



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.011.01.2020

Pani
Izabela Kurczyńska
Dyrektor Oddziału
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
w Chorzowie
ul. Dąbrowskiego 45
41-500 Chorzów

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 Chorzowie ¹ , ul. Dąbrowskiego 45, 41-500 Chorzów
Kierownik jednostki kontrolowanej	Izabela Kurczyńska, Dyrektor Oddziału ZUS od 1 grudnia 2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym warunki kadrowe i organizacyjne. 2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2018-2019 (z wykorzystaniem dla realizacji celów kontroli dowodów sporządzonych w latach wcześniejszych oraz w okresie późniejszym, a także danych statystycznych z tych okresów).
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ² .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1) Andrzej Pakuła – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/142/2020 z 22 maja 2020 r. 2) Waldemar Góra – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/141/2020 z 22 maja 2020 r. i nr LKA/229/2020 z 26 sierpnia 2020 r. (akta kontroli str.1-4 i 1209)

¹ Dalej: „Oddział” lub „Oddział ZUS”.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 1200; dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Działania podejmowane przez Oddział w latach 2018-2019 zapewniały osobom ubezpieczonym możliwość podjęcia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej.

Rehabilitacja lecznicza realizowana w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych⁴ nie była w pełni skuteczna w odniesieniu do objętych badaniem grup osób uprawnionych, co ustalono na podstawie próby 72 ubezpieczonych skierowanych na rehabilitację w systemie stacjonarnym. Analiza takich parametrów jak: wysokość odprowadzonych za ubezpieczonych składek, kwota wypłaconych osobom ubezpieczonym świadczeń na wypadek choroby oraz liczba dni ich pobierania wskazywała m.in., że w grupie 18 osób skierowanych na rehabilitację, które w ciągu roku poprzedzającego turnus nie korzystały ze świadczeń związanych ze schorzeniem zdiagnozowanym podczas kwalifikacji na turnus rehabilitacyjny, w kolejnym roku po zakończeniu rehabilitacji wystąpiła (nieodnotowywana w roku przed rehabilitacją leczniczą) absencja chorobowa pięciu osób (która wyniosła średnio 67 dni), co skutkowało koniecznością wypłat z tego tytułu świadczeń chorobowych (wynoszących średnio 7,8 tys. zł). Zmniejszyła się również w tej grupie średnia kwota odprowadzonych do systemu składek (z 17,2 tys. zł do 16,6 tys. zł). Lepszą skuteczność stwierdzono w pozostałych trzech grupach ubezpieczonych korzystających z rehabilitacji leczniczej (pobierających przed rehabilitacją zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani, świadczenia rehabilitacyjne lub rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy), u których w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji, w porównaniu z rokiem przed jej odbyciem, zmniejszyła się absencja chorobowa (odpowiednio średnio o: 8, 195 i 69 dni) oraz wysokość wypłacanych świadczeń chorobowych (odpowiednio średnio o: 1,7 tys. zł, 10,1 tys. zł i 0,9 tys. zł), przy zwiększeniu się kwot odprowadzonych do systemu składek (odpowiednio średnio o: 0,6 tys. zł, 2,4 tys. zł i 4,4 tys. zł).

W ocenie NIK, zgodnie z § 4 rozporządzenia 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 rehabilitacyjne⁵, lekarz orzecznik i komisja lekarska wydając orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej w stosunku do osoby uprawnionej, powinny uwzględniać rokowania na odzyskanie zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji. Oznacza to, że zasadność skierowania na rehabilitację powinna być związana z przewidywaną szansą na przywrócenie ubezpieczonemu sprawności. W badanej próbie, dla części osób korzystających z rehabilitacji leczniczej sfinansowanej przez ZUS w ramach prewencji rentowej, efekty były krótkotrwałe i nie skutkowały trwałym odzyskaniem zdolności do pracy. Należy jednak zauważyć, że skuteczność rehabilitacji jest wypadkową wielu czynników, w tym przede wszystkim stanu zdrowia ubezpieczonego oraz stanu zaawansowania schorzeń będących podstawą rehabilitacji, a także prowadzonego dotychczas leczenia i rehabilitacji.

Po upływie roku od zakończonej rehabilitacji 63 z 72 osób (87,5%), które odbyły turnus, odprowadzało składki z tytułu ubezpieczenia społecznego. W skontrolowanej

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

⁴ Dalej: ZUS.

⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 277; dalej: rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą.

próbie 72 osób skierowanych na turnusy rehabilitacyjne, według opinii lekarzy z ośrodków rehabilitacyjnych, w których odbyli oni rehabilitację u 49 ubezpieczonych (68,1%) nastąpiła poprawa ich stanu funkcjonalnego, a w 23 przypadkach (31,9%) lekarze ci nie stwierdzili zmian ich stanu funkcjonalnego.

Na skuteczność rehabilitacji leczniczej wpływ mógł mieć stosunkowo długi okres oczekiwania na rehabilitację leczniczą. W badanej próbie 72 spraw od momentu emisji skierowania do dnia rozpoczęcia rehabilitacji upłynęło średnio 72 dni, a średni okres, jaki upłynął od dnia złożenia wniosku do rozpoczęcia turnusu wyniósł 102 dni. Zdaniem NIK, wskazanym byłoby skrócenie tych okresów.

Warunki kadrowe i organizacyjne Oddziału pozwalały na prawidłową realizację zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, mimo niepełnej obsady etatów.

Nabory lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskich przeprowadzone zostały zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁶ oraz obowiązującymi w tym zakresie uregulowaniami wewnętrznymi. Zatrudnieni lekarze⁷ spełniali wymogi określone w § 11 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy⁸. Stwierdzono jednak nieprawidłowość polegającą na tym, że jeden z czterech nowo zatrudnionych lekarzy wydawał orzeczenia jeszcze przed ukończeniem przeszkolenia w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS (wydając w tym okresie siedem orzeczeń), co było niezgodne z postanowieniami § 11 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia.

Zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy o zus Oddział zorganizował dwa nabory, w wyniku których wyłoniono lekarzy-konsultantów, z którymi podpisano umowy (22 w 2018 r. i 31 w 2019 r.). Zawarte umowy spełniały warunki określone w wewnętrznych uregulowaniach ZUS, tj. w załączniku nr 9 do Procedury 9.1. pn. *Wydawanie orzeczeń*. Ponadto, Oddział zapewnił wykonywanie dodatkowych badań diagnostycznych i laboratoryjnych dla potrzeb Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji⁹, zawierając umowy w tym zakresie z czterema podmiotami zewnętrznymi.

Oddział zapewnił możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich w ramach szkoleń organizowanych przez Centralę ZUS oraz prowadził działalność informacyjną i promocyjną, m.in. w zakresie zagadnień związanych z rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej.

Na podstawie próby 90 spraw, w tym 18 odmów, ustalono, że Oddział wydawał orzeczenia zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz wewnętrzną Procedurą 9.1. pn. *Wydawanie orzeczeń*.

W 12 na 90 spraw orzeczenia zostały wydane przez lekarza o specjalizacji niezwiązanej bezpośrednio ze schorzeniem będącym przedmiotem rehabilitacji w ośrodku (w tym w jednym postępowaniu lekarz orzecznik skorzystał z możliwości wykonania dodatkowych opinii/konsultacji specjalistycznych o stanie zdrowia ubezpieczonych), co zdaniem NIK nie miało wpływu na prawidłowość orzekania.

⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 266, ze zm.; dalej „ustawa o sus”.

⁷ Zbadano dokumentację piętnastu lekarzy zatrudnionych w Oddziale, w tym dziesięciu lekarzy orzeczników i pięciu członków komisji lekarskiej.

⁸ Dz. U. Nr 273 poz. 2711, ze zm.; dalej: „rozporządzenie w sprawie orzekania o niezdolności do pracy”.

⁹ Dalej: „Wydział Orzecznictwa” lub „WO”.

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

1.1. Na dzień 31 grudnia 2019 r. Oddział zatrudniał 12 lekarzy orzeczników i 10 lekarzy członków komisji lekarskich¹⁰. W stosunku do stanu na 1 stycznia 2018 r., liczba lekarzy członków komisji lekarskich nie zmieniła się, z kolei liczba lekarzy orzeczników zmniejszyła się o jednego lekarza. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że zmniejszenie liczby lekarzy orzeczników wynikało z fluktuacji kadr i dodała, że w 2020 r. zatrudniono kolejnych dwóch lekarzy orzeczników.

(akta kontroli str. 10-11, 206-208, 290)

W latach 2018-2019 w Oddziale przeprowadzono sześć konkursów na stanowisko lekarza orzecznika: cztery w 2018 r. i dwa w 2019 r. W ww. okresie na stanowisko lekarza członka komisji lekarskiej zorganizowano trzy konkursy: jeden w 2018 r. i dwa w 2019 r. Spośród ww. dziewięciu konkursów, pięć zostało rozstrzygniętych, a cztery nie zostały rozstrzygnięte, czego przyczyną było: brak ofert, wstrzymanie naborów zewnętrznych przez Departament Spraw Pracowniczych Centrali ZUS lub brak kandydatów spełniających odpowiednie wymagania. W jednym przypadku, wyłoniony w konkursie kandydat zrezygnował z podjęcia zatrudnienia.

Szczegółowym badaniem objęto dokumentację wszystkich dziewięciu konkursów zorganizowanych w latach 2018-2019 i stwierdzono, że zostały one przeprowadzone zgodnie z art. 74a-74 g ustawy o sus, m.in.:

- nabór kandydatów do zatrudnienia został przeprowadzony w sposób otwarty i konkurencyjny;
- ogłoszenia o naborze zostały zamieszczone w Biuletynie Informacji Publicznej¹¹ Oddziału;
- określony w ogłoszeniu o naborze termin do składania dokumentów każdorazowo był dłuższy niż 14 dni od dnia opublikowania ogłoszenia w BIP;
- listy kandydatów, którzy spełnili wymagania formalne określone w ogłoszeniu o naborze zostały upowszechnione na tablicy ogłoszeń Oddziału oraz opublikowane w BIP;
- każdorazowo sporządzano protokół przeprowadzonego naboru kandydatów, w którym m.in. określano stanowisko pracy, na które prowadzono nabór, liczbę i dane kandydatów, informację o zastosowanych metodach i technikach naboru oraz uzasadnienie dokonanego wyboru;
- informację o wyniku naboru zamieszczano w BIP, w terminie 14 dni od dnia zatrudnienia kandydata lub od zakończenia naboru, w przypadku, kiedy nie wybrano kandydata. W informacji tej podano dane Oddziału, określenie stanowiska pracy, dane kandydata oraz uzasadnienie dokonanego wyboru.

Dokumentacja konkursowa, w tym wnioski o nabór, ogłoszenia o ofercie pracy, listy kandydatów czy protokoły z przebiegu naboru, została sporządzona na wzorach opracowanych przez Departament Spraw Pracowniczych Centrali ZUS w procedurze pn. *Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników*.

Dyrektor Oddziału podała, że Oddział samodzielnie nie określał priorytetów w zakresie specjalizacji zatrudnianych lekarzy, ponieważ opracowane przez ww. Departament niezbędne wymagania formalne nie określają specjalizacji lekarzy,

¹⁰ W Oddziale nie sporządzano planu zatrudnienia w podziale na komórki organizacyjne. Przeciętne zatrudnienie ogółem w latach 2018-2019 stanowiło 96% planu: w 2018 zatrudnienie zaplanowano w ilości 1158 etatów, w rzeczywistości wyniosło 1107, w 2019 r. zaplanowano 1082, zatrudniano 1039.

¹¹ W Biuletynie Informacji Publicznej (dalej: „BIP”), o którym mowa w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1429 ze zm.).

z kolei w wymaganiach pożądanym wskazane są rodzaje specjalizacji z możliwością wyboru jednej lub kilku specjalizacji, według uznania odpowiednio Głównego Lekarza Orzecznika lub Przewodniczącego Komisji Lekarskiej.

(akta kontroli str. 8-11, 269-270, 315-333)

Departament Orzecznictwa Lekarskiego Centrali ZUS¹² określił normy czasowe rozpatrzenia spraw: 30 minut na wydanie orzeczenia o zasadności czasowej niezdolności do pracy oraz 40 minut na wydanie orzeczenia dotyczącego świadczenia rehabilitacyjnego, renty z ogólnego stanu zdrowia, renty socjalnej, renty rodzinnej, uszczerbku na zdrowiu i prewencji rentowej.

Ww. normy czasowe były wykorzystywane do ustalania harmonogramu czasu pracy lekarzy orzeczników oraz komisji lekarskich. Jednak na podstawie badania dokumentacji dziesięciu lekarzy¹³ stwierdzono, że nie ma możliwości ustalenia, czy lekarze (i komisje lekarskie, w skład których wchodził) przekraczali ww. normy czasowe, ponieważ dane pozostające w systemie informatycznym¹⁴ nie pozwalały na precyzyjne ustalenie czasu poświęconego przez lekarza i komisję na jedną konkretną sprawę. Ustalono, że lekarze i komisje wydawali od 10 do 23 orzeczeń dziennie (średnio 14) i nie pracowali w godzinach nadliczbowych. Na koniec każdego miesiąca sporządzane były raporty z pracy lekarzy¹⁵, w których wykazywano m.in. liczbę wydawanych przez lekarzy orzeczeń, a także liczbę odroczeń, odstępów od wydania orzeczenia, czy nieobecności klientów.

Dyrektor Oddziału podała: *Pomimo istniejących harmonogramów pracy wyznaczonych przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego, brak jest możliwości realnej weryfikacji czasu potrzebnego do wydania pojedynczego orzeczenia. Powodem jest brak punktualności klientów, zgłaszanie się klientów poza wyznaczonym terminem, różny stopień trudności orzekania spraw, często wymagających poświęcenia ponadnormatywnego czasu, dodatkowa praca w ramach kontroli czasowej niezdolności do pracy. Poza ww. działaniami Oddział nie analizował rzeczywistego czasu pracy przy rozpatrywaniu poszczególnych spraw i nie posiada informacji, czy Centrala ZUS weryfikuje lub analizuje rzeczywisty czas pracy lekarzy.*

(akta kontroli str. 8-11, 269-270, 204)

W okresie objętym kontrolą Oddział nie zgłaszał do Centrali ZUS problemów związanych z niewystarczającym stanem zatrudnienia, ani nie występował o nowe etaty w zakresie orzecznictwa lekarskiego.

W latach 2018-2019 Oddział rozwiązał umowy o pracę z pięcioma lekarzami orzecznikami: z trzema w związku z przejściem na emeryturę, z jednym na jego wniosek i z jednym nie przedłużono umowy po upływie czasu, na jaki umowa została zawarta (pracownik ten przebywał na długotrwałym zwolnieniu lekarskim).

W ww. okresie średni poziom wynagrodzenia miesięcznego (w przeliczeniu na cały etat) zatrudnionych w Oddziale lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich wynosił 7,1 tys. zł w 2018 r. i 9,7 tys. zł w 2019 r. (kwoty brutto), a ich średni wiek wynosił 57-58 lat.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że jej zdaniem poziom wynagrodzeń na ww. stanowiskach zapewniał warunki do stabilnego i trwałego zatrudnienia, a wzrost

¹² W Oddziale nie wprowadzono odrębnych norm w zakresie obciążenia lekarzy pracą.

¹³ Kontrolą objęto dokumentację siedmiu lekarzy orzeczników i trzech lekarzy członków komisji lekarskich w dniach 12 marca 2018 r. i 11 kwietnia 2019 r. (czas pracy lekarzy orzeczników) oraz 12 kwietnia 2018 r. i 15 kwietnia 2019 r. (czas pracy lekarzy członków komisji lekarskich)

¹⁴ Tj. stosowanym w ZUS Kompleksowym Systemie Informatycznym (KSI).

¹⁵ WOL_17 – Raport z pracy lekarzy orzeczników oraz komisji lekarskich sporządzany w systemie informatycznym.

wynagrodzeń lekarzy w 2019 r. (w stosunku do 2018 r.) wynikał z podwyżek wynagrodzeń zasadniczych dokonanych w ZUS w 2019 r.

(akta kontroli str. 9-10, 203)

1.2. W okresie objętym kontrolą Oddział współpracował z 22 konsultantami w 2018 r. oraz z 31 w 2019 r. W obu ww. latach było to trzech psychologów, pozostali posiadali następujące specjalizacje: neurochirurgia (jeden w 2018 r. i jeden w 2019 r.), laryngologia i foniatria (odpowiednio dwóch i dwóch), okulistyka (trzech i czterech) urologia (jeden i jeden), kardiologia (dwóch i dwóch), ginekologia (jeden i jeden), reumatologia (jeden i jeden), ortopedia (jeden i dwóch), chirurgia naczyniowa (jeden i jeden), neurologia (jeden i jeden), psychiatria (pięciu i trzech), reumatologia (jeden w 2019 r.), choroby wewnętrzne (pięciu w 2019 r.), geriatria (trzech w 2019 r.), rehabilitacja medyczna (jeden w 2019 r.).

Śród ww. 53 lekarzy konsultantów, 20 (tj. 38%) pracowało na oddziałach szpitalnych. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że praca w charakterze konsultanta nie cieszyła się dużą popularnością i zainteresowaniem i do współpracy pozyskiwano tych specjalistów, którzy spełniali postawione warunki. Wymagania odnośnie do nieskazitelnej postawy etycznej konsultantów weryfikowano na podstawie zaświadczeń o niekaralności zawodowej wydawanych przez Śląską Izbę Lekarską.

(akta kontroli str. 14-17, 203-208, 566-568)

Lekarze-konsultanci udzielali średniorocznie 43 konsultacji w 2018 r. i 52 w 2019 r. Ich średnioroczne wynagrodzenie w 2018 r. wyniosło 2,9 tys. zł dla psychologów i 8,1 tys. dla lekarzy, w 2019 r. odpowiednio 7,8 tys. zł oraz 9,5 tys. zł (w kwotach brutto).

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że potrzeby w zakresie liczby konsultantów oraz specjalności, jakie powinni posiadać, ustalane były w czwartym kwartale każdego roku, na podstawie analizy wykonania bieżących konsultacji oraz na podstawie analizy rodzajów schorzeń, w zakresie których klienci Zakładu składali wnioski o przyznanie świadczeń. Ponadto, Dyrektor Oddziału podała, że wzrost liczby konsultantów oraz wydawanych przez nich konsultacji w 2019 r., a także wypłaconych im wynagrodzeń, wynikał ze znacznego wzrostu liczby spraw wymagających wydania orzeczenia, a wynikających z realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji¹⁶.

(akta kontroli str. 14-17, 203-208)

Nabory na lekarzy-konsultantów, z którymi współpracowano w okresie objętym kontrolą, zostały przeprowadzone dwukrotnie (w październiku 2017 r. i w październiku 2018 r.) i w obu wyłoniono specjalistów, z którymi podpisano umowy na pełnienie funkcji lekarza konsultanta. Szczegółowym badaniem objęto oba ww. konkursy i stwierdzono, że zostały one przeprowadzone zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy o sus oraz wytycznymi otrzymanymi z Centrali ZUS, a z konsultantami zawarto umowy w celu realizacji zadań określonych w ust. 1 pkt 1 lit. f (tj. orzekania przez lekarzy orzeczników Zakładu oraz komisje lekarskie Zakładu dla potrzeb ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych) i pkt 5 (tj. kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy) oraz zadań związanych z orzekaniem przez lekarzy orzeczników i komisji lekarskiej Zakładu dla potrzeb ustalania uprawnień do świadczeń innych niż z ubezpieczeń społecznych. Podpisane umowy spełniały również warunki określone w wewnętrznych uregulowaniach ZUS, tj. w załączniku nr 9 do Procedury 9.1. pn. *Wydawanie orzeczeń*.

¹⁶ Dz. U. poz. 1622, ze zm.

Zgodnie z ww. procedurą 9.1., umowy zawarte z konsultantami zawierały m.in. stawkę za wydanie opinii, możliwość żądania uzupełnienia opinii, gdyby była niekompletna, termin na wydanie opinii nie dłuższy niż 7 dni od daty badania. Zawarte w umowach stawki za poszczególne usługi były zgodne z wytycznymi Centrali ZUS¹⁷ i nie przekraczały 170 zł za wydanie opinii.

(akta kontroli str. 14-17, 269-270, 334-442)

Ponadto, w tym samym okresie Oddział współpracował z czterema podmiotami zewnętrznymi świadczącymi usługi w zakresie wykonywania dodatkowych badań diagnostycznych i laboratoryjnych dla potrzeb Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji Oddziału:

- z Górnośląskim Centrum Medycznym im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, wykonującym dodatkowe badania diagnostyczne, m.in. UKG serca, EKG i RTG;
- ze Szpitalem Miejskim Sp. z o.o. w Siemianowicach Śląskich, wykonującym dodatkowe badania diagnostyczne, m.in. EKG i doppler;
- z Zespołem Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. w Świętochłowicach, wykonującym dodatkowe badania laboratoryjne i diagnostyczne, m.in. OB, morfologia i gazometria;
- z Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. Prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, wykonującym dodatkowe badania diagnostyczne, m.in. USG i doppler.

W związku z faktem, że szacunkowa wartość ww. badań nie przekraczała wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 tys. euro, zgodnie z art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych¹⁸, postępowania mające na celu wybór ww. podmiotów zostały przeprowadzone bez stosowania przepisów tej ustawy, po dokonaniu rozeznania rynku i wyborze ofert zapewniających konkurencyjne ceny oraz wysoką jakość świadczonych usług, co było zgodne z uregulowaniami wewnętrznymi ZUS w tym zakresie, tj. Procedurą pn. *Realizacja zakupów*¹⁹.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że potrzeby w zakresie ww. usług ustalane były na podstawie ilości badań wykonywanych w poprzednich latach, a także na bieżąco, na podstawie zgłoszeń dokonywanych przez lekarzy orzeczników i głównego lekarza orzecznika.

(akta kontroli str. 14-65, 205, 337-341)

1.3. Szczegółowym badaniem objęto dokumentację piętnastu lekarzy zatrudnionych w Oddziale, w tym dziesięciu lekarzy orzeczników i pięciu członków komisji lekarskiej i ustalono, że wszyscy oni spełniali wymagania określone w § 11 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy*, tj. byli lekarzami specjalistami w zakresie chorób wewnętrznych (pięciu lekarzy), chirurgii (trzech), neurologii (trzech) oraz ortopedii i traumatologii (czterech) oraz odbyli przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa Zakładu. Zgodnie z § 11 ust. 2 ww. rozporządzenia, członkowie komisji lekarskiej nie pełnili równocześnie funkcji lekarzy orzeczników.

Mimo, że wszyscy objęci badaniem lekarze odbyli przeszkolenie, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia, to jeden spośród czterech nowo

¹⁷ Określonymi w piśmie Prezesa ZUS nr 991800/134/2016/A z 31 maja 2016 r.

¹⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.; dalej: „Prawo zamówień publicznych”.

¹⁹ Procedura do procesu 14.1. „Realizacja zakupów”, wprowadzona Zarządzeniem Prezesa ZUS nr 1 z 2 stycznia 2018 r.

zatrudnionych lekarzy wydawał orzeczenia przed ukończeniem tego przeszkolenia, co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 8-11, 205, 269-309)

Oddział nie ustalał wytycznych w zakresie odbytych szkoleń przez zatrudnionych lekarzy i lekarzy orzeczników, a także nie organizował samodzielnie szkoleń. Zatrudnieni lekarze uczestniczyli w szkoleniach i seminariach organizowanych przez Centralę ZUS, m.in. w temacie:

- kierowania ubezpieczonych na rehabilitację kompleksową (uczestniczył w nim jeden lekarz orzecznik Oddziału);
- kontroli czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby;
- orzekania o niezdolności do pracy w schorzeniach dermatologicznych.

Łącznie, w latach 2018-2019, w dziewięciu szkoleniach wzięło udział 13 lekarzy zatrudnionych w Oddziale. Dziewięciu lekarzy (tj. 41%) orzeczników i członków komisji lekarskich nie uczestniczyło w ww. okresie w szkoleniach. Żaden z zatrudnionych w Oddziale lekarzy nie podnosił swoich kwalifikacji zawodowych na studiach czy kursach zewnętrznych.

(akta kontroli str. 15-18)

1.4. W badanym okresie Oddział prowadził działalność informacyjno-promocyjną dotyczącą Zakładu i systemu ubezpieczeń społecznych, w tym także rehabilitacji leczniczej, zarówno z własnej inicjatywy, jak i uczestnicząc w programach organizowanych przez Centralę.

Centrala ZUS organizowała m.in. akcje promocyjne: *Dni ubezpieczonego*, *Dzień osób z niepełnosprawnością* czy *Dzień seniora*. Z kolei Oddział z własnej inicjatywy zorganizował m.in. dodatkowy punkt informacyjny pn. *Okienko górnicze*, przeznaczony dla osób ze środowiska górniczego, wystawiał stoiska informacyjne na targach pracy lub kongresach czy prowadził wykłady na uczelniach wyższych lub konferencjach.

Podejmowane działania wypełniały obowiązek określony w art. 68 ust. 1 pkt 8 *ustawy o sus*, zgodnie z którym do zakresu działań Zakładu należy m.in. popularyzacja wiedzy o ubezpieczeniach społecznych i były realizowane zgodnie ze *Strategią ZUS na lata 2016-2020*²⁰ oraz *Strategią komunikacji ZUS*²¹, według której jednym z głównych celów Zakładu jest wzmocnienie wizerunku ZUS, jako partnera w ubezpieczeniach społecznych.

Część projektów stanowiły wydarzenia cykliczne, np. udział Oddziału w Kongresie Małych i Średnich Przedsiębiorstw czy Dniu Kobiet Przedsiębiorczych. Jednak Oddział podejmował również działania w reakcji na pojawiające się możliwości, np. uczestnicząc w charakterze eksperta na różnego rodzaju konferencjach czy panelach dyskusyjnych.

Zagadnienia związane z rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej były popularyzowane przez Oddział m.in. w ramach Dni Seniora, w trakcie których zorganizowano prelekcję pn. *Waloryzacja, przeliczanie emerytury, doradcy emerytalni, prewencja rentowa*, podczas forum *Serce pacjenta*, w trakcie którego wręczano ulotki dotyczące rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej czy w sponsorowanych artykułach zamieszczonych w Dzienniku Zachodnim, np. pt. *Do sanatorium z ZUS-em*.

Organizując akcje promocyjne i uczestnicząc w różnego rodzaju imprezach, Oddział współpracował z jednostkami administracji rządowej i samorządowej (m.in. Śląskim

²⁰ Przyjętą uchwałą Zarządu ZUS nr 54 z 15 grudnia 2015 r.

²¹ Przyjętą uchwałą Zarządu ZUS nr 49 z 5 grudnia 2016 r.

Urzędem Wojewódzkim w Katowicach czy Urzędem Marszałkowskim Województwa Śląskiego), organizacjami związanymi z biznesem (np. Regionalną Izbą Gospodarczą w Katowicach czy Centrum Przedsiębiorczości w Chorzowie), podmiotami medycznymi, oświatowymi oraz lokalnymi mediami (np. Dziennikiem Zachodnim, Radiem Katowice czy portalem górniczym www.nettg.pl).

Dyrektor Oddziału podała, że skuteczność i efektywność podejmowanych działań oceniano na podstawie m.in. liczby uczestników, zainteresowania danym wydarzeniem docelowej grupy oraz dalszą współpracą z organizatorami oraz uczestnikami danego wydarzenia.

(akta kontroli str. 66-71, 74-124, 443-453)

W okresie objętym kontrolą na działania promocyjne Oddział wydatkował łącznie 45,9 tys. zł, z czego 24,0 tys. zł w 2018 r. i 21,9 tys. zł. Wydatki te zostały przeznaczone na cykl artykułów edukacyjnych pt. *ZUS radzi* w Dzienniku Zachodnim (po 18,0 tys. w 2018 r. i 2019 r.) oraz kampanie promocyjne akcji *Lekcje z ZUS* w Radiu Katowice (4,0 tys. w 2018 r. i 3,9 tys. zł w 2019 r.).

Ww. wydatki zostały poniesione zgodnie z instrukcją opracowywania i monitorowania realizacji oraz zmian planu finansowego ZUS²², po pozytywnym zaopiniowaniu przez Dyrektora Oddziału wniosku sporządzonego przez Wydział Organizacyjny, bez stosowania przepisów Prawa zamówień publicznych, ponieważ wartość zamówienia nie przekraczała wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 tys. euro. Ww. wydatki zostały zrealizowane i rozliczone zgodnie z umowami zawartymi z usługodawcami.

(akta kontroli str. 66-71, 125-199, 478-515)

1.5. W latach 2018-2019 z tytułu prowadzenia postępowań orzecznich Oddział poniósł koszty w łącznej wysokości 10 469,5 tys. zł, w tym 4 669,4 tys. zł w 2018 r. oraz 5 800,1 tys. zł w 2019 r. Ww. wydatki zostały przeznaczone na wynagrodzenia pracowników wraz z narzutami (4 376,3 tys. zł w 2018 r. i 5 385,8 tys. zł w 2019 r.), badania osób ubiegających się o świadczenia (odpowiednio 8,6 tys. zł w 2018 r. i 8,9 tys. zł w 2019 r.), wynagrodzenia bezosobowe wynikające z umów cywilnoprawnych (odpowiednio 161,9 tys. zł i 288,2 tys. zł) oraz zwrot kosztów podróży osób wzywanych (odpowiednio 122,6 tys. zł i 117,2 tys. zł).

Zrealizowane wydatki stanowiły 94% planu na 2018 r. oraz 67% planu na 2019 r.²³ Niższy poziom realizacji planu w 2019 r. wynikał głównie z faktu, że wynagrodzenia bezosobowe zaplanowano ostatecznie w kwocie 460,6 tys. zł (zrealizowano w kwocie 288,2 tys. zł, tj. w 63%), zmieniając pierwotnie zaplanowaną kwotę (162,0 tys. zł) stanowiącą wydatki z tego tytułu w 2018 r., w związku z rozpoczęciem realizacji dodatkowego zadania związanego z wypłatą świadczeń uzupełniających dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

(akta kontroli str. 66-73, 125-177, 477)

1.6. W latach 2018-2019 w Oddziale przeprowadzono łącznie 22 kontrole, w tym 16 kontroli w 2018 r. oraz sześć kontroli w 2019 r. Kontrole te zostały przeprowadzone przez pracowników Departamentów w Centrali ZUS, m.in. Departamentu Audytu (DAU), Finansów (DFZ), Orzecznictwa Lekarskiego (DOL),

²² Określona w załączniku nr 3 do procedury do procesu 12.2. „Planowanie i wykonanie budżetu Zakładu”, wprowadzonej Zarządzeniem nr 53 Prezesa ZUS z 31 marca 2017 r. oraz w wytycznych Członka Zarządu ZUS z 30 maja 2017 r. oraz z 26 kwietnia 2018 r.

²³ Odnosząc się do planowanych kwot, nie uwzględniono wynagrodzeń osobowych pracowników, ponieważ Oddział nie planował wynagrodzeń pracowników w podziale na Wydziały (zgodnie z zapisem punktu II.3.1 Opracowanie danych do projektu planu w zakresie planów szczególnych „Instrukcji opracowywania, monitorowania realizacji oraz zmian planu finansowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych” będącej Załącznikiem Nr 3 do Procedury 12.2 Planowanie i wykonanie budżetu Zakładu).

Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (DZB), Kontroli Wewnętrznej (DKW) oraz Kontroli Płatników Składek (DKP).

Dwie kontrole DOL²⁴ dotyczyły działalności głównego lekarza orzecznika, przewodniczącego komisji lekarskich, oceny orzeczeń o niezdolności do pracy oraz organizacji pracy orzecznictwa lekarskiego. W trakcie obu ww. kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie organizacji postępowania orzeczniczego, natomiast stwierdzono przypadki braku zgodności ustaleń orzecznich z zasadami orzecznictwa lekarskiego:

- w trakcie kontroli przeprowadzonej w 2018 r. stwierdzono jeden przypadek (spośród 111 zbadanych) w zakresie działalności komisji lekarskich oraz pięć przypadków (spośród 136 analizowanych spraw) w zakresie działalności lekarzy orzeczników;
- w trakcie kontroli przeprowadzonej w 2019 r. stwierdzono jeden przypadek (spośród 192 zbadanych) w zakresie działalności lekarzy orzeczników oraz jeden przypadek (spośród 122 analizowanych spraw) w zakresie działalności komisji lekarskich.

Dyrektor Oddziału zrealizowała zalecenia pokontrolne zawarte w wystąpieniach pokontrolnych, dotyczące podjęcia skutecznych działań, mających na celu eliminację nieprawidłowości w zakresie ustaleń orzecznich. W trakcie kontroli przeprowadzonej w 2019 r., kontrolerzy stwierdzili realizację zaleceń pokontrolnych i zwrócili uwagę na mniejszą liczbę kwestionowanych spraw.

(akta kontroli str. 454-455, 516-558)

W okresie objętym kontrolą do Oddziału wpłynęły 62 skargi (40 w 2018 r. i 22 w 2019 r.), spośród których jedna dotyczyła spraw związanych z przedmiotem niniejszej kontroli. W 2018 r. osoba fizyczna złożyła zażalenie na opieszałość, biurokrację i przewlekłe załatwianie sprawy przez Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji Oddziału, dotyczącej wydania skierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej. Wniesiona skarga została rozpatrzona w terminie siedmiu dni, tj. zgodnie z przepisami ustawy z 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego²⁵ oraz uregulowaniami wewnętrznymi ZUS w tym zakresie tj. procedurą pn. *Instrukcja rozpatrywania skarg, wniosków i petycji*²⁶. Skarżącą poinformowano, że termin załatwienia sprawy nie wynikał z opieszałości pracowników Oddziału, a z konieczności uprawomocnienia się wydanego orzeczenia i był zgodny z obowiązującymi w ZUS procedurami.

(akta kontroli str. 454-476)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Jeden zatrudniony w Oddziale lekarz orzecznik²⁷, wydawał orzeczenia przed odbyciem przeszkolenia w zakresie ustalonym przez Prezesa Zakładu, co stanowiło naruszenie § 11 ust. 1 pkt 2 *rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy*. Lekarz J.P. odbył ww. przeszkolenie w okresie od 3 do 30 października 2018 r., a orzeczenia w sprawach orzekania o niezdolności do pracy wydawał już od 5 października 2018 r., wydając w okresie od 5 do 30 października 2018 r. łącznie siedem orzeczeń w zakresie: ustalenia uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego

²⁴ Jedna przeprowadzona w okresie 22-26 października 2018 r., druga w okresie 4-8 listopada 2019 r.

²⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 256, ze zm.

²⁶ Instrukcja zawarta w Załączniku nr 8 „Instrukcja rozpatrywania skarg wniosków i petycji” do Procedury 10.2. „Zarządzanie organizacją Zakładu”.

²⁷ Spośród piętnastu objętych badaniem. Był to J.P., zatrudniony w Oddziale w okresie od 1 października 2018 r. do 30 czerwca 2019 r.

(cztery), ustalenia potrzeby rehabilitacji leczniczej (dwa) oraz orzeczenie o niezdolności do pracy (jedno).

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że lekarz ten wydawał orzeczenia w celach szkoleniowych, pod nadzorem lekarza orzecznika i po akceptacji Głównego Lekarza Orzecznika, co potwierdził lekarz orzecznik stwierdzając, że lekarz J.P. konsultował z nim każdą sprawę i opiniował wydane przez niego orzeczenia, które w następnej kolejności były akceptowane przez Głównego Lekarza Orzecznika Oddziału.

(akta kontroli str. 269-309)

NIK zauważyła, że powołany przepis rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy jednoznacznie rozstrzyga, że lekarzem orzecznikiem może być lekarz, który jest specjalistą (ten warunek został spełniony) i odbył przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa Zakładu.

OCENA CZĄSTKOWA

Warunki kadrowe Oddziału, tj. dwunastu zatrudnionych lekarzy orzeczników i dziesięciu lekarzy członków komisji lekarskich, zapewniały prawidłową realizację zadań w ramach prewencji rentowej.

W latach 2018-2019 nabory lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskich przeprowadzone zostały zgodnie z przepisami art. 74a-74g ustawy o zus oraz obowiązującymi w tym zakresie uregulowaniami wewnętrznymi określonymi w poszczególnych procedurach. Zatrudnieni lekarze²⁸ spełniali wymagania określone w § 11 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, stwierdzono jednak nieprawidłowość polegającą na tym, że jeden z czterech nowo zatrudnionych lekarzy wydawał orzeczenia jeszcze przed ukończeniem przeszkolenia (wydając w tym okresie 7 orzeczeń), co było niezgodne z postanowieniami § 11 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia.

Oddział zapewnił możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich na szkoleniach organizowanych przez Centralę ZUS i prowadził działalność informacyjną i promocyjną m.in. w zakresie zagadnień związanych z rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej.

Oddział prawidłowo zorganizował dwa nabory, w wyniku których wyłoniono lekarzy-konsultantów, z którymi podpisano umowy (22 w 2018 r. i 31 w 2019 r.) zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy o sus. Zawarte umowy spełniały również warunki określone w wewnętrznych uregulowaniach ZUS, tj. w załączniku nr 9 do Procedury 9.1. pn. *Wydawanie orzeczeń*. Ponadto, Oddział zabezpieczył wykonywanie dodatkowych badań diagnostycznych i laboratoryjnych dla potrzeb Wydziału Orzecznictwa, zawierając umowy w tym zakresie z czterema podmiotami zewnętrznymi.

Oddział zrealizował zalecenia pokontrolne z dwóch kontroli przeprowadzonych przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego ZUS w temacie działalności głównego lekarza orzecznika, przewodniczącego komisji lekarskich, oceny orzeczeń o niezdolności do pracy oraz organizacji pracy orzecznictwa lekarskiego.

²⁸ Co stwierdzono na podstawie badania dokumentacji piętnastu lekarzy zatrudnionych w Oddziale, w tym dziesięciu lekarzy orzeczników i pięciu członków komisji lekarskiej.

2. Prawidłowość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

2.1. Skontrolowane losowo wybrane 18 postępowań dotyczących wydanych w 2018 r.²⁹ orzeczeń o braku potrzeby rehabilitacji (w tym: w 12 przypadkach odmowa uzasadniona została brakiem istotnej dysfunkcji organizmu wnioskodawców, w trzech przypadkach medycznymi przeciwwskazaniami odbycia rehabilitacji oraz po jednym przypadku: utrwaloną dysfunkcją nie rokującą poprawy w okresie długoterminowym, wnioskiem złożonym tuż po odbytej rehabilitacji ZUS i w trakcie rehabilitacji finansowanej przez NFZ oraz brakiem wskazań do rehabilitacji zgodnej z wnioskiem)³⁰ zostały wydane przez lekarzy orzeczników Oddziału ZUS³¹ z zachowaniem przepisów rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz zgodnie z Procedurą 9.1. Kontrola ww. orzeczeń, tj. 5,2% z 346 odmów orzeczniczych wydanych w 2018 r. przez Oddział wykazała m.in., że wszystkie objęte kontrolą wnioski złożone zostały przez lekarzy leczących, z czego 17 dotyczyło przyznania rehabilitacji w ramach prewencji rentowej, a jeden świadczeń rehabilitacyjnych. We wszystkich skontrolowanych postępowaniach orzeczenia zostały wydane z zachowaniem przepisów rozporządzenia w sprawie rehabilitacji i z przestrzeganiem *Instrukcji sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie*, ustalonej w załączniku nr 1 do Procedury 9.1³². W 16 ze skontrolowanych postępowań Główny lekarz orzecznik Oddziału³³, albo jego zastępca przydzielili sprawy lekarzom orzecznikom Oddziału poprzez losowanie w aplikacji *Wspomaganie orzecznictwa*³⁴. Przydzielenie spraw bez losowania przez GLO w dwóch z badanych postępowań³⁵, spowodowane było wymogiem zachowania bezstronności przy wydawaniu orzeczeń dla małżonków (zapewnienia wydawania orzeczeń dla małżonków przez różnych LO). W obu postępowaniach przydzielenia LO bez losowania, GLO sporządził stosowne uzasadnienie w WO. W obu postępowaniach przed KL, sprawy do rozpatrzenia przez te komisje przydzielili przewodniczący tych komisji i przy ich wyznaczaniu wzięto pod uwagę specjalizacje medyczne posiadane przez lekarzy – członków tych komisji

We wszystkich badanych orzeczeniach LO i KL wydając orzeczenia: odnieśli się do potrzeb rehabilitacji leczniczej, a w sporządzonych uzasadnieniach opinii lekarskiej zamieścili szczegółowe informacje oraz wyniki analiz, wskazujące na istnienie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy stwierdzonymi naruszeniami sprawności organizmu, a dokonanymi ustaleniami orzeczniczymi, w szczególności w zakresie: (1) funkcji i struktur organizmu, które zostały naruszone, (2) wyników badań bezpośrednich lub danych ze zgromadzonej dokumentacji medycznej, które na to wskazują, (3) stopnia, w jakim dysfunkcje naruszają sprawność całego organizmu, (4) charakteru, jakie ma naruszenie sprawności organizmu, (5) celowości przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej oraz (6) powodów upośledzeń, których funkcji organizmu celowa jest rehabilitacja i o jakim profilu. Wszystkie skontrolowane orzeczenia zostały sporządzone w dwóch egzemplarzach, z których jeden został doręczony ubezpieczonemu, za wyjątkiem jednego z postępowań, gdy w dokumentacji brak jest potwierdzenia odbioru

²⁹ Spraw, w których wnioski wypłynęły i zostały rozpatrzone w 2018 r.

³⁰ W tym dwóch orzeczeń w trybie odwoławczym wydanych przez komisje lekarskie (dalej: „KL”), po wniesieniu sprzeciwu przez ubezpieczonych.

³¹ Dalej: „LO”.

³² Dalej: „Instrukcja z Procedury 9.1”.

³³ Dalej: „GLO”.

³⁴ Dalej „WO”.

³⁵ Postępowania nr PRL: 0600-64109029-18 i 060064107778-18.

orzeczenia przez ubezpieczonego. Jak wyjaśniła Naczelnik Wydziału Orzecznictwa, powyższe spowodowane było zabranianiem przez ubezpieczoną egzemplarza orzeczenia z pokwitowaniem odbioru (o czym świadczy notatka służbowa pracownicy Oddziału przechowywana w aktach sprawy). We wszystkich badanych postępowaniach, GLO lub jego zastępca przeprowadzili analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia i na egzemplarzu orzeczenia znajdującego się w aktach sprawy oraz w WO odnotowywali jego akceptację (w badanej próbie nie było przypadków zgłoszenia ich wadliwości).

Dokumentacja medyczna (jej skany w WO), która miała wpływ na ustalenia w ramach ww. badanych orzeczeń była w 50% potwierdzona za zgodność z oryginałem, a w pozostałych dziewięciu przypadkach – wg wyjaśnień Naczelnik Wydziału Orzecznictwa – skany zostały sporządzone przez LO lub KL z oryginałów przedstawionej dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 570-617)

2.2. Skontrolowane losowo 72 postępowania dotyczące wydania w 2018 r. orzeczeń o potrzebie rehabilitacji³⁶, wykazały że orzeczenia w tych sprawach wydane zostały przez LO z zachowaniem przepisów rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz zgodnie z Instrukcją z Procedury 9.1.

We wszystkich badanych orzeczeniach, wydając orzeczenia LO: odnieśli się do potrzeb rehabilitacji leczniczej, a w sporządzonych uzasadnieniach opinii lekarskiej zamieścili szczegółowe informacje oraz wyniki analiz, wskazujące na istnienie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy stwierdzonymi naruszeniami sprawności organizmu, a dokonanymi ustaleniami orzeczniczymi, w szczególności w zakresie: (1) funkcji i struktur organizmu, które zostały naruszone, (2) wyników badań bezpośrednich lub danych ze zgromadzonej dokumentacji medycznej, które na to wskazują, (3) stopnia, w jakim dysfunkcje naruszają sprawność całego organizmu, (4) charakteru, jakie ma naruszenie sprawności organizmu, (5) celowości przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej oraz (6) powodów upośledzeń, których funkcji organizmu celowa jest rehabilitacja i o jakim profilu. Wszystkie skontrolowane orzeczenia zostały sporządzone w dwóch egzemplarzach, z których jeden egzemplarz został doręczony ubezpieczonemu. We wszystkich badanych postępowaniach, GLO lub jego zastępca przeprowadzili analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia i na egzemplarzu orzeczenia znajdującego się w aktach sprawy oraz w WO odnotowywali jego akceptację (w badanej próbie nie było przypadków zgłoszenia ich wadliwości).

W badanej próbie orzeczeń o potrzebie rehabilitacji, dokumentacja medyczna (jej skany w WO), która miała wpływ na wydanie orzeczenia, była w 35 przypadkach (48,6%) potwierdzona za zgodność z oryginałami, a w pozostałych 37 przypadkach – wg wyjaśnień Naczelnik Wydziału Orzecznictwa - jej skany znajdujące się w WO zostały sporządzone z oryginałów przedstawionej dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 618-671, 695-748, 772-825 i 849-905)

2.3. Oddział ZUS kierował w 2018 r. 72 osoby objęte szczegółowym badaniem na rehabilitację leczniczą do ośrodków rehabilitacyjnych z zachowaniem przepisów rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz z zachowaniem Procedury 9.3. Kontrola

³⁶ 72 sprawy, w tym: 18 orzeczeń dotyczących ubezpieczonych, którzy w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierali żadnych świadczeń z FUS z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani (dalej: „próba II”), 18 orzeczeń dotyczących ubezpieczonych, którzy w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierali zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani, lub też pewna część zasiłków była z nimi związana (dalej: „próba III”), 18 orzeczeń dotyczących ubezpieczonych, którzy w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierali świadczenia rehabilitacyjne (dalej: „próba IV”) oraz 18 orzeczeń dotyczących ubezpieczonych, którzy w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierali rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy (dalej: „próba V”).

kierowania przez Oddział ZUS ww. 72 osób, którym LO Oddziału ZUS wydał orzeczenia o potrzebie rehabilitacji wykazała m.in., że rejestracja wszystkich wniosków o rehabilitację (w ramach prewencji rentowej) i założenie badanych spraw nastąpiło nie później niż w następnym dniu roboczym od daty wpływu wniosku do Oddziału (w przypadku wniosków o rehabilitację, które wpłynęły po 24 czerwca 2018 r.) lub termin obsługi przez Oddział wniosków (które wpłynęły do Oddziału do 24 czerwca 2018 r.) nie przekroczył ośmiu dni od ich wpływu do emisji wniosków o wydanie orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. We wszystkich 72 badanych postępowaniach dokumentację dotyczącą rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w Oddziale przechowywano w teczkach prowadzenia rehabilitacji leczniczej³⁷, a dokumentacja zawierająca dane o stanie zdrowia przechowywana była w teczkach dokumentacji orzeczniczo-lekarskiej, stanowiącej podstawę wydania opinii i orzeczeń lekarskich³⁸. Średni czas jaki upłynął do rozpoczęcia rehabilitacji przez te osoby wyniósł: od złożenia wniosku o rehabilitację³⁹ – 102 dni (od 51 dni⁴⁰ do 354 dni⁴¹), od wydania ostatecznego orzeczenia o potrzebie rehabilitacji – 92 dni (od 23 dni⁴² do 200 dni⁴³) i od emisji skierowania na rehabilitację (w przypadkach braku zmian terminów rozpoczęcia tych rehabilitacji na wnioski ubezpieczonych) – 72 dni (od 16 dni⁴⁴ do 169 dni⁴⁵).

Zastępca GLO i Naczelnik Wydziału Orzecznictwa wyjaśnili, że ww. długotrwały okres oczekiwania ubezpieczonych na skierowanie na rehabilitację jest bardzo krótki w porównaniu do oczekiwania na rehabilitację prowadzoną przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W swoich wyjaśnieniach wskazali, że ubezpieczeni pobierający jakiegokolwiek świadczenia (zwolnienia lekarskie, świadczenia rehabilitacyjne lub rentowe) kierowani są w pierwszej kolejności, w terminach umożliwiających odbycie rehabilitacji przez ubezpieczonych w okresie pobierania tych świadczeń. W przypadku braku dostępnych miejsc, skierowanie przydzielane jest przez Departament Prewencji i Rehabilitacji ZUS z zasobów widocznych dla tej jednostki. W swoich wyjaśnieniach wskazali ponadto, że ZUS posiada najwięcej umów podpisanych z ośrodkami realizującymi rehabilitację narządu ruchu, w tym w systemie ambulatoryjnym. Najmniej natomiast umów zawartych jest z ośrodkami realizującymi rehabilitację narządu głosu, co powoduje dłuższe oczekiwanie ubezpieczonych na skierowanie na tego typu rehabilitację.

(akta kontroli str. 614-617, 672-694, 749-771, 826-848 i 906-928, 925-932 i 1051-1064)

2.4. Analiza sytuacji ww. 72 osób, którym wydano orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej wykazała m.in., że średni czas przebywania tych ubezpieczonych na świadczeniach zmniejszył się z 173 dni do 122 dni w roku po zakończeniu rehabilitacji (o 29,5%) i zmniejszyła się średnia kwota wypłaconych z tego tytułu świadczeń w tych okresach z 10,8 tys. zł do 9,6 tys., zł (o 11,2%). Spośród 72 osób 18 osobom na rok przed rehabilitacją nie wypłacano świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które miał być rehabilitowane (próba II), a po zakończeniu rehabilitacji osoby te pobierały świadczenia w średniej wysokości 7,8 tys. zł, przez średnio 67 dni. W pozostałych

³⁷ Dalej: „Teczki PRL”.

³⁸ Dalej: „Teczki MED”.

³⁹ W przypadku 41 spraw, w których to ubezpieczeni składali wnioski o rehabilitację.

⁴⁰ Nr spraw: 0600-64109291-17, orzeczenie z 4 stycznia 2018 r.

⁴¹ Nr sprawy: 0600-64109912-18, orzeczenie z 11 kwietnia 2018 r.

⁴² Nr sprawy: 01016249 -18, orzeczenie z 16 kwietnia 2018 r.

⁴³ Nr sprawy: 0600-6410512-18, orzeczenie z 10 maja 2018 r.

⁴⁴ Nr spraw: 0600-64109523-18, orzeczenie z 13 lutego 2018 r. i 0600-60211890- 2018, orzeczenie z 25 kwietnia 2018 r.

⁴⁵ Nr sprawy 006080207-18 orzeczenie z 4 kwietnia 2018 r.

54 badanych przypadkach pobierania przez ubezpieczonych różnych świadczeń⁴⁶ (odpowiednio próby III-V), średnia liczba dni pobierania świadczeń zmniejszyła się w roku po odbyciu rehabilitacji, w porównaniu do roku przed rehabilitacją, odpowiednio: o 6,4% (z 125 do 117 dni), o 60% (z 325 dni do 130 dni) i o 28,5% (z 242 dni do 173 dni), a średnia wypłacanych im w tych okresach świadczeń zmniejszyła się odpowiednio: o 15,6% (o 1,8 tys. zł)⁴⁷, o 51,1% (o 10,1 tys. zł)⁴⁸ i o 6,8% (o 0,8 tys. zł)⁴⁹. Jednocześnie średnia wysokość składek pobranych od badanych 72 ubezpieczonych wzrosła w tych okresach z 7,5 tys. zł do 9,2 tys. zł (tj. o 22,8%). Z badanych ubezpieczonych, jedynie wśród grupy ubezpieczonych, którzy nie pobierali z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani (próba II) odnotowano zmniejszenie w badanych okresach średniej wielkości odprowadzonych składek o 3,4%⁵⁰. W pozostałych badanych grupach (próby III-V) nastąpił wzrost średniej kwoty pobranych składek odpowiednio o: 7,0%⁵¹, 91,9%⁵² i 264,6%⁵³.

(akta kontroli str. 559-563, 958-1049)

Kontrola wydawania ww. 72 orzeczeń o potrzebie rehabilitacji, tj. 2,4% orzeczeń pozytywnych dotyczących rehabilitacji leczniczej wydanych w 2018 r. (3 054 orzeczeń) wykazała m.in., że w 67 postępowaniach GLO albo jego zastępca przydzielili sprawę LO, poprzez losowanie w aplikacji WO. W pozostałych pięciu przypadkach przydzielenie spraw bez losowania przez GLO, spowodowane było – wg wyjaśnień Zastępcy GLO: w dwóch przypadkach sytuacjami losowymi, tj. zwolnieniem lekarskim lub niezaplanowanym urlopem wyznaczonych w losowaniu LO oraz (po jednym przypadku) wyznaczeniem LO zajmującego się kontrolą prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich, włączeniem wniosku do trwającego postępowania oraz prawidłowym wykorzystaniem czasu pracy LO. Z ww. pięciu postępowań przydzielenia sprawy do wybranego LO, w czterech GLO sporządził stosowne uzasadnienie w WO, a w jednym (wyznaczenie LO zajmującego się kontrolą prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich) uzasadnienie takie nie było wymagane.

(akta kontroli str. 691-694, 768-771, 845-848 i 925-928)

W wydanych ww. orzeczeniach, jako uzasadnienie skierowania na rehabilitację leczniczą podano: w 54 przypadkach - pozytywne rokowania przywrócenia niezbędnej sprawności i odzyskania zdolności do dotychczasowej pracy tych ubezpieczonych, w 16 przypadkach - konieczność systematycznej rehabilitacji stwierdzonej dysfunkcji, w dwóch przypadkach – zagrożenie utratą zdolności do pracy. Po zakończeniu rehabilitacji ww. 72 ubezpieczonych, lekarze z ośrodków rehabilitacyjnych, w których odbyli oni rehabilitację leczniczą, stwierdzili: w 49 przypadkach (68,1%) poprawę stanu funkcjonalnego, a w 23 przypadkach brak zmian stanu funkcjonalnego tych ubezpieczonych.

Zmniejszyła się również w okresie roku po odbyciu rehabilitacji (w porównaniu do roku przed rehabilitacją) w badanej ww. próbie liczba osób, od których nie wpływały żadne składki - z 13 (co stanowiło 18,1% badanej próby) do dziewięciu (tj. 12,5%).

(akta kontroli str. 559-563, 958-1033)

⁴⁶ Zasiłków chorobowych związanych z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani lub też pewna część zasiłków była z nimi związana, świadczeń rehabilitacyjnych oraz rent okresowych z tytułu niezdolności do pracy.

⁴⁷ Z 11,3 tys. zł do 9,6 tys. zł.

⁴⁸ Z 19,7 tys. zł do 9,6 tys. zł.

⁴⁹ Z 12,2 tys. zł do 11,3 tys. zł.

⁵⁰ Z 17,2 tys. zł do 16,6 tys. zł.

⁵¹ Z 8,5 tys. zł do 9,1 tys. zł.

⁵² Z 2,6 tys. zł do 5,0 tys. zł.

⁵³ Z 1,7 tys. zł do 6,1 tys. zł.

W przypadku poddanych kontroli 18 postępowań⁵⁴, w których wnioskodawcy przez rok przed wydaniem orzeczenia nie pobierali z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani (próba II), średni okres oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji wyniósł: 148 dni od daty złożenia wniosku (od 59 dni⁵⁵ do 354 dni⁵⁶), 119 dni od wydania pozytywnego orzeczenia (od 30 dni⁵⁷ do 321 dni⁵⁸) i 96 dni od emisji ostatecznego skierowania na turnus rehabilitacyjny (od 29 dni⁵⁹ do 186 dni⁶⁰). Ww. ubezpieczonym w roku przed odbyciem turnusu nie wypłacano świadczeń z tytułu ubezpieczeń społecznych, a pobrane w tym okresie składki wynosiły od 7,7 tys. zł do 32,0 tys. zł (średnio 17,2 tys. zł). W okresie jednego roku po odbyciu turnusu pięciu (spośród 18 objętych badaniem) ubezpieczonych przebywało na świadczeniach od pięciu do 248 dni (średnio 67 dni), którym wypłacono w tym okresie świadczenia w wysokości od 0,4 tys. zł do 24,9 tys. zł (średnio 7,8 tys. zł). Składki pobrane w ciągu roku po odbyciu turnusu od ww. 18 ubezpieczonych wynosiły od 3,4 tys. zł do 30,7 tys. zł (średnio 16,6 tys. zł). W zbadanych ww. orzeczeniach, jako uzasadnienie skierowania na rehabilitację leczniczą podano: w 12 przypadkach - pozytywne rokowania przywrócenia niezbędnej sprawności i odzyskania zdolności do dotychczasowej pracy tych ubezpieczonych, w czterech przypadkach - konieczność systematycznej rehabilitacji stwierdzonej dysfunkcji i w dwóch przypadkach - zagrożenie utratą zdolności do pracy. Po zakończeniu rehabilitacji ww. 18 ubezpieczonych, lekarze z ośrodków rehabilitacyjnych, w których odbyli oni rehabilitację leczniczą, stwierdzili: w 17 przypadkach (94,4%) poprawę stanu funkcjonalnego, a w jednym przypadku brak zmian stanu funkcjonalnego ubezpieczonego.

(akta kontroli: 559-563, 958-976, 1022-1024, 1034-1036 i 1046)

W przypadku poddanych kontroli 18 postępowań⁶¹, w których ubezpieczeni rok przed odbyciem turnusu pobierali zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani, lub też pewna część zasiłków była z nimi związana (próba III), średni okres oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji wyniósł: 80 dni od daty złożenia wniosku⁶² (od 51 dni⁶³ do 130 dni⁶⁴), 52 dni od wydania pozytywnego orzeczenia⁶⁵ (od 23 dni⁶⁶ do 100 dni⁶⁷) oraz 39 dni od emisji ostatecznego skierowania na turnus rehabilitacyjny⁶⁸ (od 16 dni⁶⁹ do 85 dni⁷⁰). Osoby te w roku przed odbyciem turnusu przebywali na świadczeniach związanym z ich schorzeniem od 15 do 362 dni (średnio 125 dni), a w tym czasie wypłacono im świadczenia w wysokości od 1,1 tys. zł do 75,0 tys. zł (średnio 11,3 tys. zł). Pobrane w tym okresie składki wynosiły od 0,3 tys. zł do 18,4 tys. zł (średnio 8,5 tys. zł).

⁵⁴ We wszystkich przypadkach orzeczenie zostały wydane na wniosek ubezpieczonych wniesione przez lekarzy leczących (wszystkie dotyczyły prewencji rentowej).

⁵⁵ Nr sprawy: 06-641010403-18, orzeczenie z 14 czerwca 2018 r.

⁵⁶ Nr sprawy: 0600-64109912-18, orzeczenie z 11 kwietnia 2018 r.

⁵⁷ Ww. sprawa nr 06-641010403-18.

⁵⁸ Ww. sprawa nr 0600-64109912-18.

⁵⁹ Nr sprawy: 0600-64109513-18, orzeczenie z 13 lutego 2018 r.

⁶⁰ Nr sprawy: 0600-6410512-18, orzeczenie z 10 maja 2018 r.

⁶¹ W tym: w 17 przypadkach orzeczenie zostały wydane na wniosek ubezpieczonych (wszystkie dotyczyły prewencji rentowej), a w jednym przypadku rehabilitacja została orzeczona przy rozpatrywaniu wniosku o przyznanie świadczeń rehabilitacyjnych.

⁶² W przypadku 17 wniosków złożonych na wniosek ubezpieczonego przez lekarzy leczących.

⁶³ Nr sprawy: 0600-64109776-18, orzeczenie z 12 marca 2018 r.

⁶⁴ Nr sprawy: 0600-64109367-17, orzeczenie z 17 stycznia 2018 r.

⁶⁵ W przypadku wszystkich 18 badanych postępowań.

⁶⁶ Nr sprawy: 01016249-18, orzeczenie z 16 kwietnia 2018 r.

⁶⁷ Ww. sprawa nr : 0600-64109367-17.

⁶⁸ Również dotyczy badanych 18 postępowań.

⁶⁹ Nr sprawy: 0600-64109523-18, orzeczenie z 13 lutego 2018 r.

⁷⁰ Ww. sprawa nr : 0600-64109367-17.

W okresie jednego roku po przebytych turnusie ubezpieczeni ci przebywali na świadczeniach od zera do 365 dni (średnio 117 dni). Wyplacono im w tym okresie świadczenia w wysokości od zera do 84,7 tys. zł (średnio 9,6 tys. zł). Składki pobrane od tych ubezpieczonych w ciągu roku po przebytych turnusie wyniosły od zera zł do 22,7 tys. zł (średnio 9,1 tys. zł). W zbadanych ww. orzeczeniach, jako uzasadnienie skierowania na rehabilitację leczniczą podano: w 13 przypadkach - pozytywne rokowania przywrócenia niezbędnej sprawności i odzyskania zdolności do dotychczasowej pracy tych ubezpieczonych i w pięciu przypadkach - wymóg systematycznej rehabilitacji stwierdzonej dysfunkcji. Po zakończeniu rehabilitacji ww. 18 ubezpieczonych, lekarze z ośrodków rehabilitacyjnych, w których odbyli oni rehabilitację leczniczą, stwierdzili: w 14 przypadkach (77,8%) poprawę stanu funkcjonalnego, a w czterech przypadkach (22,2%) brak zmian stanu funkcjonalnego ubezpieczonego.

(akta kontroli: 559-563, 976-992, 1024-1026, 1037-1039 i 1047)

W przypadku poddanych kontroli 18 postępowań⁷¹, w których ubezpieczeni rok przed odbyciem turnusu pobierali świadczenie rehabilitacyjne (próba IV), średni okres oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji wyniósł 81 dni⁷² (od 61 dni⁷³ do 107 dni⁷⁴), 71 dni od wydania pozytywnego orzeczenia⁷⁵ (od 33 dni⁷⁶ do 127 dni⁷⁷) oraz 50 dni od emisji ostatecznego skierowania na turnus rehabilitacyjny⁷⁸ (od 16 dni⁷⁹ do 110 dni⁸⁰). Ubezpieczeni ci w roku przed odbyciem turnusu rehabilitacyjnego przebywali na świadczeniach rehabilitacyjnych od 117 do 365 dni (średnio 325 dni) i w tym czasie wyplacono im świadczenia w wysokości od 0,2 tys. zł do 64,6 tys. zł (średnio 19,7 tys. zł). Pobrane w tym okresie składki wyniosły od zera do 11,6 tys. zł (średnio 2,6 tys. zł). W okresie jednego roku po odbytych turnusie rehabilitacyjnym, ubezpieczeni ci przebywali na świadczeniach od jednego do 365 dni (średnio 130 dni), którym wyplacono w tym okresie świadczenia w wysokości od 0,8 tys. zł do 33,5 tys. zł (średnio 9,6 tys. zł). Składki pobrane od tych ubezpieczonych w tym okresie wyniosły od zera do 21,3 tys. zł (średnio 5,0 tys. zł). W zbadanych ww. orzeczeniach jako uzasadnienie skierowania na rehabilitację leczniczą podano: w siedmiu przypadkach - pozytywne rokowanie przywrócenia niezbędnej sprawności i odzyskania zdolności do dotychczasowej pracy, w siedmiu przypadkach - wymóg systematycznej rehabilitacji stwierdzonej dysfunkcji, a w czterech przypadkach - poprawa sprawności organizmu i kontynuacja pracy zawodowej. Po zakończeniu rehabilitacji ww. 18 ubezpieczonych, lekarze z ośrodków rehabilitacyjnych, w których odbyli oni rehabilitację leczniczą, stwierdzili: w 11 przypadkach (61,1%) poprawę stanu funkcjonalnego ubezpieczonych, a w siedmiu przypadkach (38,9%) brak zmian stanu funkcjonalnego ubezpieczonego.

(akta kontroli: 559-563, 992-1007, 1027-1028, 1040-1042 i 1048)

W przypadku poddanych kontroli 18 postępowań⁸¹, w których ubezpieczeni rok przed odbyciem turnusu pobierali rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy

⁷¹ W tym: w pięciu przypadkach orzeczenia zostały wydane na wniosek ubezpieczonych (wszystkie dotyczyły prewencji rentowej), a w 13 postępowaniach rehabilitacja została orzeczona przy ustalaniu okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

⁷² W przypadku czterech postępowań prowadzonych na wniosek ubezpieczonych.

⁷³ Nr sprawy: 0600-64109519-18, orzeczenie z 13 lutego 2018 r.

⁷⁴ Nr sprawy: 0600-64104484-18, orzeczenie z 30 listopada 2018 r.

⁷⁵ W przypadku wszystkich 18 badanych postępowań.

⁷⁶ Ww. sprawa nr 0600-64109519-18.

⁷⁷ Nr sprawy: 006178817-18, orzeczenie z 24 września 2018 r.

⁷⁸ Również dotyczy badanych 18 postępowań.

⁷⁹ Nr sprawy: 0600-60211890-18, orzeczenie z 25 kwietnia 2018 r.

⁸⁰ Ww. sprawa nr 0600-60211650-18.

⁸¹ W tym: w dwóch przypadkach orzeczenia zostały wydane na wniosek ubezpieczonych (wszystkie dotyczyły prewencji rentowej), a w 16 postępowaniach rehabilitacja została orzeczona przy ustalaniu okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

(próba V), średni okres oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji wyniósł 101 dni⁸², 127 dni od wydania pozytywnego orzeczenia⁸³ (od 35 dni⁸⁴ do 197 dni⁸⁵) oraz 102 dni od emisji ostatecznego skierowania na turnus rehabilitacyjny⁸⁶ (od 20 dni⁸⁷ do 169 dni⁸⁸). Osoby te przed odbyciem turnusu rehabilitacyjnego przebywali na świadczeniach (rentach) od dziewięciu do 365 dniach (średnio 242 dni), na których wypłacono im świadczenia w wysokości od 0,4 tys. zł do 40,6 tys. zł (średnio 12,2 tys. zł). Pobrane w tym okresie składki wynosiły od zera do 8,1 tys. zł (średnio 1,7 tys. zł). W okresie jednego roku po przebytych turnusie ubezpieczeni ci przebywali na świadczeniach od zera (trzech ubezpieczonych) do 365 dni (średnio 173 dni), którym wypłacono w tym okresie świadczenia w wysokości od zera do 38,8 tys. zł (średnio 11,3 tys. zł). Składki pobrane od tych ubezpieczonych w ciągu roku po przebytych turnusie wyniosły od zera zł do 14,2 tys. zł (średnio 6,1 tys. zł). We wszystkich ww. orzeczeniach, jako uzasadnienie podano pozytywne rokowania przywrócenia niezbędnej sprawności i odzyskania zdolności do dotychczasowej pracy tych ubezpieczonych. Po zakończeniu rehabilitacji ww. 18 ubezpieczonych, lekarze z ośrodków rehabilitacyjnych, w których odbyli oni rehabilitację leczniczą, stwierdzili: w siedmiu przypadkach (38,9%) poprawę stanu funkcjonalnego ubezpieczonych, a w 11 przypadkach (61,1%) brak zmian stanu funkcjonalnego ubezpieczonego.

(akta kontroli: 559-563, 1008-1021, 1029-1033, 1043-1045 i 1049)

W przypadku poddanych kontroli 18 postępowań⁸⁹, w których orzeczono brak potrzeby rehabilitacji (próba I):

- pięciu wnioskodawców (tj. 28%) przebywało na świadczeniu w roku przed wydaniem orzeczenia średnio przez 293 dni (czterech przez cały rok, jeden przez pięć dni), a siedmiu (tj. 39%) w roku po wydaniu orzeczenia przebywało na świadczeniu średnio przez 291 dni (pięciu przez cały rok, jeden przez 191 dni, jeden 19 dni);
- kwota odprowadzonych do ZUS składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła łącznie 239,9 tys. zł⁹⁰ i wahała się w przedziale od zera do 37,8 tys. zł⁹¹ (średnia dla badanej próby 18 spraw wyniosła 13,3 tys. zł⁹²), a kwota składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe odprowadzonych przez tych ubezpieczonych w ciągu roku po rehabilitacji (lub niepodjęcia rehabilitacji) wyniosła łącznie 271,0 tys. zł⁹³ (średnia dla badanej próby 18 spraw wyniosła 15,1 tys. zł⁹⁴), wahając się w przedziale od zera do 39,1 tys. zł⁹⁵. Nastąpił wzrost wysokości (w badanej grupie), kwoty wpłaconych składek do ZUS łącznie o 31,1 tys. zł (o 13,0% w stosunku do wielkości składek odprowadzonych przez te osoby w ciągu roku przed rehabilitacją), w tym z tytułu

⁸² W przypadku ww. dwóch postępowań prowadzonych na wniosek ubezpieczonych, tj. odpowiednio 67 dni i 134 dni.

⁸³ W przypadku wszystkich 18 badanych postępowań.

⁸⁴ Nr sprawy: 0600-64104193-18, orzeczenie z 5 marca 2018 r.

⁸⁵ Nr sprawy: 006080207-18, orzeczenie z 4 kwietnia 2018 r.

⁸⁶ Również dotyczy badanych 18 postępowań.

⁸⁷ Ww. postępowanie nr 0600-64104193-18.

⁸⁸ Ww. postępowanie nr 006080207-18.

⁸⁹ Wszystkie orzeczenia zostały wydane na wniosek ubezpieczonych.

⁹⁰ W tym składek na ubezpieczenia społeczne 188,2 tys. zł i na ubezpieczenia zdrowotne 51,6 tys. zł.

⁹¹ W tym składek: na ubezpieczenia społeczne w przedziale od zera do 30,2 tys. zł, a na ubezpieczenia zdrowotne od zera do 7,6 tys. zł.

⁹² W tym średnia składek: na ubezpieczenia społeczne 10,4 tys. zł, a na ubezpieczenia zdrowotne 2,9 tys. zł.

⁹³ W tym składek na ubezpieczenia społeczne 210,4 tys. zł i na ubezpieczenia zdrowotne 60,5 tys. zł.

⁹⁴ W tym średnia składek na ubezpieczenia społeczne 11,7 tys. zł, a na ubezpieczenia zdrowotne 3,4 tys. zł.

⁹⁵ W tym składek: na ubezpieczenia społeczne w przedziale od zera do 29,3 tys. zł, a na ubezpieczenia zdrowotne od zera do 9,8 tys. zł.

składek na ubezpieczenie społeczne o 22,2 tys. zł i z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne o 8,9 tys. zł, tj. odpowiednio o 11,8% i 17,2%;

- kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła łącznie 104,6 tys. zł i wahała się w przedziale od zera do 57,9 tys. zł⁹⁶, a w ciągu roku po rehabilitacji (lub niepodjęcia rehabilitacji) wyniosła łącznie 88,9 tys. zł i wahała się od zera do 26,3 tys. zł⁹⁷. Nastąpił spadek wypłacanych świadczeń o 15,7 tys. zł (tj. o 15,0% w stosunku do wypłaconych świadczeń dla tych osób przed rehabilitacją);
- dziewięciu ubezpieczonych (50%) otrzymywało świadczenia emerytalne lub rentowe (w tym siedem zatrudnionych było na umowę o pracę, a jeden na umowę zlecenia), sześcioro ubezpieczonych (30%) wykonywało umowy o pracę (w tym jeden również umowy zlecenia), a trzech ubezpieczonych prowadziło działalność gospodarczą (w tym jeden otrzymywał świadczenia emerytalne lub rentowe).

(akta kontroli: 559-563 i 933-957)

Spośród wszystkich badanych 90 orzeczeń LO, 78 (86,7%) zostało wydanych przez lekarzy o specjalnościach zgodnych z typem schorzenia, w tym spośród badanych 18 decyzji o braku potrzeby rehabilitacji - 12 (44,4%), a spośród badanych 72 orzeczeń pozytywnych – 66 (91,7%). W pozostałych 12 przypadkach (po sześć orzeczeń o braku potrzeby rehabilitacji i orzeczeń pozytywnych), orzeczenia wydali:

- neurologi (cztery orzeczenia, w tym trzy o braku potrzeby rehabilitacji) w przypadku choroby zwyrodnienia stawów kolanowych, uszkodzenia barków, innych reumatoidalnych zapaleniach stawów oraz choroby onkologicznej;
- chirurdzy ogólni (dwa orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji) w przypadku miażdżycy, zaburzenia korzeni rdzeniowych i spłotów nerwowych oraz mononeuropatii kończyn górnych;
- specjaliści chorób wewnętrznych (dwa orzeczenia, w tym jedno o braku potrzeby rehabilitacji) w przypadkach: zaburzeń depresyjnych nawracających, innych zaburzeń lękowych, złamania podudzia łącznie ze stawem skokowym, wewnętrznych uszkodzeń stawów kolanowych, zaburzeń korzeni rdzeniowych i spłotów nerwowych oraz chorób krążka międzykręgowego;
- pulmonolog i specjalista chorób wewnętrznych (cztery orzeczenia pozytywne) w przypadkach chorób narządu ruchu (dwa orzeczenia) oraz po jednym orzeczeniu dotyczącym chorób onkologicznych i zaburzeń depresyjnych nawracających, innych zaburzeń lękowych.

W jednym z ww. przypadków⁹⁸ wydanie orzeczenia przez LO (o specjalności pulmonologia i choroby wewnętrzne) poprzedziło wykonanie dodatkowej opinii specjalistycznej o stanie zdrowia ubezpieczonego przez neurochirurga.

Naczelnik Wydziału Orzecznictwa oraz Zastępca GLO złożyli wyjaśnienia o tej samej treści, tj. że ww. orzeczenia wydane były zgodnie z zasadą wynikającą z Procedury do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*, w brzmieniu obowiązującym od kwietnia 2017 r., ponieważ LO prowadzący te badania oprócz posiadanej specjalizacji odbyli przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. W związku z czym nie było konieczności kierowania tych spraw do konsultantów o specjalizacji zgodnej z orzekaną jednostką chorobową.

(akta kontroli str. 614-617, 691-694, 768-771, 845-848, 925-931 i 1051-1064)

⁹⁶ Średnia wypłacanych świadczeń wynosiła 5,8 tys. zł.

⁹⁷ Średnia wypłacanych świadczeń wynosiła 4,9 tys. zł.

⁹⁸ Nr sprawy: 006080207-18, orzeczenie z 4 kwietnia 2018 r.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

Wszystkie skontrolowane orzeczenia (90 spraw) wydano zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz Procedurą do procesu 9.1. Skierowania na turnusy rehabilitacyjne w zakresie miejsca i terminu były emitowane z uwzględnieniem dostępnych ośrodków i preferencji ubezpieczonych. Przydział spraw poszczególnym lekarzom orzecznikom w 83 postępowaniach (92,2%) był losowy, niezależny od ich specjalizacji, co wynikało z obowiązującej procedury, a w pozostałych siedmiu zbadanych postępowaniach wynikał z: wymogów zachowania bezstronności przy wydawaniu orzeczeń, sytuacji losowych lub organizacyjnych. W 12 na 90 spraw orzeczenia zostały wydane przez lekarza o specjalizacji niezwiązanej bezpośrednio ze schorzeniem będącym przedmiotem rehabilitacji w ośrodku (w tym w jednym postępowaniu LO skorzystał z możliwości wykonania dodatkowych opinii/konsultacji specjalistycznych o stanie zdrowia ubezpieczonych), co zdaniem NIK nie miało wpływu na prawidłowość orzekania.

W ocenie NIK, rehabilitacja lecznicza realizowana w ramach prewencji rentowej nie była w pełni skuteczna w odniesieniu do objętych badaniem grup osób uprawnionych, co ustalono na podstawie próby 72 ubezpieczonych skierowanych na rehabilitację w systemie stacjonarnym. Analiza takich parametrów jak: wysokość odprowadzonych za ubezpieczonych składek, kwota wypłaconych osobom ubezpieczonym świadczeń na wypadek choroby oraz liczba dni ich pobierania (w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji w porównaniu z okresem roku przed tą rehabilitacją) wskazywała m.in. na: zmniejszenie się średniego czasu przebywania tych ubezpieczonych na świadczeniach średnio o 29,5%, zmniejszenie się średniej kwoty wypłaconych z tego tytułu świadczeń o 11,2% oraz wzrost średniej wysokości pobranych składek o 22,8%. Zmniejszyła się również w okresie roku po odbyciu rehabilitacji (w porównaniu do roku przed rehabilitacją) w badanej próbie liczba osób, od których nie wpływały żadne składki z 13 (co stanowiło 18,1% badanej próby) do dziewięciu (tj. 12,5%).

W badanej próbie 72 ubezpieczonych, skierowanych na turnusy rehabilitacyjne, w opinii lekarzy z ośrodków rehabilitacyjnych, w których odbyli oni rehabilitację, u 49 ubezpieczonych (68,1%) nastąpiła poprawa ich stanu funkcjonalnego, a w 23 przypadkach (31,9%) lekarze ci nie stwierdzili zmian ich stanu funkcjonalnego.

III. Uwagi

W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, zwraca uwagę na obowiązek:

Uwaga

Zapewnienia wymogu przeszkolenia lekarzy orzeczników przed przystąpieniem do orzekania, w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwagi

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

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi 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.

Katowice, dnia 29 września 2020 r.

Kontroler
Waldemar Góra
Gł. specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....