych.

W sprawie przyczyn zmniejszenia się w latach 2018-2020 liczby konsultantów współpracujących z Oddziałem Dyrektor wyjaśnił: *Na przestrzeni lat 2018-2019 liczba lekarzy konsultantów uległa redukcji w wyniku rezygnacji lekarzy. Powodem odejścia były niedostateczne warunki finansowe, niespełnianie warunków formalnych (brak certyfikatów o niekaralności) oraz rezygnacja głównego lekarza orzecznika ze współpracy z niektórymi lekarzami konsultantami (ze względu na zastrzeżenia co do staranności wykonywanej pracy).*

Konsultanci współpracujący z Oddziałem w 2018 r. posiadali następujące specjalizacje: psychiatra (sześć osób), neurolog (cztery osoby), ortopeda (trzy osoby), okulista (dwie osoby) oraz kardiolog, audiolog, hematolog, onkolog, gastroenterolog, stomatolog, laryngolog i psycholog (po jednej osobie).

Konsultanci współpracujący z Oddziałem w 2019 r. posiadali następujące specjalizacje: psychiatra (cztery osoby), ortopeda (trzy osoby), neurolog (dwie osoby) okulista (dwie osoby) oraz kardiolog, audiolog, hematolog, onkolog, gastroenterolog, stomatolog, laryngolog i psycholog (po jednej osobie).

Oddział nie współpracował w latach 2018-2019 z co najmniej dwoma konsultantami posiadającymi specjalizację z zakresu kardiologii, audiologii, hematologii, onkologii, gastroenterologii, stomatologii, laryngologii oraz dwoma psychologami, mimo że było to wymagane postanowieniami Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń (Załącznik nr 9 pkt II ppkt 1<sup>39</sup>). Szczegółowe rezultaty badania w ww. zakresie przedstawiono w dalszej części niniejszego wystąpienia pokontrolnego, w sekcji: „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Średnie roczne wynagrodzenie brutto konsultantów (w podziale na lekarzy i psychologów) wyniosło<sup>40</sup>:

- w 2018 r. - 1,1 tys. zł w przypadku lekarzy i 0,7 tys. zł w przypadku psychologów,
- w 2019 r. - 1,9 tys. zł w przypadku lekarzy i 1,2 tys. zł w przypadku psychologów.

Średnia roczna liczba opinii wydanych przez konsultantów wyniosła:

- w 2018 r. - 105 opinii na jednego lekarza i 58 opinii na jednego psychologa,
- w 2019 r. - 144 opinie na jednego lekarza i 96 opinii na jednego psychologa.

(akta kontroli t. I str. 7-41; 42-54; 116-117; 118-122; t. II str. 489-491; 661-663)

W latach 2018-2019 Oddział współpracował (na podstawie zawartych umów<sup>41</sup>) z jednym podmiotem świadczącym usługi w zakresie wykonywania badań dodatkowych lub obserwacji (specjalistycznych badań lekarskich oraz laboratoryjnych zleczanych przez głównych lekarzy orzeczników Oddziału). W okresie objętym kontrolą współpracowano z Centrum Diagnostyczno-Terapeutycznym MEDICUS Sp. z o.o. w Lubinie – wykonawcą, który przedstawiał

<sup>38</sup> Stan na 29 czerwca 2020 r.

<sup>39</sup> „(...) Każdy oddział współpracuje z co najmniej dwoma konsultantami Zakładu posiadającymi tę samą specjalizację.”.

<sup>40</sup> Ujęcie podatkowe – wynagrodzenia wypłacone w roku podatkowym.

<sup>41</sup> Odpowiednio z 22 grudnia 2017 r. i 14 grudnia 2018 r.

najkorzystniejszą cenowo ofertę w postępowaniach przeprowadzonych (odrębnie na 2018 r. i 2019 r.) na podstawie obowiązujących w ZUS odpowiednio: Zasad dokonywania zakupów (...) <sup>42</sup> oraz Procedury do procesu 14.1 Realizacja Zakupów <sup>43</sup>. Przywołane postępowania przeprowadzone zostały przy uwzględnieniu wyłączeń określonych w art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych* <sup>44</sup>.

Jednym z postawionych warunków w prowadzonych postępowaniach było złożenie oferty na całość zamówienia, które obejmowało:

- wykonanie badań lekarskich (EKG spoczynkowe i wysiłkowe, USG serca, jamy brzusznej i tarczycy, spizometrię, audiogram, przepływy naczyniowe i żyłne kończyn, przepływy dogłowe, EEG, dna oka, visus, pole widzenia, RTG kręgosłupa i płuc, gastroskopię),
- wykonanie badań laboratoryjnych (gazometria, poziom TSH, T3 oraz T4, enzym wątrobowy GOT, GPT oraz GGTP).

W sprawie sposobu rozpoznawania zapotrzebowania na usługi świadczone przez podmioty świadczące usługi w zakresie wykonywania badań dodatkowych lub obserwacji Dyrektor Oddziału wyjaśnił: (...) *Opis przedmiotu zamówienia, w tym zapotrzebowanie rodzajowe oraz szacunkowe ilości planowanych badań dodatkowych, jest zawsze konsultowany i zatwierdzany przez Głównego Lekarza Orzecznika. Zapotrzebowanie na poszczególne badania wynika z analizy rozpatrywanych dotychczas spraw. Szacunkową wartość zamówienia ustala się na podstawie analizy obowiązujących cen usług medycznych na rynku zamówienia. (...).*

Postępowania na lata 2018-2019, których przedmiotem było wykonywanie specjalistycznych badań lekarskich oraz laboratoryjnych zleczanych przez głównych lekarzy orzeczników Oddziału przebiegały następująco:

- w 2017 r. do złożenia ofert na 2018 r. zaproszono pięciu potencjalnych wykonawców <sup>45</sup> – swoje oferty złożyło trzech z nich z oferowaną ceną (brutto – z VAT) odpowiednio: 23,8 tys. zł, 34,6 tys. zł i 44,6 tys. zł, odrzucono jedną ofertę ze względu na niespełnienie przez oferenta wymogów formalnych (oferta z ceną 34,6 tys. zł), następnie wybrano najkorzystniejszą ofertę (oferta MEDICUS Sp. z o.o. w Lubinie z ceną 23,8 tys. zł). Umowę zrealizowano na kwotę 22,7 tys. zł;
- w 2018 r., w dniu 22 listopada zamieszczono na stronie internetowej ZUS zapytanie publiczne <sup>46</sup>, jednocześnie o wszczęciu postępowania na 2019 r. <sup>47</sup> poinformowano sześciu znanych potencjalnych wykonawców – swoje oferty złożyło dwóch z nich z oferowaną ceną (brutto – z VAT) odpowiednio: 20,9 tys. zł i 30,5 tys. zł, odrzucono jedną ofertę ze względu na niespełnienie przez oferenta wymogów formalnych (oferta z ceną 30,5 tys. zł), następnie wybrano najkorzystniejszą ofertę (oferta MEDICUS Sp. z o.o. w Lubinie z ceną 20,9 tys. zł). Umowę zrealizowano na kwotę 21,8 tys. zł, tj. o 0,9 tys. zł wyższą niż planowano (głównie ze względu na większą liczbę przeprowadzonych USG i EKG serca, a także badań spirometrycznych i gazometrycznych).

<sup>42</sup> Stanowiących Załącznik do zarządzenia Nr 4 Prezesa ZUS z 16 stycznia 2013 r.

<sup>43</sup> Wprowadzonej Zarządzeniem nr 1 Prezesa ZUS z 2 stycznia 2018 r.

<sup>44</sup> Dz.U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.

<sup>45</sup> Postępowanie prowadzono w oparciu o załącznik do zarządzenia Nr 4 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 16 stycznia 2013 r. – Zasady dokonywania zakupów w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (tekst ujednolicony po zmianach – stan prawny na 28 lutego 2017 r.).

<sup>46</sup> Ogłoszenie o zamówieniu o wartości od 1 tys. euro do 30 tys. euro.

<sup>47</sup> Postępowanie prowadzono w oparciu o załącznik do zarządzenia Nr 1 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 2 stycznia 2018 r. – Procedura do procesu 14.1 Realizacja zakupów.

W załącznikach do zapytań ofertowych w postępowaniach prowadzonych na lata 2018-2019, a następnie w umowach zawartych z wybranym wykonawcą zamieszczono m.in. wymóg realizacji badań „w placówce służby zdrowia mieszczącej się na terenie Legnicy lub Lubina”.

Oddział wymagał od wykonawców i potencjalnych wykonawców spełnienia ww. warunku ze względu na znajomość rynku potencjalnych wykonawców działających na terenie obsługiwanego przez Oddział obszaru oraz ze względów logistycznych i ekonomicznych<sup>48</sup>.

(akta kontroli t. I str. 7-41; 123-154; t. II str. 1; 195-196; 661-663)

**1.3.** Zgodnie z § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy lekarzem orzecznikiem może być lekarz, który łącznie spełnia następujące warunki: jest specjalistą, w szczególności w zakresie następujących dziedzin medycyny: chorób wewnętrznych, chirurgii, neurologii, psychiatrii, medycyny pracy, medycyny społecznej; oraz odbył przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS.

W latach 2018-2019 Oddział zatrudniał łącznie 12 lekarzy orzeczników. Wszyscy lekarze orzecznicy spełniali przywołane wyżej wymogi formalne i nie wydawali w okresie objętym kontrolą orzeczeń przed ukończeniem przeszkolenia, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia.

Realizacja szkoleń przez pracowników ZUS, w tym lekarzy orzeczników zatrudnionych w Oddziale uregulowana została w Procedurze do procesu 13.1 Obsługa kadrowo – płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników. Nie wprowadzono wytycznych w zakresie liczby odbytych szkoleń przez lekarzy orzeczników.

W okresie objętym kontrolą trzech spośród 12 lekarzy orzeczników zatrudnionych w Oddziale (tj. 25%) brało udział w łącznie pięciu szkoleniach i konferencjach o tematyce medycznej, z których cztery<sup>49</sup> (trzy organizowane przez Oddział i jedna przez Centralę ZUS) obejmowały swym zakresem zagadnienia rehabilitacji leczniczej. Jeden z zatrudnionych lekarzy orzeczników uzyskał ponadto tytuł doktora habilitowanego filozofii.

Zgodnie z § 28 ust. 2 pkt 8 Regulaminu organizacyjnego ZUS do obowiązków dyrektora oddziału należy dbałość o stałe podnoszenie kwalifikacji pracowników.

W sprawie przyczyn dla których jedynie trzech spośród 12 lekarzy orzeczników zatrudnionych w Oddziale brało w latach 2018-2019 udział w szkoleniach i konferencjach o tematyce medycznej (w tym obejmujących swym zakresem zagadnienia rehabilitacji leczniczej) Dyrektor Oddziału wyjaśnił: „Uczestnictwo w szkoleniach było dobrowolne dla lekarzy orzeczników chcących podnieść swoje kwalifikacje z podstawowej specjalizacji i wynikało z chęci samych zainteresowanych. Liczba orzeczników biorących udział w szkoleniach była ograniczona ze względu na konieczność realizacji zadań statutowych. Ponadto każdy lekarz orzecznik podnosi swoje kwalifikacje na szkoleniach poza Zakładem w ramach dodatkowego urlopu szkoleniowego.”

---

<sup>48</sup> Legnicę i Lubin zamieszkuje najwięcej ubezpieczonych, najwięcej osób badanych pochodzi z tych obszarów, dojazd do ww. miast jest stosunkowo łatwy dla wszystkich mieszkańców z obszaru właściwości miejscowej Oddziału, a ze względu na ich położenie koszty dojazdu na badania, które pokrywa Oddział, są relatywnie niewielkie.

<sup>49</sup> Konferencja pn. Jak zaktywizować ukryty kapitał rynku pracy czyli model rehabilitacji kompleksowej (Oddział), Szkolenie dla Głównych Lekarzy Orzeczników i Przewodniczących Komisji Lekarskich (Centrala ZUS), XIII Międzynarodowe Sympozjum Proktologiczne (Oddział), VII Ogólnopolska Konferencja Polska Chirurgia (Oddział).

Zgodnie z § 38 pkt 14 regulaminu Pracy ZUS zatrudnionemu na stanowisku: głównego lekarza orzecznika oddziału Zakładu, zastępcy głównego lekarza orzecznika oddziału Zakładu, lekarza orzecznika oddziału Zakładu, (...) przysługuje zwolnienie od pracy, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia – w celu uczestniczenia w szkoleniach zawodowych oraz innych formach doskonalenia zawodowego – w wymiarze do trzech dni w roku kalendarzowym.

W 2018 r. z ww. zwolnienia od pracy skorzystało ośmiu lekarzy orzeczników zatrudnionych w Oddziale (w tym się wykorzystało po trzy dni, a jeden wykorzystał dwa dni zwolnienia).

W 2019 r. z ww. zwolnienia od pracy korzystało ośmiu lekarzy orzeczników zatrudnionych w Oddziale (w tym czterech wykorzystało po trzy dni, jeden wykorzystał dwa dni, a trzech wykorzystało po jednym dniu zwolnienia).

(akta kontroli t. I str. 106-117; 153-203)

**1.4.** W latach 2018 – 2019 Oddział prowadził działalność informacyjno-promocyjną dotyczącą rehabilitacji leczniczej. Łącznie zrealizowano cztery tego typu wydarzenia, w tym jedno w 2018 r. i trzy w 2019 r.<sup>50</sup> Ogólnym celem podejmowanych działań była aktywizacja osób niepełnosprawnych. W ocenie Dyrektora Oddziału cel ten został osiągnięty o czym świadczyła zarówno liczba uczestników spotkań, jak i ujawniona w trakcie spotkań potrzeba pomocy indywidualnej (przy załatwianiu w ZUS spraw legnickich Amazonek), która wpisywała się w sferę prewencji rentowej.

W 2018 r. w Oddziale zorganizowano Dzień Osób z Niepełnosprawnością w ZUS „Sięgnij po sukces!”<sup>51</sup>. Jednym z punktów wydarzenia było wystąpienie pracownika Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji nt. „Rehabilitacji leczniczej oraz prewencji rentowej”(15 minut). Wydarzenie, w którym uczestniczyło 80 osób trwało trzy godziny i obejmowało cykl wykładów, konsultacji, porad dla uczestników - osób niepełnosprawnych oraz ich opiekunów. Przy realizacji Dnia Osób z Niepełnosprawnością w ZUS „Sięgnij po sukces!” Oddział współpracował z następującymi podmiotami: Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej i Doskonalenia Nauczycieli w Legnicy, Powiatowym Urzędem Pracy w Legnicy, Klubem Kibiców Niepełnosprawnych legnickiej Miedzi, Urzędem Miasta Legnicy, Miejskim Zespołem ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Legnicy, Narodowym Funduszem Zdrowia Delegaturą w Legnicy oraz jednym z legnickich sklepów sieci marketów budowlanych.

W 2019 r. Oddział zorganizował trzy wydarzenia informacyjno-promocyjne dotyczące rehabilitacji leczniczej.

W dniu 25 kwietnia 2019 r. w Bolesławcu zorganizowano Dzień Osób Niepełnosprawnych. Wydarzenie odbyło się w siedzibie organizacji Stowarzyszenie „Bolesławiecki Klub Amazonki”<sup>52</sup>, a w czasie jego trwania prezentowano program rehabilitacji ZUS dla kobiet po mastektomii oraz omówiono świadczenia rentowe. Spotkanie, w którym uczestniczyło 19 osób prowadzili pracownicy-eksperti ZUS.

W dniu 23 maja 2019 r. w Legnicy zorganizowano Dzień Osób Niepełnosprawnych<sup>53</sup>, podczas którego prezentowano program rehabilitacji ZUS dla kobiet po mastektomii oraz omówiono świadczenia rentowe. Spotkanie w Legnicy prowadzili pracownicy-eksperti ZUS, a uczestniczyły w nim łącznie 42 osoby. Przy

<sup>50</sup> Łączne wydatki poniesione przez Oddział na przeprowadzenie wszystkich ww. wydarzeń nie przekroczyły 300 zł i dotyczyły głównie zapewnienia poczęstunku dla uczestników spotkań.

<sup>51</sup> Wydarzenie ogólnopolskie organizowane przez wszystkie Oddziały ZUS w kraju z inicjatywy Centrali ZUS.

<sup>52</sup> Wydarzenie ogólnopolskie, organizowane przez wszystkie Oddziały ZUS z inicjatywy Centrali ZUS.

<sup>53</sup> Wydarzenie ogólnopolskie, organizowane przez wszystkie Oddziały ZUS z inicjatywy Centrali ZUS.

realizacji ww. wydarzenia Oddział współpracował z Stowarzyszeniem Amazonek „Agata”, Ruchem Kobiet do Walki z Rakiem Piersi EUROPA DONNA LEGNICA oraz Ośrodkiem Diagnostyki Onkologicznej Społecznej Fundacji Solidarności w Legnicy.

W dniu 23 listopada 2019 r. przedstawiciele Oddziału uczestniczyli w naukowej konferencji medycznej zorganizowanej przez Ruch Kobiet do Walki z Rakiem Piersi EUROPA DONNA LEGNICA - "Postępy w profilaktyce diagnostyce i leczeniu raka piersi w Polsce. Rola Koalicji EUROPA DONNA w tworzeniu Ośrodków Breast Unit w Europie i w Polsce"<sup>54</sup>.

Ekspert-pracownik Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji Oddziału omówił w czasie konferencji „Świadczenia i program rehabilitacji leczniczej ZUS w Polsce dla kobiet po mastektomii”. W konferencji uczestniczyło łącznie 50 osób, w tym dwóch pracowników Oddziału.

(akta kontroli t. I str. 7-41)

1.5. W okresie objętym kontrolą w Oddziale funkcjonował Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji<sup>55</sup>, do którego zadań m.in. należała obsługa skierowań na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej oraz obsługa administracyjno-techniczna postępowań orzeczniczych. Wydział podlegał głównemu lekarzowi orzecznikowi podobnie jak zastępca lekarza orzecznika oraz lekarze orzecznicy zatrudnieni w Oddziale.

W 2018 r. wykonanie wydatków planu finansowego Wydziału wyniosło 82,1% (657,1 tys. zł z zaplanowanych 800,3 tys. zł), natomiast w 2019 r. wyniosło 97,3% (764,1 tys. zł z zaplanowanych 785,5 tys. zł). Zgodnie z uregulowaniami w zakresie planowania w ZUS, na poziomie Wydziału planowane były wyłącznie wybrane rodzaje wydatków. Były to wydatki na: badania osób ubiegających się o krajowe i zagraniczne świadczenia rentowe (wykonanie 22,7 tys. zł w 2018 r. i 21,8 tys. zł w 2019 r.), tłumaczenia (odpowiednio 0,1 tys. zł w 2018 r. i 1,4 tys. zł w 2019 r.), wynagrodzenia bezosobowe wynikające z umów cywilnoprawnych (odpowiednio 334,9 tys. zł w 2018 r. i 327,3 tys. zł w 2019 r.), zwrot kosztów podróży osobom wzywany (odpowiednio 299,4 tys. zł w 2018 r. i 335,6 tys. zł w 2019 r.). Pozostałe rodzaje wydatków związanych z funkcjonowaniem Wydziału (np. wynagrodzenia pracowników Wydziału) uwzględniane były w planie finansowym Oddziału w wielkościach planowanych ogółem (poszczególnych pozycji rodzajowych wydatków), ale bez uszczegółowienia według miejsc powstawania wydatków.

Niepełne wykonanie planu finansowego Wydziału w 2018 r. podyktowane było:

- zmniejszonym wpływem wniosków o wydanie orzeczeń i ograniczoną liczbą podpisanych umów na współpracę z lekarzami konsultantami (dotyczy wydatków na wynagrodzenia bezosobowe – plan 420 tys. zł, wykonanie 334,9 tys. zł);
- zmniejszoną liczbą wniosków o rentę z tytułu niezdolności do pracy oraz długotrwałą niezdolnością do pracy jednego z lekarzy orzeczników (dotyczy zwrotu kosztów przejazdu osobom wzywany na badania lekarskie – plan 348,0 tys. zł, wykonanie 299,4 tys. zł);
- niższymi kosztami badań osób ubiegających się o świadczenia rentowe (plan 32,0 tys. zł, wykonanie 22,7 tys. zł).

W ocenie Dyrektora Oddziału: „Wykonanie planu finansowego na poziomie 82,1% w 2018 r. nie miało wpływu na jakość realizowanych zadań przez Wydział Orzecznictwa Lekarskiego. Wnioski wpływające do Wydziału w 2018 r. były lepiej udokumentowane pod względem medycznym co przyczyniło się do ograniczenia prowadzenia dodatkowych badań oraz konsultacji specjalistycznych”.

<sup>54</sup> Udział w konferencji naukowej był inicjatywą własną Oddziału.

<sup>55</sup> Dalej: „Wydział”.

Oddział prowadził ewidencję kosztów, która umożliwiała identyfikację kosztów rodzajowych według miejsc powstawania. W 2018 r. wykonanie kosztów Oddziału w obszarze orzecznictwa lekarskiego i prewencji wyniosło<sup>56</sup> ogółem 2.971,8 tys. zł, w tym koszty przyporządkowane do: głównego lekarza orzecznika i jego zastępcy – 310,3 tys. zł, pozostałych lekarzy orzeczników – 1.797,6 tys. zł, Wydziału – 863,9 tys. zł. Natomiast w 2019 r. wykonanie to wyniosło ogółem 3.705,9 tys. zł (wzrost o 24,7%), w tym koszty przyporządkowane do: głównego lekarza orzecznika i jego zastępcy – 389,0 tys. zł (wzrost o 25,4%), pozostałych lekarzy orzeczników – 2.403,7 tys. zł (wzrost o 33,7%), Wydziału – 913,2 tys. zł (wzrost o 5,7%).

W sprawie przyczyn wzrostu w 2019 r. kosztów Oddziału w obszarze orzecznictwa lekarskiego i prewencji Dyrektor Oddziału wyjaśnił: *„Znaczny wzrost kosztów w obszarze Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji w 2019 r. związany był ze wzrostem od 1 stycznia wynagrodzenia zasadniczego głównego lekarza orzecznika Oddziału, zastępcy głównego lekarza orzecznika i lekarzy orzeczników Oddziału. Na mocy porozumienia, dotyczącego wzrostu wynagrodzeń, zawartego 19 marca 2019 r. pomiędzy pracodawcą a przedstawicielami zakładowych organizacji związkowych, wszyscy pracownicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zostali objęci podwyżkami uznaniowymi wynagrodzenia zasadniczego. Wzrost wynagrodzenia zasadniczego (...) wpłynął na wzrost wszystkich pozostałych pochodnych (...). Drugą przesłanką wzrostu kosztów (...) była realizacja Ustawy z dnia 31 lipca (...) o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (...). (...).”*

(akta kontroli t. I str. 7-41; 153-154; 204-361)

**1.6.** W latach 2018-2019 w Oddziale odnotowano łącznie 34 kontrole, tj.:

- w książce kontroli prowadzonej w formie tradycyjnej (papierowej) wpisanych było 10 kontroli, w tym sześć kontroli przeprowadzonych przez podmioty zewnętrzne i cztery przez komórki organizacyjne Centrali ZUS<sup>57</sup>,
- w elektronicznym rejestrze kontroli prowadzonych w Oddziale wpisane były 24 kontrole, w tym dwie kontrole oznaczone jako „umorzone”<sup>58</sup> i jedna oznaczona jako „anulowana”<sup>59</sup>. W ww. rejestrze ewidencjonowano wyłącznie kontrole prowadzone w Oddziale przez wewnętrzne komórki organizacyjne ZUS, w tym komórki organizacyjne Oddziału.

W latach 2018-2019 w Oddziale przeprowadzono jedną kontrolę w obszarze orzecznictwa lekarskiego. Kontrolę<sup>60</sup> przeprowadził Departament Orzecznictwa Lekarskiego w okresie od 25 marca 2019 r. do 29 marca 2019 r. Tematem kontroli była „Działalność głównego lekarza orzecznika, ocena orzeczeń o niezdolności do pracy oraz organizacja pracy orzecznictwa lekarskiego. W toku ww. kontroli

<sup>56</sup> Dotyczy wszystkich zadań realizowanych przez Wydział (nie tylko zadań związanych z obsługą skierowań na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej).

<sup>57</sup> Departament Spraw Pracowniczych (DST), Departament Kontroli Płatników (DKP), Departament Kontroli Wewnętrznej (DKW) oraz BPZ.

<sup>58</sup> Pojęcia kontroli „umorzonej” oraz „anulowanej” używane są w dokumencie „F6 1.01.001 Dokumentacja użytkownika”. Opracowanie koncentruje się na aspektach technicznych związanych z prowadzeniem kontroli wewnętrznej przy wykorzystaniu aplikacji ZUS. Umorzenie oraz anulowanie kontroli odnosi się do statusów, które mogą być nadane przedsięwzięciu kontrolnemu po zarejestrowaniu go w aplikacji, na etapie przygotowania kontroli oraz prowadzenia czynności kontrolnych. Oba pojęcia mają w zasadzie tożsamy charakter znaczenia sprowadzające się do przerwania przedsięwzięcia.

Umorzenie lub anulowanie kontroli stanowi następstwo decyzji podjętej przez kierownika jednostki lub komórki prowadzącej daną kontrolę, w zależności od szczegółowych okoliczności przemawiających za zakończeniem przedsięwzięcia kontrolnego.

<sup>59</sup> Jw.

<sup>60</sup> Kontrola planowa.

stwierdzono trzy przypadki braku zgodności ustaleń orzeczniczych z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności lekarzy orzeczników (na zbadanych 128 spraw). W konsekwencji Departament Orzecznictwa Kontrolnego przekazał ww. trzy sprawy do ponownego rozpatrzenia przez komisję lekarską oraz 27 maja 2019 r. wystosował do Dyrektora Oddziału zalecenie pokontrolne o treści: *„Intensyfikacja działań w ramach nadzoru głównego lekarza orzecznika, które skutecznie wyeliminują nieprawidłowości w zakresie orzeczonego stopnia i przewidywanego okresu trwania niezdolności do pracy w orzeczeniach lekarzy orzeczników – powodujące konieczność skierowania sprawy do ponownego rozpatrzenia. Należy realizować w terminie: na bieżąco.”*

W dniu 9 lipca 2019 r. Dyrektor Oddziału w następujący sposób poinformował Departament Orzecznictwa Kontrolnego o realizacji ww. zalecenia: *„(...) Zobowiązałem głównego lekarza orzecznika i jego zastępcę do bezpośrednich działań, które wyeliminują przypadki powodujące konieczność skierowania sprawy do ponownego rozpatrzenia poprzez:*

- *wnikliwą analizę podczas dekretacji zgromadzonej dokumentacji i uzupełnienie spraw niedostatecznie udokumentowanych,*
- *podnoszenie poziomu orzekania poprzez prowadzenie planowych oraz indywidualnych szkoleń lekarzy orzeczników dotyczących spraw budzących zastrzeżenia merytoryczne.”*

W elektronicznym rejestrze kontroli prowadzonych w Oddziale zaewidencjonowana była również kontrola *„Przebieg postępowania w sprawach o renty z tytułu niezdolności do pracy z uwzględnieniem obsługi spraw prowadzonych przez Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji”*, którą przeprowadzić miał Wydział Kontroli Wewnętrznej Oddziału od 28 grudnia 2018 r. Kontrola ta nie została jednak przeprowadzona (w rejestrze została oznaczona jako „anulowana”). W powyższej sprawie Dyrektor Oddziału wyjaśnił: *„Kontrola została anulowana ze względu na niewykonanie planu kontroli na 2018 r. Według uzasadnienia ówczesnego Naczelnika Wydziału Kontroli Wewnętrznej powodem tego były: Zmiany kadrowe dokonane w komórce KTW w II półroczu 2018 r., w tym m.in. zmiana kierującego Wydziałem, zatrudnienie od 13 listopada 2018 r. dwóch nowych pracowników. Stopień wdrożenia do pracy nowozatrudnionych osób, zakres kontroli oraz czas pozostały na jej przygotowanie - nie pozwalał na przeprowadzenie i zakończenie czynności kontrolnych w zaplanowanym terminie.”*

W latach 2018-2019 do Oddziału nie wpłynęły skargi i wnioski w zakresie rehabilitacji leczniczej realizowanej przez ten podmiot w ramach prewencji rentowej. W rejestrze skarg i wniosków odnotowano natomiast łącznie sześć skarg (po trzy w każdym roku), których przedmiotem były: kwestie proceduralne, sposób przeprowadzenia badania oraz zachowanie lekarzy orzeczników Oddziału, zachowanie lekarza konsultanta przeprowadzającego badanie oraz zachowanie pracownika Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji niebędącego lekarzem.

W 2018 r. wpłynęły dwie skargi (obie uznano za nieuzasadnione), które dotyczyły kwestii proceduralnych oraz sposobu przeprowadzenia badania przez lekarzy orzeczników (osoby skarżące ubiegały się odpowiednio o: wydanie orzeczenia o niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy i świadczenie rehabilitacyjne) oraz jedna skarga (uznana za nieuzasadnioną) na zachowanie pracownika Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji niebędącego lekarzem (osoba skarżąca ubiegała się o rentę z tytułu niezdolności do pracy).

W 2019 r. wpłynęły dwie skargi (obie uznano za nieuzasadnione), które dotyczyły zachowania lekarza orzecznika oraz sposobu udzielenia przez niego informacji (osoby skarżące ubiegały się o świadczenie rehabilitacyjne). Dodatkowo wpłynęła

jedna skarga (pozostawiona bez rozpatrzenia ponieważ osoba skarżąca nie uzupełniła braków formalnych) na zachowanie lekarza konsultanta podczas badania (osoba badana ubiegała się o świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji).

Badanie dokumentacji przywołanych skarg wykazało, że Oddział rozpatrzył skargi zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego*<sup>61</sup>.

(akta kontroli t. I str. 7-41; 123-154, 192-203)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym powyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W okresie od 1 października 2019 r. do 14 kwietnia 2020 r. ZUS zezwolił/umożliwił<sup>62</sup> Oddziałom skrócenie czasu na rozpatrzenie wniosków o rehabilitację z 20 do 15 minut w przypadku rozpoznania sprawy na podstawie zgromadzonej dokumentacji (badanie zaoczne), oraz z 40 do 30 minut w przypadku bezpośredniego badania stanu zdrowia osoby, w odniesieniu do której miało zostać wydane orzeczenie (badanie bezpośrednie). Kontrola obciążenia lekarzy pracą przeprowadzona na próbie siedmiu lekarzy orzeczników Oddziału, a obejmująca harmonogramy pracy lekarzy orzeczników z 15 października 2019 r. oraz ich realizację<sup>63</sup>, wykazała że w Oddziale nie przestrzegano ww. norm. Sporządzone harmonogramy przewidywały bowiem przeprowadzenie badań bezpośrednich w czasie 15 minut, a nie jak należało 30 minut (33 przypadki z 57 zaplanowanych badań bezpośrednich ogółem)<sup>64</sup> oraz badań zaocznych w czasie 7-8 minut, a nie jak należało 15 minut (15 przypadków z 53 zaplanowanych badań zaocznych ogółem)<sup>65</sup>.

Realizacja ww. harmonogramów<sup>66</sup> również nie była prawidłowa. Odnotowano bowiem 30<sup>67</sup> przypadków badań bezpośrednich (spośród 47 przeprowadzonych badań tego rodzaju ogółem), wykonanych w czasie 15 minut, a nie jak należało 30 minut. Badania zaoczne przeprowadzono zgodnie z harmonogramem.

W powyższej sprawie Dyrektor Oddziału wyjaśnił: *W związku z bardzo dużym wpływem spraw do rozpatrzenia w pionie orzecznictwa lekarskiego od września 2019 r., przed wejściem 1 października 2019 r. w życie regulacji prawnej w zakresie świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, znacząco narastał czas od wpływu wniosku do momentu jego rozpatrzenia przez lekarza orzecznika. W tym przypadku Wydział skorzystał z możliwości aplikacji i skrócił czas badania do 15 minut. Skróciło to czas oczekiwania ubezpieczonego na rozpatrzenie wniosku, umożliwiło szybsze wydanie decyzji wydziału merytorycznego i otrzymanie świadczenia z wypłatą. Na dodatkowe obciążenie pracą lekarze orzecznicy wyrazili zgodę i otrzymali za to dodatkową gratyfikację pieniężną z Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego.*

(akta kontroli t. I str. 7-41; t. II str. 447- 484; 508-512)

<sup>61</sup> Dz.U. z 2020 r. poz. 256, ze zm.

<sup>62</sup> Korespondencja mailowa Naczelnego Lekarza Zakładu z dnia 16 września 2019 r. i 12 marca 2020 r.

<sup>63</sup> Kontrolowano harmonogramy pracy lekarzy orzeczników obejmujące wszystkie rodzaje świadczeń z wyłączeniem harmonogramów właściwych dla kontroli prawidłowości wydawania zwolnień lekarskich.

<sup>64</sup> 57,9% wszystkich zaplanowanych na ten dzień badań bezpośrednich.

<sup>65</sup> 28,3 % wszystkich zaplanowanych na ten dzień badań zaocznych.

<sup>66</sup> Ocena realizacji harmonogramów uwzględnia niestawiennictwo wezwanych na badanie orzecznicze.

<sup>67</sup> 63,8% wszystkich przeprowadzonych w tym dniu badań bezpośrednich.



2. W latach 2018-2019 Oddział nie współpracował z co najmniej dwoma konsultantami posiadającymi specjalizację z zakresu kardiologii, audiologii, hematologii, onkologii, gastroenterologii, stomatologii, laryngologii oraz dwoma psychologami, pomimo że było to wymagane postanowieniami Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń (Załącznik nr 9 pkt II ppkt 1<sup>68</sup>).

W powyższej sprawie Dyrektor Oddziału wyjaśnił: *Realizując potrzeby Oddziału w zakresie liczby konsultantów Główny Lekarz Orzecznik kierował się liczbą wydanych orzeczeń oraz liczbą wydanych konsultacji w roku poprzedzającym. Liczba lekarzy konsultantów zatrudnionych w Oddziale jest adekwatna do liczby wydanych orzeczeń. Na podstawie analizy spraw z lat ubiegłych przyjęto, że jeden konsultant danej specjalizacji wystarczy do wpływających sporadycznie wniosków ze schorzeniami tych specjalności. (...).*

NIK wskazuje, że liczba wydanych opinii konsultantów ogółem<sup>69</sup> w latach 2017-2019 wyniosła ogółem odpowiednio 2382, 2363 i 2696 sztuk, w tym konsultacji:

- lekarza audiologa odpowiednio 35, 20 i 21 sztuk,
- lekarza hematologa odpowiednio 7, 13 i 4 sztuki,
- lekarza gastroenterologa odpowiednio 7, 9 i 8 sztuk,
- lekarza laryngologa odpowiednio 8, 19 i 15 sztuk,
- psychologa odpowiednio 72, 58 i 96 sztuk.

W badanym okresie w Oddziale nie było zapotrzebowania na opinie konsultantów stomatologów.

W ocenie NIK przepisy wewnętrzne ZUS powinny określać możliwość odstępstw w zakresie współpracy z dwoma konsultantami w sytuacji gdy, liczba opinii w danej specjalizacji nie przekracza określonego progu rocznie. Wobec powyższego zasadnym wydaje się wystąpienie Dyrektora Oddziału do Prezesa ZUS o rozważenie zmian postanowień regulacji wewnętrznych w ww. zakresie.

(akta kontroli t. I str. 7-54; 116-122)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Postępowania związane z naborem lekarzy orzeczników, wyłanianiem lekarzy konsultantów oraz podmiotu świadczącego usługi w zakresie wykonywania specjalistycznych badań lekarskich i laboratoryjnych zleczanych przez lekarzy orzeczników przeprowadzono zgodnie z obowiązującymi przepisami, a także uregulowaniami wewnętrznymi<sup>70</sup>. Lekarze orzecznicy zatrudnieni w Oddziale spełniali wymogi formalne wymagane rozporządzeniem *w sprawie orzekania o niezdolności do pracy*<sup>71</sup> i nie wydawali w okresie objętym kontrolą orzeczeń przed ukończeniem przeszkolenia, o którym mowa w ww. rozporządzeniu. Oddział umożliwiał zatrudnionym lekarzom orzecznikom podnoszenie kwalifikacji zawodowych, prowadził również ukierunkowaną działalność informacyjno-promocyjną dotyczącą rehabilitacji leczniczej (starano się aktywizować osoby niepełnosprawne). Stwierdzone w wyniku kontroli nieprawidłowości miały charakter formalny i nie wpływały na ograniczenie ubezpieczonym możliwości podjęcia

<sup>68</sup> „(...) Każdy oddział współpracuje z co najmniej dwoma konsultantami Zakładu posiadającymi tę samą specjalizację.”

<sup>69</sup> Obejmuje konsultacje na potrzeby świadczeń długoterminowych oraz konsultacje na potrzeby kontroli ZLA.

<sup>70</sup> Odpowiednio art. 74a – 74g ustawy o sus, art. 68 ust 2 ustawy o sus i poleceniami Dyrektora Oddziału w sprawie powołania Zespołu do przeprowadzenia negocjacji w sprawie określenia stawki za sporządzenie jednostkowej opinii konsultantów Zakładu, a także załącznikiem do zarządzenia Nr 4 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 16 stycznia 2013 r. – Zasady dokonywania zakupów w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (tj. po zmianach – stan prawny na 28 lutego 2017 r.) i załącznikiem do zarządzenia Nr 1 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 2 stycznia 2018 r. – Procedura do procesu 14.1 Realizacja zakupów.

<sup>71</sup> § 11 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.

rehabilitacji. Nieprawidłowości te dotyczyły: [1] nieprzestrzegania wytycznych Naczelnego Lekarza Zakładu w zakresie obciążenia lekarzy pracą, [2] nieprzestrzegania Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń – w zakresie wymogu dotyczącego współpracy z co najmniej dwoma konsultantami posiadającymi specjalizację z zakresu kardiologii, audiologii, hematologii, onkologii, gastroenterologii, stomatologii, laryngologii oraz dwoma psychologami.

NIK zwraca uwagę na niezależne od Oddziału problemy związane z pozyskiwaniem kadry lekarskiej w 2019 r. Wobec zwiększonych potrzeb w tym zakresie. Odnotowano bowiem istotnie niższy niż planowano poziom zatrudnienia lekarzy orzecznictwa ogólnego<sup>72</sup>. Przeprowadzone w 2019 r. nabory zakończyły się niepowodzeniem pomimo wzrostu atrakcyjności ofert pracy kierowanych do tej grupy pracowników, tj. oferowania wynagrodzeń o 30% wyższych niż w 2018 r.

OBSZAR

## **2. Prawidłowość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej**

Opis stanu faktycznego

**2.1.** Kontrola losowo wybranych 18 spraw z 2018 r. (tj. w których wnioski wpłynęły i zostały rozpatrzone w tym roku), w których lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji<sup>73</sup> wykazała<sup>74</sup>, że postępowania (zakończone wydaniem orzeczenia) prowadzone były z zachowaniem wymogów rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz obowiązującej w ZUS Procedury do Procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń.

W ww. 18 badanych przypadkach:

- wnioski o rehabilitację złożone zostały przez ubezpieczonych (każda sprawa została rozpatrzona na wniosek lekarza leczącego);
- osoby wnioskujące, w okresie roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację przebywały na przysługujących im świadczeniach z ZUS od 1 do 365 dni (łącznie 3640 dni, średnio 202 dni), przy czym dwie osoby nie pobierały żadnych świadczeń (0 dni na świadczeniach);
- osoby wnioskujące, w okresie roku po uzyskaniu orzeczenia (odmowa merytoryczna) przebywały na przysługujących im świadczeniach z ZUS od 9 do 365 dni (łącznie 4161 dni, średnio 231 dni), przy czym dwie osoby nie pobierały żadnych świadczeń (0 dni na świadczeniach);
- osoby wnioskujące, w okresie roku po uzyskaniu orzeczenia (odmowa merytoryczna) w systemie informatycznym ZUS wykazane były<sup>75</sup> jako pracownik (10 przypadków), rencista (10 przypadków), zleceniobiorca (jeden przypadek), osoba prowadząca działalność gospodarczą (cztery przypadki), emeryt (dwa przypadki) oraz osoba bezrobotna (jeden przypadek);
- osoby wnioskujące, w okresie roku po uzyskaniu orzeczenia (odmowa merytoryczna) pobierały z ZUS świadczenia tytułem: renty z tytułu niezdolności do pracy (siedem osób), renty z tytułu niezdolności do pracy oraz świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku chorobowego (jedna osoba), renty rodzinnej bądź renty socjalnej (dwie osoby), zasiłku chorobowego (pięć osób), emerytury (jedna osoba). Żadnych świadczeń w tej grupie nie pobierały dwie osoby;
- osobom wnioskującym, w okresie roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację, ZUS wypłacił łącznie 218,1 tys. zł tytułem przysługujących im świadczeń;

<sup>72</sup> Plan zatrudnienia 14,8 etatu, wykonanie (rzeczywisty poziom zatrudnienia) 10,13 etatu.

<sup>73</sup> Przypadki, w których lekarz orzecznik uznał rehabilitację za niecelową, tj. osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokuje odzyskania zdolności do pracy.

<sup>74</sup> Badano 18 spraw z 361 ogółem spełniających przywołane kryteria wyboru (4,9% spraw).

<sup>75</sup> Zgłoszenie do ubezpieczeń aktualne w ciągu roku od daty wydania orzeczenia o odmowie rehabilitacji.

- osobom wnioskującym, w okresie roku po uzyskaniu orzeczenia (odmowa merytoryczna), ZUS wypłacił łącznie 260,3 tys. zł tytułem przysługujących im świadczeń;
- łączna kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona<sup>76</sup> przez/za osoby wnioskujące w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację wyniosła 129,6 tys. zł;
- łączna kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona przez/za osoby wnioskujące w ciągu roku po uzyskaniu orzeczenia (odmowa merytoryczna) wyniosła 118,5 tys. zł;
- 15 z 18 badanych orzeczeń o odmowie merytorycznej (83,3%) wydanych zostało przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (innej niż typ schorzenia) osoby wnioskującej, w przypadkach tych nie zlecano dodatkowych badań;
- wobec czterech z 18 badanych orzeczeń wniesione zostały sprzeciwy<sup>77</sup>, przy czym w trzech przypadkach Komisje Lekarskie ZUS podtrzymały orzeczenie lekarza orzecznika Oddziału, a w jednym przypadku wydały orzeczenie zmieniające (ubezpieczony odbył rehabilitację leczniczą);
- średni okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację do wydania orzeczenia o odmowie merytorycznej wyniósł 16 dni (najkrótszy 10 dni, a najdłuższy 23 dni).

(akta kontroli t. I str. 362-397; 452-505; t. II str. 198-203; 393-446; 492-497, 522-528; 539-546; 661-663)

**2.2.** Kontrola losowo wybranych 59 spraw z 2018 r. (w których wnioski wpłynęły, zostały rozpatrzone oraz osoba skierowana zakończyła turnus rehabilitacyjny w tym roku), w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku<sup>78</sup>:

- a) nie pobierał z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany (14 spraw)<sup>79</sup>;
- b) pobierał zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany lub też pewna część zasiłków była z nimi związana (18 spraw<sup>80</sup>);
- c) pobierał świadczenie rehabilitacyjne (18 spraw<sup>81</sup>);
- d) pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy (9 spraw<sup>82</sup>);

wykazała że postępowania (zakończone wydaniem orzeczenia o potrzebie rehabilitacji) prowadzone były z zachowaniem wymogów rozporządzenia w sprawie

<sup>76</sup> Sformułowanie „kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona przez/za osoby wnioskujące”, używane w pkt. 2.1 oraz pkt 2.2 niniejszego wystąpienia pokontrolnego należy rozumieć jako kwotę należnych składek na ubezpieczenia społeczne wynikającą z deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

<sup>77</sup> Zgodnie z § 2 ust. 5 rozporządzenia w sprawie *rehabilitacji* od orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu o potrzebie rehabilitacji leczniczej osoby uprawnionej przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej Zakładu, w terminie i na zasadach określonych w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1270 i 2245 oraz z 2019 r. poz. 39).

<sup>78</sup> Badano 63 sprawy z 462 ogółem spełniających przywołane kryteria wyboru (13,6% spraw), przy czym z próby określonej w pkt 2.2 a) wyłączono ostatecznie cztery osoby, które przez 365 dni w okresie roku przed rehabilitacją pobierały świadczenia z tytułu renty rodzinnej, emerytury oraz wynagrodzenia określonego w art. 92 Kodeksu pracy.

<sup>79</sup> Badano 18 spraw, przy czym z próby określonej w pkt 2.2 a) wyłączono ostatecznie cztery osoby, które przez 365 dni w okresie roku przed rehabilitacją pobierały świadczenia z tytułu renty rodzinnej, emerytury oraz wynagrodzenia określonego w art. 92 Kodeksu pracy.

<sup>80</sup> Badano 18 spraw z 291 ogółem spełniających przywołane kryteria wyboru (6,2% spraw).

<sup>81</sup> Badano 18 spraw z 49 ogółem spełniających przywołane kryteria wyboru (36,7% spraw).

<sup>82</sup> Skontrolowano dziewięć spraw, tj. wszystkie sprawy spełniające założone kryterium wyboru (100% spraw).

rehabilitacji oraz obowiązującej w ZUS Procedury do Procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń.

We wszystkich ww. 59 sprawach:

- wnioskujący ukończyli rehabilitację leczniczą, która realizowana była w trybie stacjonarnym – w kontrolowanym okresie Oddział kierował uprawnionych na rehabilitację leczniczą realizowaną wyłącznie w trybie stacjonarnym, w ramach umów zawartych z ośrodkami rehabilitacyjnymi przez Centralę ZUS;

- w wydawanych opiniach, lekarz orzecznik zatrudniony w Oddziale nie oceniał czy możliwe jest przekwalifikowanie zawodowe wnioskującego o rehabilitację leczniczą.

W powyższej sprawie Dyrektor Oddziału wyjaśnił: „Zgodnie z załącznikiem Nr 6 do procedury 9.1 „Wydawanie orzeczeń” pkt II, ppkt 1- lekarze orzecznicy odnoszą się do wszystkich okoliczności wskazanych we wniosku o wydanie orzeczenia. Okolicznością wskazaną we wnioskach o rehabilitację leczniczą jest jedynie celowość przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS a nie przekwalifikowanie zawodowe.

*Celowość przekwalifikowania zawodowego lekarze orzecznicy mogą przyznać, zgodnie z wyżej przywołanym punktem, przy wnioskach o renty z tytułu niezdolności do pracy. (...)*”.

Kontrola ww. 59 spraw z 2018 r. wykazała ponadto, że:

- osoby wnioskujące, w okresie roku po odbyciu rehabilitacji leczniczej przebywały na przysługujących im świadczeniach z ZUS łącznie 9 035 dni, tj. o 16,2% mniej niż w okresie roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację (10 781 dni);

- osobom wnioskującym, w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji ZUS wypłacił łącznie 734,1 tys. zł tytułem przysługujących im świadczeń, tj. o 22,3% mniej niż w okresie roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację (944,9 tys. zł);

- łączna kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona<sup>83</sup> przez/za osoby wnioskujące w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji wyniosła 644,0 tys. zł, tj. była o 16,9% wyższa niż przed złożeniem wniosku o rehabilitację (752,9 tys. zł);

- osoby wnioskujące, w okresie roku po uzyskaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji w systemie informatycznym ZUS wykazane były<sup>84</sup> jako pracownik (51 przypadków), rencista (15 przypadków), emeryt (siedem przypadków), zleceniobiorca (sześć przypadków), osoba prowadząca działalność gospodarczą (dwa przypadki), osoba bezrobotna (dwa przypadki); inny (dwa przypadki)<sup>85</sup>;

- 32 z 59 badanych osób (54,2%) w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji pobierało świadczenia z ZUS w związku ze schorzeniem<sup>86</sup>, na które były rehabilitowane (z powyższego cztery (28,6%) - w grupie osób niepobierających świadczeń<sup>87</sup>, 11 (61,1% ) - w grupie osób pobierających zasiłki chorobowe<sup>88</sup>,

---

<sup>83</sup> Sformułowanie „kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona przez/za osoby wnioskujące”, używane w pkt. 2.1 oraz pkt 2.2 niniejszego wystąpienia pokontrolnego należy rozumieć jako kwotę należnych składek na ubezpieczenia społeczne wynikającą z deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

<sup>84</sup> Zgłoszenie do ubezpieczeń aktualne w ciągu roku od daty wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji.

<sup>85</sup> Odnotowano łącznie 85 tytułów zgłoszeń do ubezpieczeń dla badanych 59 osób (np. jedna osoba mogła zostać zgłoszona jako pracownik, emeryt a jednocześnie zleceniobiorca).

<sup>86</sup> Ubezpieczeni, którzy w okresie roku po odbyciu rehabilitacji pobierali świadczenia ze względu na wystąpienie choroby na którą byli rehabilitowani (ten sam kod choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10).

<sup>87</sup> Pkt 2.2 a) niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

<sup>88</sup> Pkt 2.2 b) niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

dziewięć (50%) - w grupie pobierających świadczenie rehabilitacyjne<sup>89</sup> i osiem (88,9%) - w grupie pobierających rentę<sup>90</sup>;

- 48 z 59 badanych orzeczeń (81,4%) wydanych zostało przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (innej niż typ schorzenia) osoby wnioskującej o rehabilitację leczniczą. Z ww. 48 przypadków tylko w jednym zlecono dodatkowe badania (uzyskano opinię lekarza neurologa).

W powyższej sprawie Dyrektor Oddziału wyjaśnił: (...) *Przed przystąpieniem do orzekania lekarze przechodzą wielokierunkowe szkolenia, zarówno na poziomie Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego, jak i w ramach kompetencji bezpośredniego nadzoru w oddziale (GLO, z-cy GLO). Posiadana przez nich wiedza orzecznicza pozwala na rozpatrzenie każdej sprawy, niezależnie od schorzenia, z powodu którego ubezpieczony składa wniosek o świadczenie a także na wydanie orzeczenie w każdym rodzaju sprawy. Lekarze orzecznicy Zakładu są podzieleni na tzw. "przychodnie", gdzie grupuje się podobne/pokrewne specjalizacje. Jeżeli są takie możliwości kadrowe, zarówno w obszarze orzeczników, jak i konsultantów i pozwala na to konieczność zachowania terminowości rozpatrzenia wniosku, kierujemy sprawy do rozpatrzenia mając na uwadze posiadaną specjalizację. W naszym Oddziale przekrój specjalizacji, posiadanych przez lekarzy orzeczników jest ograniczony. Nie dysponujemy też taką ilością konsultantów, aby ocenić wszystkich ubezpieczonych.*

Kwestie związane z zapewnieniem właściwej obsady kadrowej lekarzy orzeczników opisano w obszarze pierwszym niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Analiza dokumentacji 16 osób<sup>91</sup>, w przypadku których odnotowano najdłuższe terminy od daty złożenia wniosku o rehabilitację do daty rozpoczęcia rehabilitacji, oraz od daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację do daty rozpoczęcia rehabilitacji wykazała, że:

- w ośmiu przypadkach termin rehabilitacji został wyznaczony na najbliższe możliwe terminy (dostępność miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych);
- w siedmiu przypadkach terminy rehabilitacji zostały wyznaczone na prośbę ubezpieczonych;
- w jednym przypadku termin rehabilitacji został wyznaczony zgodnie z sugestią lekarza orzecznika.

W sprawie przyczyn, które wpływają na wydłużenie okresu czasu, który upływa pomiędzy datą złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą a datą jej rozpoczęcia przez ubezpieczonych w ośrodkach rehabilitacyjnych Dyrektor Oddziału wyjaśnił: „*Terminy skierowań na rehabilitację leczniczą zależne są od dostępności miejsc i terminów w ośrodkach widocznych w aplikacji WL. Informacje o miejscach i terminach w aplikacji WL są dostępne dla pracowników zajmujących się prewencją rentową wszystkich Oddziałów ZUS w Polsce. Ze względu na dużą liczbę osób skierowanych, szybkie terminy często są już niedostępne.*”.

(akta kontroli t. I str. 362-451; 505-640; t. II 198-392; 498-507; 513-543; 547-623; 661-663)

**Ad 2.2 a) Osoby niepobierające z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które były rehabilitowane<sup>92</sup>**

<sup>89</sup> Pkt 2.2 c) niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

<sup>90</sup> Pkt 2.2 d) niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

<sup>91</sup> Do analizy wybrano po cztery osoby wskazane w skorygowanych załącznikach od 1.2 - 1.4 do pisma Dyrektora nr 190000/0810/23/2020-ORG z 28 sierpnia 2020 r.

<sup>92</sup> W okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację.

Kontrola 14 spraw wymienionych w pkt 2.2. a) w zakresie zgodności ich prowadzenia z wymogami rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz obowiązującej w ZUS Procedury do Procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej nie wykazała nieprawidłowości<sup>93</sup>.

W ww. 14 badanych przypadkach:

- wnioski o rehabilitację złożone zostały przez ubezpieczonych (każda sprawa została rozpatrzona na wniosek lekarza leczącego);
- osoby wnioskujące, w okresie roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację przebywały na przysługujących im świadczeniach z ZUS od pięciu do 161 dni (łącznie 364 dni, średnio 26 dni), przy czym osiem osób nie pobierało żadnych świadczeń (0 dni na świadczeniach);
- osoby wnioskujące, w okresie roku po odbyciu rehabilitacji leczniczej przebywały na przysługujących im świadczeniach z ZUS od sześciu do 304 dni (łącznie 1064 dni, średnio 76 dni), przy czym cztery osoby nie pobierały żadnych świadczeń (0 dni na świadczeniach);
- osoby wnioskujące, w okresie roku po uzyskaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji w systemie informatycznym ZUS wykazane były<sup>94</sup> jako pracownik (14 przypadków), zleceniobiorcy (dwa przypadki), emeryta (trzy przypadki);
- osoby wnioskujące, w okresie roku po uzyskaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji pobierały z ZUS świadczenia tytułem: zasiłku chorobowego (sześć osób), zasiłku chorobowego i emerytury (trzy osoby), emerytury (jedna osoba). Żadnych świadczeń z ZUS w tej grupie nie pobierały cztery osoby;
- osobom wnioskującym, w okresie roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację, ZUS wypłacił łącznie 49,6 tys. zł tytułem przysługujących im świadczeń;
- osobom wnioskującym, w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji ZUS wypłacił łącznie 139,5 tys. zł tytułem przysługujących im świadczeń;
- łączna kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona<sup>95</sup> przez/za osoby wnioskujące w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację wyniosła 279,9 tys. zł;
- łączna kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona przez/za osoby wnioskujące w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji wyniosła 273,6 tys. zł;
- 11 z 14 badanych orzeczeń (78,6%) wydanych zostało przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (innej niż typ schorzenia) osoby wnioskującej, w przypadkach tych nie zlecano dodatkowych badań;
- wobec 13 z 14 osób (92,9%) po zakończeniu rehabilitacji orzeczono poprawę ich stanu funkcjonalnego<sup>96</sup>, a w przypadku jednej osoby (7,1%) orzeczono, że stan osoby rehabilitowanej nie uległ zmianie. We wszystkich ww. 14 przypadkach lekarz orzecznik zatrudniony w Oddziale w sporządzonej opinii lekarskiej nie wskazał wprost, że badany rokuje poprawę lub odzyskanie zdolności do pracy i w jakim okresie. Niemniej, w przywołanych opiniach lekarz orzecznik uznał za celowe

<sup>93</sup> Badano 18 spraw, przy czym z próby określonej w pkt 2.2 a) wyłączono ostatecznie cztery osoby, które przez 365 dni w okresie roku przed rehabilitacją pobierały świadczenia z tytułu renty rodzinnej, emerytury oraz wynagrodzenia określonego w art. 92 Kodeksu pracy.

<sup>94</sup> Zgłoszenie do ubezpieczeń aktualne w ciągu roku od daty wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji.

<sup>95</sup> Sformułowanie „kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona przez/za osoby wnioskujące”, używane w pkt. 2.1 oraz pkt 2.2 niniejszego wystąpienia pokontrolnego należy rozumieć jako kwotę należnych składek na ubezpieczenia społeczne wynikającą z deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

<sup>96</sup> Ośrodki rehabilitacyjne w „Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS (...)” wydały opinię o poprawie stanu funkcjonalnego osoby rehabilitowanej na dzień wypisu.

przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego zgodnie z wnioskiem lekarza leczącego<sup>97</sup>;

- średni okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację do wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji wyniósł 14 dni (najkrótszy 10 dni a najdłuższy 20 dni);

- średni okres od daty wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację wyniósł 20 dni (najkrótszy 0 dni, tj. zawiadomienie wyemitowano w tym samym dniu co orzeczenie a najdłuższy 64 dni);

- średni okres od daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację do daty rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 92 dni (najkrótszy 10 dni a najdłuższy 180 dni);

- średni okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację do daty rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 126 dni (najkrótszy 38 dni a najdłuższy 194 dni);

W badanej grupie 14 osób<sup>98</sup> łączna liczba dni, za które osoby te pobierały świadczenia przysługujące ubezpieczonym – w okresie roku przed i po rehabilitacji – zwiększyła się o 700 dni (wzrost o 192,3%), kwota wypłaconych im przez Zakład świadczeń – w ciągu roku przed i po rehabilitacji – zwiększyła się o 89,9 tys. zł (wzrost o 181,3%), natomiast kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne<sup>99</sup> tych osób – w tych samych okresach – zmniejszyła się o 6,4 tys. zł (spadek o 2,3%). Liczba osób niepobierających z Zakładu żadnych świadczeń zmniejszyła się z ośmiu przed rehabilitacją do czterech po jej zakończeniu<sup>100</sup>.

(akta kontroli t. I str. 362-451; 505-640; t. II 198-392; 498-507; 513-543; 547-623; 661-663)

**Ad 2.2 b) Osoby pobierające zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które były rehabilitowane lub też pewna część zasiłków była z nimi związana<sup>101</sup>**

Kontrola 18 spraw wymienionych w pkt 2.2 b) w zakresie zgodności ich prowadzenia z wymogami rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz obowiązującej w ZUS Procedury do Procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej nie wykazała nieprawidłowości.

W ww. 18 badanych przypadkach:

- wnioski o rehabilitację złożone zostały przez ubezpieczonych (każda sprawa została rozpatrzona na wniosek lekarza leczącego);

- osoby wnioskujące, w okresie roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację przebywały na przysługujących im świadczeniach z ZUS od 13 do 319 dni (łącznie 2379 dni, średnio 132 dni);

- osoby wnioskujące, w okresie roku po odbyciu rehabilitacji leczniczej przebywały na przysługujących im świadczeniach z ZUS od jednego do 365 dni (łącznie 2239 dni, średnio 124 dni);

- osoby wnioskujące, w okresie roku po uzyskaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji w systemie informatycznym ZUS wykazane były<sup>102</sup> jako pracownik (18 przypadków), rencista (jeden przypadek), zleceniobiorca (jeden przypadek),

<sup>97</sup> Wnioski składane przez lekarzy leczących zawierały informacje, że pacjent rokuje odzyskanie zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji.

<sup>98</sup> Osoby niepobierające z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które były rehabilitowane.

<sup>99</sup> Powyższe należy rozumieć jako kwotę należnych składek na ubezpieczenia społeczne wynikającą z deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

<sup>100</sup> Badano okres jednego roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej przez ubezpieczonego.

<sup>101</sup> W okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację.

<sup>102</sup> Zgłoszenie do ubezpieczeń aktualne w ciągu roku od daty wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji.

emeryt (jeden przypadek); osoba prowadząca działalność gospodarczą (jeden przypadek);

- osoby wnioskujące, w okresie roku po uzyskaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji pobierały z ZUS świadczenia tytułem: zasiłku chorobowego (11 osób), świadczenia rehabilitacyjnego (cztery osoby), zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego (jedna osoba), zasiłku chorobowego i renty z tytułu niezdolności do pracy (jedna osoba), emerytury pomostowej (jedna osoba);

- osobom wnioskującym, w okresie roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację, ZUS wypłacił łącznie 231,1 tys. zł tytułem przysługujących im świadczeń;

- osobom wnioskującym, w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji ZUS wypłacił łącznie 229,1 tys. zł tytułem przysługujących im świadczeń;

- łączna kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona<sup>103</sup> przez/za osoby wnioskujące w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację wyniosła 250,5 tys. zł;

- łączna kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona przez/za osoby wnioskujące w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji wyniosła 278,3 tys. zł;

- 15 z 18 badanych orzeczeń (83,3%) wydanych zostało przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (innej niż typ schorzenia) osoby wnioskującej, w przypadkach tych nie zlecano dodatkowych badań;

- wobec 15 z 18 osób (83,3%) po zakończeniu rehabilitacji orzeczono poprawę ich stanu funkcjonalnego<sup>104</sup>, a w przypadku trzech osób (16,7%) orzeczono, że stan osoby rehabilitowanej nie uległ zmianie. We wszystkich ww. 18 przypadkach lekarz orzecznik zatrudniony w Oddziale w sporządzonej opinii lekarskiej nie wskazał wprost, że badany rokuje poprawę lub odzyskanie zdolności do pracy i w jakim okresie. Niemniej, w przywołanych opiniach lekarz orzecznik uznał za celowe przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego zgodnie z wnioskiem lekarza leczącego<sup>105</sup>;

- średni okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację do wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji wyniósł 16 dni (najkrótszy 12 dni a najdłuższy 25 dni);

- średni okres od daty wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację wyniósł 15 dni (najkrótszy 0 dni, tj. zawiadomienie wyemitowano w tym samym dniu co orzeczenie, a najdłuższy 22 dni);

- średni okres od daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację do daty rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 71 dni (najkrótszy trzy dni, a najdłuższy 141 dni);

- średni okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację do daty rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 103 dni (najkrótszy 30 dni, a najdłuższy 168 dni).

W badanej grupie 18 osób<sup>106</sup> łączna liczba dni, za które osoby te pobierały świadczenia przysługujące ubezpieczonym – w okresie roku przed i po rehabilitacji – zmniejszyła się o 140 dni (spadek o 5,9%), kwota wypłaconych im przez Zakład

---

<sup>103</sup> Sformułowanie „kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona przez/za osoby wnioskujące”, używane w pkt. 2.1 oraz pkt 2.2 niniejszego wystąpienia pokontrolnego należy rozumieć jako kwotę należnych składek na ubezpieczenia społeczne wynikającą z deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

<sup>104</sup> Ośrodki rehabilitacyjne w „Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS (...)” wydały opinię o poprawie stanu funkcjonalnego osoby rehabilitowanej na dzień wypisu.

<sup>105</sup> Wnioski składane przez lekarzy leczących zawierały informacje, że pacjent rokuje odzyskanie zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji.

<sup>106</sup> Osoby pobierające zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które były rehabilitowane lub też pewna część zasiłków była z nimi związana.



świadczeń – w ciągu roku przed i po rehabilitacji – zmniejszyła się o 2,0 tys. zł (spadek o 0,9%), natomiast kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne<sup>107</sup> tych osób – w tych samych okresach – zwiększyła się o 27,7 tys. zł (wzrost o 11,1%). W analizowanej grupie ubezpieczonych jedna z osób po zakończeniu rehabilitacji pobierała świadczenia z tytułu renty z tytułu niezdolności do pracy<sup>108</sup>.

(akta kontroli t. I str. 362-451; 505-640; t. II 198-392; 498-507; 513-543; 547-623; 661-663)

#### **Ad 2.2 c) Osoby pobierające świadczenie rehabilitacyjne<sup>109</sup>**

Kontrola 18 spraw wymienionych w pkt 2.2 c) w zakresie zgodności ich prowadzenia z wymogami rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz obowiązującej w ZUS Procedury do Procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej nie wykazała nieprawidłowości.

W ww. 18 badanych przypadkach:

- wnioski o rehabilitację złożone zostały przez ubezpieczonych (każda sprawa została rozpatrzona na wniosek lekarza leczącego);
- osoby wnioskujące, w okresie roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację przebywały na przysługujących im świadczeniach z ZUS od 26 do 365 dni (łącznie 5044 dni, średnio 280 dni);
- osoby wnioskujące, w okresie roku po odbyciu rehabilitacji leczniczej przebywały na przysługujących im świadczeniach z ZUS od ośmiu do 365 dni (łącznie 2447 dni, średnio 136 dni);
- osoby wnioskujące, w okresie roku po uzyskaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji w systemie informatycznym ZUS wykazane były<sup>110</sup> jako pracownik (15 przypadków), rencista (pięć przypadków), zleceniobiorca (dwa przypadki), emeryt (dwa przypadki); osoba prowadząca działalność gospodarczą (jeden przypadek), osoba bezrobotna (dwa przypadki), inna (dwa przypadki);
- osoby wnioskujące, w okresie roku po uzyskaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji pobierały z ZUS świadczenia tytułem: świadczenia rehabilitacyjnego (sześć osób), świadczenia rehabilitacyjnego i renty z tytułu niezdolności do pracy (dwie osoby), świadczenia rehabilitacyjnego, renty z tytułu niezdolności do pracy i emerytury (jedna osoba), świadczenia rehabilitacyjnego, renty z tytułu niezdolności do pracy i zasiłku chorobowego (jedna osoba), świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku chorobowego (jedna osoba), zasiłku chorobowego (sześć osób), zasiłku chorobowego i renty (jedna osoba);
- osobom wnioskującym, w okresie roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację, ZUS wypłacił łącznie 537,5 tys. zł tytułem przysługujących im świadczeń;
- osobom wnioskującym, w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji ZUS wypłacił łącznie 196,9 tys. zł tytułem przysługujących im świadczeń;
- łączna kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona<sup>111</sup> przez/za osoby wnioskujące w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację wyniosła 105,5 tys. zł;

<sup>107</sup> Powyższe należy rozumieć jako kwotę należnych składek na ubezpieczenia społeczne wynikającą z deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

<sup>108</sup> Badano okres jednego roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej przez ubezpieczonego.

<sup>109</sup> W okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację.

<sup>110</sup> Zgłoszenie do ubezpieczeń aktualne w ciągu roku od daty wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji.

<sup>111</sup> Sformułowanie „kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona przez/za osoby wnioskujące”, używane w pkt. 2.1 oraz pkt 2.2 niniejszego wystąpienia pokontrolnego należy

- łączna kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona przez/za osoby wnioskujące w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji wyniosła 183,8 tys. zł;
- 14 z 18 badanych orzeczeń (77,8%) wydanych zostało przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (innej niż typ schorzenia) osoby wnioskującej, w trzech ww. przypadkach nie zlecano dodatkowych badań<sup>112</sup>;
- wobec 15 z 18 osób (83,3%) po zakończeniu rehabilitacji orzeczono poprawę ich stanu funkcjonalnego<sup>113</sup>, a w przypadku trzech osób (16,7%) orzeczono, że stan osoby rehabilitowanej nie uległ zmianie. We wszystkich 18 przypadkach lekarz orzecznik zatrudniony w Oddziale w sporządzonej opinii lekarskiej nie wskazał wprost, że badany rokuje poprawę lub odzyskanie zdolności do pracy i w jakim okresie. Niemniej, w przywołanych opiniach lekarz orzecznik uznał za celowe przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego zgodnie z wnioskiem lekarza leczącego<sup>114</sup>;
- średni okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację do wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji wyniósł 18 dni (najkrótszy siedem dni, a najdłuższy 27 dni);
- średni okres od daty wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację wyniósł 18 dni (najkrótszy jeden dzień, a najdłuższy 35 dni);
- średni okres od daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację do daty rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 58 dni (najkrótszy trzy dni, a najdłuższy 137 dni);
- średni okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację do daty rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 93 dni (najkrótszy 30 dni, a najdłuższy 177 dni);

W badanej grupie 18 osób<sup>115</sup> łączna liczba dni, za które osoby te pobierały świadczenia przysługujące ubezpieczonym – w okresie roku przed i po rehabilitacji – zmniejszyła się o 2 597 dni (spadek o 51,5 %), kwota wypłaconych im przez Zakład świadczeń – w ciągu roku przed i po rehabilitacji – zmniejszyła się o 340,6 tys. zł (spadek o 63,4 %), natomiast kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne<sup>116</sup> tych osób - w ww. okresach – zwiększyła się o 78,3 tys. zł (wzrost o 74,3%). W analizowanej grupie ubezpieczonych pięć osób po zakończeniu rehabilitacji pobierało świadczenia z tytułu renty z tytułu niezdolności do pracy<sup>117</sup>.

(akta kontroli t. I str. 362-451; 505-640; t. II 198-392; 498-507; 513-543; 547-623; 661-663)

#### **Ad 2.2 d) Osoby pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy**<sup>118</sup>

Kontrola dziewięciu spraw wymienionych w pkt 2.2 d) w zakresie zgodności ich prowadzenia z wymogami rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz obowiązującej w ZUS Procedury do Procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej nie wykazała nieprawidłowości.

---

rozumieć jako kwotę należnych składek na ubezpieczenia społeczne wynikającą z deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

<sup>112</sup> Dodatkowe badania zlecono w jednym z 14 przypadków (7,1%), w których orzeczenia wydane zostały przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia. W analizowanym przypadku uzyskano opinię lekarza neurologa.

<sup>113</sup> Ośrodki rehabilitacyjne w „Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS (...)” wydały opinię o poprawie stanu funkcjonalnego osoby rehabilitowanej na dzień wypisu.

<sup>114</sup> Wnioski składane przez lekarzy leczących zawierały informacje, że pacjent rokuje odzyskanie zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji.

<sup>115</sup> Osoby pobierające świadczenie rehabilitacyjne.

<sup>116</sup> Powyższe należy rozumieć jako kwotę należnych składek na ubezpieczenia społeczne wynikającą z deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

<sup>117</sup> Badano okres jednego roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej przez ubezpieczonego.

<sup>118</sup> W okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację.

W ww. dziewięciu badanych przypadkach:

- wnioski o rehabilitację złożone zostały przez ubezpieczonych (każda sprawa została rozpatrzona na wniosek lekarza leczącego);
- osoby wnioskujące, w okresie roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację przebywały na przysługujących im świadczeniach z ZUS od 245 do 365 dni (łącznie 2994 dni, średnio 333 dni);
- osoby wnioskujące, w okresie roku po odbyciu rehabilitacji leczniczej przebywały na przysługujących im świadczeniach z ZUS po 365 dni (łącznie 3285 dni, średnio 365 dni);
- osoby wnioskujące, w okresie roku po uzyskaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji w systemie informatycznym ZUS wykazane były<sup>119</sup> jako pracownik (cztery przypadki), rencista (dziewięć przypadków), zleceniobiorca (jeden przypadek), emeryt (jeden przypadek);
- osoby wnioskujące, w okresie roku po uzyskaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji pobierały z ZUS świadczenia tytułem: renty z tytułu niezdolności do pracy (siedem osób), renty z tytułu niezdolności do pracy i emerytury (jedna osoba), renty wypadkowej (jedna osoba);
- osobom wnioskującym, w okresie roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację, ZUS wypłacił łącznie 126,7 tys. zł tytułem przysługujących im świadczeń;
- osobom wnioskującym, w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji ZUS wypłacił łącznie 168,6 tys. zł tytułem przysługujących im świadczeń;
- łączna kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona<sup>120</sup> przez/za osoby wnioskujące w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację wyniosła 8,1 tys. zł (składki przysługiwały ZUS wyłącznie za/od jednej z dziewięciu osób wnioskujących);
- łączna kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona przez/za osoby wnioskujące w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji wyniosła 17,3 tys. zł (składki przysługiwały ZUS wyłącznie za/od trzech z dziewięciu osób wnioskujących);
- średni okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację do wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji wyniósł 15 dni (najkrótszy dziewięć dni, a najdłuższy 26 dni);
- średni okres od daty wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację wyniósł 14 dni (najkrótszy jeden dzień, a najdłuższy 17 dni);
- średni okres od daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację do daty rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 125 dni (najkrótszy 85 dni, a najdłuższy 165 dni);
- średni okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację do daty rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 154 dni (najkrótszy 113 dni, a najdłuższy 195 dni);
- osiem z dziewięciu badanych orzeczeń (88,9%) wydanych zostało przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (innej niż typ schorzenia) osoby wnioskującej, w przypadkach tych nie zlecano dodatkowych badań;

---

<sup>119</sup> Zgłoszenie do ubezpieczeń aktualne w ciągu roku od daty wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji.

<sup>120</sup> Sformułowanie „kwota składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzona przez/za osoby wnioskujące”, używane w pkt. 2.1 oraz pkt 2.2 niniejszego wystąpienia pokontrolnego należy rozumieć jako kwotę należnych składek na ubezpieczenia społeczne wynikającą z deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

- wobec sześciu z dziewięciu osób (66,7%) po zakończeniu rehabilitacji orzeczono poprawę ich stanu funkcjonalnego<sup>121</sup>, a w przypadku trzech osób (33,3%) orzeczono, że stan osoby rehabilitowanej nie uległ zmianie. We wszystkich dziewięciu przypadkach lekarz orzecznik zatrudniony w Oddziale w sporządzonej opinii lekarskiej nie wskazał wprost, że badany rokuje poprawę lub odzyskanie zdolności do pracy i w jakim okresie. Niemniej, w przywołanych opiniach lekarz orzecznik uznał za celowe przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej.

W siedmiu z ww. dziewięciu przypadków wnioski składane przez lekarzy leczących zawierały informacje, że pacjent rokuje odzyskanie zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji. W dwóch przypadkach wniosek lekarza leczącego zawierał informacje, że pacjent nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji.

Powyższe dwa przypadki dotyczyły:

- osoby, wobec której w dniu 15 marca 2018 r. wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej<sup>122</sup>;
- osoby, wobec której w dniu 11 lipca 2018 r. wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej<sup>123</sup>.

Wobec Osoby nr 1:

- komisja lekarska ZUS orzeczeniem z 10 października 2017 r. ustaliła częściową niezdolność do pracy do 30 września 2018 r. (renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy – decyzja ZUS z 30 października 2017 r.);
- lekarz orzecznik Oddziału w dniu 12 września 2018 r. orzekł o całkowitej niezdolności do pracy do 31 sierpnia 2021 r. (renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy – decyzja ZUS z dnia 5 października 2018 r.);
- komisja lekarska ZUS orzeczeniem z 6 maja 2019 r. stwierdziła brak potrzeby rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej prowadzonej przez ZUS (odmowa orzecznicza).

Wobec Osoby nr 2:

- lekarz orzecznik Oddziału orzeczeniem z 15 lutego 2018 r. ustalił częściową niezdolność do pracy do 28 lutego 2018 r. (renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy - decyzja ZUS z 7 marca 2018 r.);
- lekarz orzecznik Oddziału orzeczeniem z 26 lutego 2019 r. ustalił częściową niezdolność do pracy do 28 lutego 2021 r. (renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy - decyzja ZUS z dnia 19 marca 2019 r.).

W badanej grupie dziewięciu osób<sup>124</sup> łączna liczba dni za które osoby te pobierały świadczenia przysługujące ubezpieczonym – w okresie roku przed i po rehabilitacji – zwiększyła się o 291 dni (wzrost o 9,7%), kwota wypłaconych im przez Zakład świadczeń – w ciągu roku przed i po rehabilitacji – zwiększyła się o 42,0 tys. zł (wzrost o 33,1%), a kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne<sup>125</sup> tych osób - w analogicznych okresach – zwiększyła się o 9,2 tys. zł (wzrost o 113,4 %). W analizowanej grupie ubezpieczonych osiem osób po zakończeniu rehabilitacji pobierało świadczenia z tytułu renty z tytułu niezdolności do pracy,

---

<sup>121</sup> Ośrodki rehabilitacyjne w „Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS (...)” wydały opinię o poprawie stanu funkcjonalnego osoby rehabilitowanej na dzień wypisu.

<sup>122</sup> Dalej: „Osoba nr 1”.

<sup>123</sup> Dalej: „Osoba nr 2”.

<sup>124</sup> Osoby pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

<sup>125</sup> Powyższe należy rozumieć jako kwotę należnych składek na ubezpieczenia społeczne wynikającą z deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

a jedna świadczenia z tytułu renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy<sup>126</sup>.

(akta kontroli t. I str. 362-451; 505-640; t. II 198-392; 498-507; 513-543; 547-623; 661-663)

**2.3.** W załączniku nr 6 – „Instrukcja sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie” do Procedury 9.1 Wydawanie orzeczeń<sup>127</sup> w części III „Wydawanie orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń” w pkt 4 wprowadzony został obowiązek przeprowadzania przez głównego lekarza orzecznika lub jego zastępcę<sup>128</sup> analizy 60% dokumentacji, stanowiącej podstawę do wydania orzeczeń w każdym miesiącu.

Liczba i procent skontrolowanych przez głównego lekarza orzecznika oraz jego zastępcę dokumentacji związanej z wydaniem orzeczeń o celowości skierowania na rehabilitację leczniczą w 2019 r., w podziale na poszczególne miesiące, przedstawiała się następująco:

- styczeń – 51 % (na 104 wydane orzeczenia skontrolowano 54),
- luty – 80% (na 146 wydanych orzeczeń skontrolowano 117),
- marzec – 94% (na 142 wydane orzeczenia skontrolowano 134),
- kwiecień – 80 % (na 103 wydane orzeczenia skontrolowano 83),
- maj – 75% (na 127 wydanych orzeczeń skontrolowano 96),
- czerwiec – 65% (na 102 wydane orzeczenia skontrolowano 67),
- lipiec – 92% (na 111 wydanych orzeczeń skontrolowano 103),
- sierpień – 88% (na 79 wydanych orzeczeń skontrolowano 70),
- wrzesień – 69% (na 93 wydane orzeczenia skontrolowano 65),
- październik – 91% (na 69 wydanych orzeczeń skontrolowano 63),
- listopad – 76% (na 77 wydanych orzeczeń skontrolowano 59),
- grudzień – 57% (na 68 wydanych orzeczeń skontrolowano 39).

W powyższej sprawie Dyrektor Oddziału wyjaśnił: „W Procedurze 9.1. „Wydawanie orzeczeń” nie ma wymogu kontroli orzeczeń na poziomie 60% w rozbiciu na poszczególne rodzaje badań. Wskaźnik kontroli na poziomie 60% dotyczy wybranych spraw zakończonych wydaniem orzeczenia przez lekarzy orzeczników”.

Liczba i procent skontrolowanych przez głównego lekarza orzecznika oraz jego zastępcę orzeczeń ogółem (z pominięciem orzeczeń związanych z kontrolą zwolnień lekarskich) w 2019 r. przedstawiała się następująco:

- styczeń – 62% (na 1221 wydanych orzeczeń skontrolowano 1099),
- luty – 66% (na 981 wydanych orzeczeń skontrolowano 650),
- marzec – 93% (na 1117 wydanych orzeczeń skontrolowano 1046),
- kwiecień – 92% (na 940 wydanych orzeczeń skontrolowano 868),
- maj – 72% (na 1208 wydanych orzeczeń skontrolowano 878),
- czerwiec – 72% (na 918 wydanych orzeczeń skontrolowano 664),
- lipiec – 90% (na 1221 wydanych orzeczeń skontrolowano 1099),

<sup>126</sup> Badano okres jednego roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej przez ubezpieczonego.

<sup>127</sup> Nadanej Zarządzeniem Nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1 „Wydawanie orzeczeń”.

<sup>128</sup> Powyższy przepis Procedury 9.1 Wydawanie orzeczeń stanowi: „W wybranych sprawach zakończonych wydaniem orzeczenia albo opinii przez lekarza orzecznika, jednak nie mniej niż w 60% spraw średnio w miesiącu, główny lekarz orzecznik albo jego zastępca przeprowadza analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii. (...)”.

- sierpień – 85% (na 881 wydanych orzeczeń skontrolowano 755),
- wrzesień – 66% (na 1099 wydanych orzeczeń skontrolowano 728),
- październik – 77% (na 2296 wydanych orzeczeń skontrolowano 1786),
- listopad – 74% (na 2098 wydanych orzeczeń skontrolowano 1565),
- grudzień 51% (na 1843 wydane orzeczenia skontrolowano 950).

(akta kontroli t. I str. 485-488)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym powyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Kontrola wykazała, że w przypadku dwóch<sup>129</sup> z objętych badaniem 59<sup>130</sup> osób, lekarze orzecznicy zatrudnieni w Oddziale wydali orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej<sup>131</sup>, pomimo że we wniosku o rehabilitację leczniczą lekarze prowadzący wskazywali, że osoby te (pacjenci) nie rokują odzyskania zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji.

Zgodnie z § 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rehabilitacji lekarz orzecznik i komisja lekarska Zakładu wydają orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, o którym mowa w § 2 i 3, w stosunku do osoby uprawnionej, która rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu tej rehabilitacji.

W powyższej sprawie Dyrektor Oddziału wyjaśnił: „Ustalenia lekarza prowadzącego leczenie, zawarte we wniosku nie są obowiązujące dla orzecznika Zakładu. Decyzja lekarza orzecznika jest autonomiczna, oparta na analizie całości dostępnej dokumentacji i całościowej ocenie stanu zdrowia ubezpieczonego. W obu sprawach, wskazanych w piśmie, lekarz nie zgodził się z lekarzem prowadzącym i miał do tego prawo, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Lekarz orzecznik znalazł okoliczności, wobec których uznał, że rehabilitacja lecznicza tych ubezpieczonych jest wskazana - może przynieść poprawę stanu zdrowia, skrócić okres niezdolności do pracy lub przywrócić zdolność do pracy. Należy również zwrócić uwagę na fakt, że lekarz prowadzący wykazał się niekonsekwencją, z jednej strony wypisując wniosek o rehabilitację leczniczą, a z drugiej osądzając z góry, że nie ma ona uzasadnienia.”

W odniesieniu do powyższego NIK wskazuje, że:

wobec Osoby nr 1:

- komisja lekarska ZUS orzeczeniem z 10 października 2017 r. ustaliła częściową niezdolność do pracy do 30 września 2018 r. (renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy – Decyzja ZUS z 30 października 2017 r.);

- lekarz orzecznik Oddziału 12 września 2018 r. orzekł o całkowitej niezdolności do pracy do 31 sierpnia 2021 r. (renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy – decyzja ZUS z dnia 5 października 2018 r.);

- komisja lekarska ZUS orzeczeniem z 6 maja 2019 r. stwierdziła brak potrzeby rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej prowadzonej przez ZUS (odmowa orzecznicza).

wobec Osoby nr 2:

<sup>129</sup> Przywołane w opisie stanu faktycznego: „Osoba nr 1” oraz „Osoba nr 2”.

<sup>130</sup> Badano 63 sprawy z 462 ogółem spełniających przywołane kryteria wyboru (13,6% spraw), przy czym z próby określonej w pkt 2.2 a) wyłączono ostatecznie cztery osoby, które przez 365 dni w okresie roku przed rehabilitacją pobierały świadczenia z tytułu renty rodzinnej, emerytury oraz wynagrodzenia określonego w art. 92 Kodeksu pracy.

<sup>131</sup> Stwierdzono „celowość prowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS”.

- lekarz orzecznik Oddziału orzeczeniem z 15 lutego 2018 r. ustalił częściową niezdolność do pracy do 28 lutego 2018 r. (renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy - decyzja ZUS z 7 marca 2018 r.);

- lekarz orzecznik Oddziału orzeczeniem z 26 lutego 2019 r. ustalił częściową niezdolność do pracy do dnia 28 lutego 2021 r. (renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy - decyzja ZUS z dnia 19 marca 2019 r.).

(akta kontroli t. II str. 547-623)

2. W grudniu 2019 r. w Oddziale nie dochowano wymogów w zakresie przeprowadzenia przez głównego lekarza orzecznika lub jego zastępcę analizy 60% dokumentacji, stanowiącej podstawę do wydania orzeczeń co było wymagane postanowieniami Procedury 9.1 Wydawanie orzeczeń<sup>132</sup>. Analizę taką przeprowadzono bowiem w odniesieniu do 51% orzeczeń wydanych w tym miesiącu (na 1843 wydane orzeczenia skontrolowano 950).

W powyższej sprawie Dyrektor Oddziału wyjaśnił: „W grudniu wskaźnik kontroli nie został osiągnięty ze względu na dużą ilość wydanych orzeczeń i absencję chorobową głównego lekarza orzecznika, który dziennie kontroluje od trzech do czterech lekarzy orzeczników. Informuję, że od października 2019 r. ilość wydawanych orzeczeń uległa zwiększeniu o dodatkowe świadczenia uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.”

(akta kontroli t. I str. 485-488)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Kontrola 77 spraw<sup>133</sup> w zakresie sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń przez lekarzy orzeczników wykazała, że Oddział co do zasady<sup>134</sup> realizował zadania zgodnie z rozporządzeniem w sprawie rehabilitacji oraz Procedurą do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń. Zgodnie z wymogami przywołanego rozporządzenia oraz obowiązującej w ZUS Procedury do Procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej, kierowano również ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą<sup>135</sup>.

NIK wskazuje na duże zróżnicowanie w zakresie skuteczności oddziaływania programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej prowadzonej przez Oddział w poszczególnych grupach badanych spraw. W przypadku grupy 14 osób niepobierających świadczeń<sup>136</sup> oraz grupy dziewięciu osób pobierających rentę<sup>137</sup> system ten nie wspierał skutecznie rehabilitowanych. W ciągu roku od zakończenia rehabilitacji ubezpieczeni z ww. grup przebywali bowiem na świadczeniach z FUS przez okres dłuższy niż przed rehabilitacją<sup>138</sup> odpowiednio o 700 i 291 dni, kwota wypłaconych im świadczeń uległa zwiększeniu odpowiednio o 89,9 tys. zł i 42,0 tys. zł, a kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne<sup>139</sup> zmniejszyła się o 6,4 tys. zł i 9,2 tys. zł. W przypadku natomiast osób pobierających

<sup>132</sup> Nadanej Zarządzeniem Nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1 „Wydawanie orzeczeń”.

<sup>133</sup> Zbadano 59 orzeczeń o potrzebie rehabilitacji oraz 18 o braku potrzeby rehabilitacji (odmowa orzecznicza).

<sup>134</sup> Stwierdzono nieprawidłowości, o których mowa w dalszej części oceny.

<sup>135</sup> Zbadano 59 przypadków, w których lekarze orzecznicy zatrudnieni w Oddziale wydali orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej.

<sup>136</sup> Zbadano próbę 14 osób niepobierających z Zakładu - w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację - żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które były rehabilitowane.

<sup>137</sup> Zbadano próbę dziewięć osób pobierających - w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację - rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

<sup>138</sup> Badano okres jednego roku przed rehabilitacją.

<sup>139</sup> Powyższe należy rozumieć jako kwotę należnych składek na ubezpieczenia społeczne wynikającą z deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

zasiłki chorobowe (18 osób)<sup>140</sup> oraz świadczenie rehabilitacyjne (18 osób)<sup>141</sup>, przebywały one na świadczeniach z FUS przez okres krótszy niż przed rehabilitacją<sup>142</sup> odpowiednio o 140 i 2 597 dni, kwota wypłaconych im świadczeń zmniejszyła się odpowiednio o 2,0 tys. zł i 340,6 tys. zł, a kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne<sup>143</sup> wzrosła o 27,7 tys. zł i 78,3 tys. zł. NIK zwróciła również uwagę, że 51 spośród 59 osób objętych kontrolą (86,4% badanej próby) – w okresie jednego roku po odbyciu rehabilitacji – w systemie informatycznym ZUS wykazanych było jako zatrudnieni na podstawie umowy o pracę<sup>144</sup>, a w przypadku 49 z łącznie 59 osób (83,1% badanej próby) ośrodki rehabilitacyjne wydały opinię o poprawie ich stanu funkcjonalnego po odbyciu turnusu rehabilitacyjnego. Natomiast spośród badanych 59 osób, przed rehabilitacją świadczenia pobierało 51 osób, a w okresie roku po jej zakończeniu 55 osób, w tym 32 osoby w związku ze schorzeniem, na które były rehabilitowane<sup>145</sup>.

Stwierdzone w wyniku kontroli nieprawidłowości dotyczyły: **[1]** wydania orzeczeń o potrzebie rehabilitacji dwóm osobom, wobec których lekarze prowadzący we wniosku o rehabilitację leczniczą wskazali, że nie rokują odzyskania zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji, **[2]** niedochowania w grudniu 2019 r. wymogu w zakresie przeprowadzenia przez głównego lekarza orzecznika lub jego zastępcę analizy 60% dokumentacji, stanowiącej podstawę do wydania orzeczeń<sup>146</sup>, co było wymagane postanowieniami Procedury 9.1 Wydawanie orzeczeń<sup>147</sup>.

## 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 uwagi i wnioski:

- |         |  |
|---------|--|
| Uwagi   | Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.  |
| Wnioski | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Zorganizowanie pracy lekarzy orzeczników zatrudnionych w Oddziale w sposób, który zapewni przestrzeganie obowiązujących wytycznych Naczelnego Lekarza Zakładu w zakresie obciążenia lekarzy pracą.</li><li>2. Zapewnienie zachowania wymogu przeprowadzania przez Głównego Lekarza Orzecznika oraz jego Zastępcę analiz dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia lub opinii na poziomie co najmniej 60% spraw (średnio w miesiącu), o których mowa w Procedurze 9.1 Wydawanie orzeczeń.</li></ol> |

---

<sup>140</sup> Zbadano próbę 18 osób pobierających – w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację - zasiłki chorobowe związane z przypadkościami, na które były rehabilitowane lub też pewna część zasiłków była z nimi związana.

<sup>141</sup> Zbadano próbę 18 osób pobierających – w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację - świadczenie rehabilitacyjne.

<sup>142</sup> Badano okres jednego roku przed rehabilitacją.

<sup>143</sup> Powyższe należy rozumieć jako kwotę należnych składek na ubezpieczenia społeczne wynikającą z deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA.

<sup>144</sup> Osoby te zostały zgłoszone do ubezpieczeń jako pracownik. Powyższe zgłoszenie było aktualne w ciągu roku od daty wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji.

<sup>145</sup> Ubezpieczeni, którzy w okresie roku po odbyciu rehabilitacji pobierali świadczenia ze względu na wystąpienie choroby na którą byli rehabilitowani (ten sam kod choroby według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10).

<sup>146</sup> Analizę przeprowadzono w odniesieniu do 51% orzeczeń wydanych przez lekarzy orzeczników Oddziału w tym miesiącu.

<sup>147</sup> Powyższy wymóg Procedury 9.1 Wydawanie orzeczeń stanowi: „W wybranych sprawach zakończonych wydaniem orzeczenia albo opinii przez lekarza orzecznika, jednak nie mniej niż w 60% spraw średnio w miesiącu, główny lekarz orzecznik albo jego zastępca przeprowadza analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii. (...)”.



3. Kontynuowanie działań w zakresie pozyskania do współpracy konsultantów wybranych specjalności<sup>148</sup>, a także rozważenie wystąpienia do Prezesa ZUS w sprawie wprowadzenia ewentualnych zmian postanowień regulacji wewnętrznych w zakresie możliwości odstąpienia od wymogu współpracy z dwoma konsultantami, w sytuacji gdy liczba opinii w danej specjalizacji nie przekracza określonego progu.

## 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 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, dnia      września 2020 r.

Kontroler:  
Jeremi Śliwiński  
Główny specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura we Wrocławiu

p.o. Dyrektor  
Marcin Kaliński

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*

<sup>148</sup> Dotyczy konsultantów posiadających specjalizację z zakresu kardiologii, audiologii, hematologii, onkologii, gastroenterologii, stomatologii, laryngologii oraz psychologa.