



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.011.02.2020

Pan
Władysław Świątek
Dyrektor
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Rybniku
ul. W. Reymonta 2
44-200 Rybnik

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 Rybniku, ul. W. Reymonta 2, 44-200 Rybnik ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Władysław Świątek pełniący funkcję od 1 lutego 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. Dla realizacji celów kontroli mogą być wykorzystane dowody sporządzone w latach wcześniejszych oraz w okresie późniejszym, a także dane statystyczne z tych okresów.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Stefania Zalewska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/137/2020 z 22 maja 2020 r. 2. Beata Olejnik, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/135/2020 z 22 maja 2020 r. 3. Nina Poloczek, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/136/2020 z 22 maja 2020 r.

(akta kontroli tom I str. 1-5)

¹ Dalej: Oddział.

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 składek odprowadzonych za ubezpieczonych, 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 zwiększyła się średnia absencja chorobowa (z 4 do 25 dni). Wzrosła także średnia wysokość wypłaconych świadczeń chorobowych (z 0 tys. zł do 1,2 tys. zł), a także nieznacznie wzrosła średnia kwota odprowadzonych do systemu składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe (z 16,3 tys. zł/4,1 tys. zł do 16,9 tys. zł/4,3 tys. zł). Skuteczność rehabilitacji na zbliżonym poziomie stwierdzono w grupie 18 ubezpieczonych korzystających w roku poprzedzającym rehabilitację ze świadczeń związanych ze schorzeniami stanowiącymi podstawę skierowania na turnus, gdyż w kolejnym roku po zakończeniu rehabilitacji średnia absencja chorobowa w tej grupie wzrosła (z 95 do 172 dni), zwiększyła się także średnia wysokość wypłaconych świadczeń chorobowych (z 5,7 tys. zł do 9,6 tys. zł), natomiast średnia kwota odprowadzonych do systemu ubezpieczeniowego składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe pozostała na niezmiennym poziomie (8,7 tys. zł/2,2 tys. zł oraz 8,6 tys. zł/2,2 tys. zł).

Lepszą skuteczność rehabilitacji stwierdzono w grupie 18 ubezpieczonych korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych w roku poprzedzającym rehabilitację, gdyż w kolejnym roku po zakończeniu rehabilitacji średnia absencja chorobowa w tej grupie spadła (z 243 do 200 dni), zmniejszyła się średnia wysokość wypłaconych świadczeń chorobowych (z 15,2 tys. zł do 13,7 tys. zł) oraz zwiększyła się średnia kwota odprowadzonych do systemu składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe (z 4,4 tys. zł/1,1 tys. zł do 5,6 tys. zł/1,5 tys. zł).

Z uwagi na cel kierowania ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą, którym było przywrócenie stanu zdrowia, pozwalającego na aktywność zawodową, jako nieskuteczną należy ocenić rehabilitację ubezpieczonych korzystających w momencie skierowania na turnus z rent okresowych, gdyż w 77,8% zbadanych spraw udział w rehabilitacji leczniczej nie wpłynął na poprawę aktywności zawodowej.

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, powinni uwzględniać rokowania odzyskania zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji. Oznacza to, że zasadność kierowania na rehabilitację powinna być związana

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

⁴ Dalej: ZUS lub Zakład.

⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 277; dalej: rozporządzenie ws. rehabilitacji.

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 45 z 72 osób (62,5%), które odbyły turnus, było aktywnych zawodowo i odprowadzano im składki z tytułu ubezpieczenia społecznego. W próbie skontrolowanych 72 skierowań na turnus rehabilitacyjny w przypadku 45 osób (62,5%) wykazano poprawę stanu zdrowia po zakończonym turnusie, w 25 przypadkach (34,7%) u osób skierowanych nie zauważono zmian w stanie zdrowia, a w pozostałych dwóch przypadkach (2,8%) stwierdzono pogorszenie 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 96 dni, a średni okres, jaki upłynął od dnia złożenia wniosku do rozpoczęcia turnusu wyniósł 140 dni. Zdaniem NIK, wskazanym byłoby skrócenie tych okresów.

Realizacja zadań w zakresie orzecznictwa lekarskiego odbywała się w warunkach niepełnej obsady kadrowej, co wynikało z trudności z pozyskaniem lekarzy orzeczników⁶. Dwa, spośród pięciu, nabory na stanowisko Lekarza Orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zakończyły się niepowodzeniem ze względu na brak kandydatów. Przeciętne zatrudnienie LO w Oddziale zmalało z 15,3 etatu w 2018 r. do 14,0 w 2019 r. i stanowiło odpowiednio 80,5% oraz 73,7% planu. W sytuacji braków kadrowych, przy znacznie zwiększonej liczbie wniosków o przyznanie świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji⁷ średniomiesięczna liczba orzeczeń wydanych przez LO uległa zwiększeniu. Zmniejszyła się natomiast liczba wydanych orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy, czy też w związku z ustaleniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Zatrudnieni lekarze spełniali wymogi określone w § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy⁸. Organizowane w latach 2018-2019 postępowania naborowe na wolne stanowiska pracy Lekarza Orzecznika Zakładu przeprowadzono zgodnie z postanowieniami art. 74a-74f ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁹ i uregulowaniami wewnętrznymi obowiązującymi w ZUS.

Lekarze zatrudnieni w latach 2018-2019 odbyli przeszkolenie dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich Zakładu.

W latach 2018-2019 Oddział współpracował w procesie orzekania z konsultantami oraz podmiotami świadczącymi usługi w zakresie wykonywania badań dodatkowych.

Na podstawie próby 90 spraw, w tym 18 odmów skierowania na rehabilitację, ustalono, że: w każdym z przypadków dochowano terminów rejestracji wniosków, ich rozpatrywania oraz wydawania skierowań na turnusy rehabilitacyjne lub odmów rehabilitacji. Nie stwierdzono także odstępstw od terminów przekazywania

⁶ Dalej: LO.

⁷ W związku z wejściem w życie z dniem 1 października 2019 r. ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. poz. 1622).

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

⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 266 ze zm.; dalej: ustawa o sus.

dokumentacji do ośrodków rehabilitacyjnych. Oddział wydawał orzeczenia zgodnie z rozporządzeniem ws. rehabilitacji oraz procedurą wewnętrzną ZUS 9.1. – Wydawanie orzeczeń¹⁰.

W 48 na 90 spraw (53,3%) orzeczenia wydawał LO o specjalizacji niezwiązanej bezpośrednio ze schorzeniem będącym przedmiotem rehabilitacji, co jednak zdaniem NIK nie miało wpływu na prawidłowość orzekania.

Stwierdzona w toku kontroli nieprawidłowość dotycząca rozpatrywania skarg, nie miała wpływu na proces kierowania ubezpieczonych na rehabilitację realizowaną w ramach prewencji rentowej.

Działalność informacyjno-promocyjna, prowadzona przez Oddział w okresie objętym kontrolą, była ukierunkowana i wynikała ze Strategii Zakładu na lata 2016-2020 oraz rocznych Planów Działalności Zakładu¹¹.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej¹² kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą w Oddziale było zatrudnionych 18 (w 2018 r.) i 19 (w 2019 r.) LO oraz GLO i jego zastępca. Przeciętne zatrudnienie LO wynosiło 15,3 etatu (w 2018 r.) i 14,0 (w 2019 r.), co stanowiło odpowiednio 80,5% i 73,7% planu zatrudnienia (19 etatów).

(akta kontroli tom I str. 40-42)

Zasady naboru na wolne stanowiska Lekarza Orzecznika w Zakładzie zostały określone przez Prezesa ZUS w Załączniku Nr 3 do Procedury 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników¹³.

W 2018 r. ogłoszono dwa nabory na wolne stanowiska pracy: zastępcy GLO (nabór wewnętrzny) i dwóch lekarzy orzeczników Zakładu (nabór zewnętrzny)¹⁴. W wyniku przeprowadzonych rekrutacji zatrudniono zastępcę GLO¹⁵, natomiast postępowanie na stanowisko LO zakończyło się niepowodzeniem ze względu na niezgłoszenie się kandydatów spełniających wymagania formalne.

W 2019 r. opublikowano cztery ogłoszenia o naborze na stanowisko LO Zakładu¹⁶. Poszukiwano kolejno jednego, dwóch, trzech i czterech lekarzy ze specjalizacją: choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria, medycyna pracy, ortopedia, reumatologia i kardiologia. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że na priorytety w zakresie specjalizacji LO, którzy powinni być zatrudnieni wpływają orzekane przez LO dysfunkcje powstałe ze schorzeń wynikających ze specyfiki obszaru podlegającego Oddziałowi, na którym zlokalizowano duże zakłady przemysłowe, kopalnie i szpital psychiatryczny. W wyniku rekrutacji przeprowadzonych w 2019 r. zatrudniono

¹⁰ Wprowadzona Zarządzeniem Nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1 „Wydawanie orzeczeń”; dalej: Procedura 9.1.

¹¹ Dalej: PDZ.

¹² 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.

¹³ Stanowiącej Załącznik do Zarządzenia Prezesa ZUS Nr 56 z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia procedury 13.1. Obsługa kadrowo – płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników (ze zm.).

¹⁴ Dotyczy odpowiednio oferty pracy nr 716681/2018 ogłoszonej 19 marca 2018 r. oraz oferty pracy nr 717216/2018 z dnia 29 marca 2018 r.

¹⁵ Zatrudnienie 4 kwietnia 2018 r.

¹⁶ Dotyczy następujących ofert pracy: nr 736995/2019 ogłoszonej 2 kwietnia 2019 r., nr 745798/2019 z dnia 9 września 2019 r., nr 746011/2019 z dnia 12 września 2019 r., nr 748100/2019 z dnia 15 października 2019 r.

trzech LO¹⁷. Jedno postępowanie zakończyło się niepowodzeniem ze względu na brak kandydatów.

Badanie dokumentacji konkursów ogłoszonych przez Oddział w latach 2018-2019 na wolne stanowiska LO wykazało, że przeprowadzono je zgodnie z art. 74a–74f ustawy o sus oraz obowiązującymi w tym zakresie ww. uregulowaniami wewnętrznymi.

(akta kontroli tom I str. 43-164)

Sprawy były przydzielane LO przez GLO lub jego zastępcę losowo w aplikacji - Wspomaganie Orzecznictwa¹⁸. Normy czasu dla spraw niezwiązanych z kontrolą zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy, określone w tej aplikacji wynosiły: 40 minut na rozpatrzenie wniosku na podstawie bezpośredniego badania i 20 minut na wydanie orzeczenia na podstawie dokumentacji medycznej zgromadzonej w sprawie. Czas rozpatrywania spraw został określony przez Naczelnego Lekarza Zakładu¹⁹. W okresie od października 2019 r. do marca 2020 r. przyjęto 30-minutowy tryb na wydanie orzeczenia w oparciu o bezpośrednie badanie oraz 15-minutowy na wydanie orzeczenia zaocznie²⁰, co miało związek ze zwiększonym napływem wniosków w związku z nowymi zadaniami, nałożonymi na lekarzy orzecznictwa lekarskiego ustawą z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. W 2020 r. wydłużono czas na rozpatrywanie spraw dotyczących wydawania orzeczeń dla celów świadczeń z ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń wypłacanych przez ZUS: z 30 na 40 minut (po przeprowadzeniu bezpośredniego badania) oraz z 15 na 20 minut (w trybie zaocznym)²¹. Harmonogramy ustalone z uwzględnieniem ww. norm były dostosowane do wymiaru czasu pracy danego LO. Badanie dokumentacji²² siedmiu losowo wybranych LO wykazało, że przyjęte normy obciążenia pracą i maksymalnego czasu przeznaczonego na wydanie orzeczenia były przestrzegane, a wyznaczone zadania orzecznicy realizowali w ramach czasu pracy określonego w umowie.

(akta kontroli tom I str. 165-199)

W okresie objętym kontrolą wzrosła liczba orzeczeń związanych z rehabilitacją leczniczą wydanych na wniosek lekarza leczącego z 2 747 w 2018 r. do 2 806 w 2019 r. Jednocześnie zmniejszyła się liczba wydanych orzeczeń w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich z 62 (w 2018 r.) do 26 (w 2019 r.). Zmniejszeniu uległa również liczba wydanych orzeczeń w związku z ustaleniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego (odpowiednio z 620 do 407) oraz ustalaniem niezdolności do pracy do celów rentowych (z 254 do 183). Średniomiesięczna liczba orzeczeń wydanych przez LO wzrosła ze 163 - w 2018 r. do 204 - w 2019 r.

(akta kontroli tom I str. 532-536)

W latach 2018-2019 Oddział nie występował o nowe etaty lekarzy orzeczników, ze względu na posiadane wakaty i trudności z pozyskaniem lekarzy.

¹⁷ Zatrudnienie 3 czerwca 2019 r., 1 listopada 2019 r., 3 lutego 2020 r.

¹⁸ Dalej: WO.

¹⁹ Wiadomość e-mail z dnia 12 września 2017 r. znak: 991800/292/2017A.

²⁰ Wiadomość e-mail z dnia 16 września 2019 r.

²¹ Wiadomość e-mail z dnia 12 marca 2020 r.

²² Analizie poddano harmonogramy i raporty z pracy siedmiu losowo wybranych lekarzy orzeczników za okres 2018 r. i 2019 r., w tym za losowo wybrany miesiąc (październik 2018 r. i marzec 2019 r.) oraz dzień (8 października 2018 r. i 21 marzec 2019 r.).

Średni miesięczny poziom wynagrodzenia²³ LO zatrudnionego w Oddziale, w przeliczeniu na etat, wynosił brutto 7 494,90 zł (w 2018 r.) i 8 264,10 zł (w 2019 r.) i, według wyjaśnień Dyrektora Oddziału, zapewniał warunki dla stabilnego oraz trwałego zatrudnienia. W okresie objętym kontrolą zatrudniono dwóch orzeczników, a w pięciu przypadkach rozwiązano umowę o pracę z powodu przejścia na emeryturę (dwie osoby), odejścia z przyczyn osobistych (jedna osoba) i przeniesienia do innego Oddziału ZUS (dwie osoby). Średni wiek lekarzy zatrudnionych w Oddziale wynosił 57,5 lat (w 2018 r.) i 59 lat (w 2019 r.).

(akta kontroli tom I str. 165-167)

2. W okresie objętym kontrolą z Oddziałem współpracowało 18 konsultantów (15 lekarzy specjalistów i trzech psychologów) w 2018 r. oraz 15 konsultantów (12 lekarzy specjalistów i trzech psychologów) w 2019 r. Według wyjaśnień Naczelnik Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji, zapotrzebowanie na liczbę konsultantów oraz specjalności, jakie powinni oni posiadać rozpoznawano w korelacji z liczbą LO Oddziału, z posiadanymi przez nich specjalnościami, ich doświadczeniem w pracy orzeczniczej, ilością wpływających wniosków do Wydziału, rodzajami schorzeń głównych i współistniejących powodujących dysfunkcje u opiniowanych oraz specyfiką Oddziału, na terenie którego funkcjonują m.in.: kopalnie, niektóre placówki leczenia zamkniętego (szpital psychiatryczny) i zakłady penitencjarne.

(akta kontroli tom I str. 200-206)

Zgodnie z zasadami współpracy z konsultantami Zakładu, określonymi w rozdziale II pkt 1 Załącznika nr 9 do Procedury 9.1, każdy Oddział powinien współpracować, z co najmniej dwoma konsultantami Zakładu posiadającymi tę samą specjalizację. W latach 2018-2019 Oddział współpracował z trzema konsultantami psychiatrami, trzema psychologami klinicznymi, dwoma neurologami, z jednym konsultantem audiologiem-foniatrą, jednym kardiologiem, jednym otolaryngologiem, jednym chirurgiem stomatologicznym, jednym specjalistą chorób płuc oraz z jednym specjalistą okulistyki. Ponadto w 2018 r. współpracowano z trzema specjalistami ortopedii i traumatologii, a w 2019 r. - z jednym konsultantem posiadającym tę specjalizację.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił m.in., że wysokie wymagania kwalifikacyjne, duże zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów na lokalnym rynku pracy oraz praca lekarzy na kilku etatach w jednostkach szpitalnych i placówkach medycznych wpływa na postrzeganie ofert pracy ogłaszanych przez Zakład, jako mało atrakcyjnych. Przy realiach rynku pracy charakteryzującego się, według wyjaśnień Dyrektora Oddziału, dużym niedoborem lekarzy specjalistów i tzw. luką pokoleniową, występującą w środowisku lekarskim, spełnienie każdorazowo wymogu zabezpieczenia współpracy z co najmniej dwoma konsultantami Zakładu, z tą samą specjalizacją jest trudne do zrealizowania, a w niektórych przypadkach niemożliwe do wykonania.

(akta kontroli tom I str. 200-203; 276-277, 363-371)

W okresie objętym kontrolą nabór lekarzy konsultantów był przeprowadzany w trybie konkursu ofert. W 2018 r. ogłoszono jeden konkurs, natomiast w 2019 r. - cztery, z których trzy unieważniono z powodu braku ofert. Wszyscy lekarze konsultanci, zatrudnieni w latach 2018-2019 spełniali wymagania określone w Załączniku Nr 9

²³ Kwoty obejmują wynagrodzenie zasadnicze, wynagrodzenie chorobowe, zasiłki chorobowe.

Wraz z nagrodą kwartalną i indywidualną średnie miesięczne wynagrodzenie orzecznika zatrudnionego w Oddziale wyniosło, w przeliczeniu na etat, w latach 2018-2019, odpowiednio 5 730,97 zł i 8 276,60 zł brutto. (Wysokość podanych wynagrodzeń nie obejmuje dodatkowego wynagrodzenia rocznego, nagród jubileuszowych i odpraw emerytalnych).

do Procedury 9.1, tj. posiadali tytuł specjalisty oraz nieskazitelną postawę etyczną, potwierdzoną zaświadczeniem o niekaralności zawodowej, wydanym przez właściwą Okręgową Izbę Lekarską oraz oświadczeniem, że w chwili naboru wobec kandydata nie toczyło się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Umowy o dzieło zawarte z konsultantami były zgodne z wymaganiami określonymi w rozdziale II pkt 6 Załącznika nr 9 do Procedury 9.1 i określały: stawkę za wydanie jednostkowej opinii, możliwość żądania uzupełnienia niekompletnej opinii, termin na wydanie opinii (nie dłuższy niż 7 dni od daty badania) oraz obowiązek sporządzenia opinii pismem maszynowym albo z wykorzystaniem edytora pism w komputerze.

W okresie objętym kontrolą konsultanci wydali łącznie 3 064 opinie, w tym 1 661 opinii w 2018 r. i 1 403 w 2019 r. Średnioroczna liczba opinii wydanych przez konsultanta wyniosła odpowiednio 92,3 i 93,5. Średnie roczne wynagrodzenie brutto konsultantów wynosiło 16 961,33 zł (w przypadku lekarza) i 5 383,33 zł (psycholog) w 2018 r. oraz 16 693,33 zł (lekarz) i 9 803,33 zł (psycholog) w 2019 r.

(akta kontroli tom I str. 200-202; 207-275)

W latach 2018-2019 Oddział współpracował odpowiednio z jednym i z dwoma podmiotami świadczącymi usługi w zakresie wykonywania następujących badań dodatkowych: UKG²⁴, spirometria i gazometria (w 2019 r.). Zapotrzebowanie na usługi świadczone przez te podmioty rozpoznawano, biorąc pod uwagę rodzaje schorzeń, głównych lub współistniejących, powodujących dysfunkcje u opiniowanych oraz specyfikę Oddziału. Wyboru placówek medycznych wykonujących badania dodatkowe dokonano w trybie zapytania ofertowego. Podmioty, z którymi zawarto umowy cywilnoprawne spełniały wymogi określone w Załączniku nr 9 do Procedury 9.1.

(akta kontroli tom I str. 202, 204; 278-334)

3. Na wybranej losowo próbie 10 LO ustalono, że spełniali oni wymogi formalne określone w § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, tj. posiadali specjalizację²⁵ i odbyli szkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa Zakładu²⁶. W przypadku nowo zatrudnionego w 2019 r. orzecznika nie stwierdzono faktu wydania przez niego orzeczenia przed ukończeniem ww. przeszkolenia.

(akta kontroli tom I str. 42; 335-336; 341-362)

W okresie objętym kontrolą tryb postępowania przy podnoszeniu kwalifikacji zawodowych pracowników i zasady dotyczące rozpoznawania potrzeb szkoleniowych były określone odpowiednio w załącznikach Nr 8 i Nr 9 do Procedury 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników²⁷. Powyższe regulacje nie zawierały wytycznych w zakresie liczby odbytych szkoleń. W latach 2018-2019 w szkoleniach organizowanych przez Centralę oraz Oddział Zakładu wzięło udział 13 (61,9%) spośród 21 lekarzy orzecznictwa lekarskiego. W 2018 r. przeprowadzono łącznie 10 szkoleń, z tego osiem było organizowanych przez Centralę, a dwa przez Oddział. W 2019 r.

²⁴ Technika diagnostyki obrazowej polegająca na badaniu struktur serca i dużych naczyń krwionośnych za pomocą ultradźwięków (ultrasonografia).

²⁵ Byli specjalistami w zakresie następujących dziedzin medycyny: chorób wewnętrznych, chirurgii, neurologii, psychiatrii, ortopedii i traumatologii, rehabilitacji medycznej.

²⁶ Celem szkolenia było przekazanie wiedzy na temat: [1] podstaw prawnych orzekania o niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji; [2] zasad orzekania o niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji; [3] procesów i procedur dotyczących postępowania orzeczniczego związanych z wydawaniem orzeczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie Zakładu; [4] formularzy i narzędzi informatycznych stosowanych w postępowaniu orzeczniczym.

²⁷ Zarządzenie Nr 56 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników.

przeprowadzono cztery szkolenia, z których trzy organizowała Centrala, a jedno Oddział. W latach 2018-2019 przeprowadzono łącznie cztery szkolenia z zakresu rehabilitacji leczniczej²⁸ (po dwa w każdym roku), w których uczestniczyło odpowiednio 13 i dwóch LO Oddziału. W tych latach LO nie podnosili swoich kwalifikacji zawodowych.

(akta kontroli tom I str. 337-340)

4. Oddział prowadził działalność informacyjno-promocyjną dotyczącą Zakładu i systemu ubezpieczeń społecznych w ramach celu strategicznego: *Usprawnienie systemu komunikacji zewnętrznej i polityki informacyjnej* określonego w Strategii Zakładu na lata 2016-2020²⁹. Szczegółowe działania informacyjno-promocyjne ustalano na dany rok kalendarzowy w PDZ. W ramach sformułowanego w nich celu: *Podnoszenie świadomości obywateli o systemie ubezpieczeń społecznych* określono wskaźniki³⁰, charakteryzujące działania komunikacyjne prowadzone przez Zakład. W 2018 r. przeprowadzono 496 szkoleń, w których przeszkolono łącznie 4 845 osób³¹, natomiast w 2019 r. przeprowadzono 132 szkolenia dla 3 332 osób³². Działania informacyjno-promocyjne były podejmowane z inicjatywy Centrali Zakładu³³, z inicjatywy własnej Oddziału³⁴ oraz podmiotów zewnętrznych³⁵. Badanie pięciu działań informacyjno-promocyjnych zorganizowanych przez Oddział w latach 2018-2019³⁶ wykazało, że zostały podjęte z inicjatywy Oddziału i były zgodne z celami określonymi w Strategii Zakładu i w PDZ. Przy ich realizacji współpracowano m.in. z Narodowym Funduszem Zdrowia³⁷, samorządem Mikołowa, gminnymi jednostkami organizacyjnymi oraz Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Rybniku. Na przeprowadzenie tych działań (w formie prelekcji, konsultacji i porad ekspertów) nie zostały poniesione żadne wydatki,

²⁸ Szkolenie z Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF); Jak zaktywizować ukryty kapitał rynku pracy, czyli model rehabilitacji kompleksowej; Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacji – zespół stresu pourazowego, astenia poobozowa; Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy.

²⁹ Uchwała Nr 54 Zarządu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 15 grudnia 2015 r.

³⁰ Tj. Liczba klientów ZUS przeszkolonych z zakresu ubezpieczeń społecznych; Liczba szkoleń dla klientów ZUS z zakresu ubezpieczeń społecznych; Liczba uczniów uczestniczących w projekcie „Lekcje z ZUS”; Liczba uczniów biorących udział w lekcjach i spotkaniach dotyczących ubezpieczeń społecznych, w tym na terenie ZUS.

³¹ W tym: 440 szkoleń dla ubezpieczonych – 3 627 osób, 45 szkoleń dla płatników – przeszkolono 902 osoby, 11 szkoleń dla świadczeniobiorców – przeszkolono 316 osób.

³² W tym: 46 szkoleń dla ubezpieczonych – 1172 osoby, 67 szkoleń dla 1 655 płatników składek, 21 szkoleń dla 505 świadczeniobiorców.

³³ Np.: Dzień osób z Niepełnosprawnością, Dni ubezpieczonego, Dzień Seniora, Tydzień Przedsiębiorcy, Lekcje z ZUS, Projekt ZUS, Lekcje z zakresu ubezpieczeń społecznych.

³⁴ Np.: szkolenia, konsultacje i indywidualne porady w Urzędzie Miasta w Jastrzębiu-Zdroju, w Urzędzie Gminy w Pawłowicach, konsultacje emerytalno-rentowe w kopalniach, audycje radiowe w Radiu Katowice, konsultacje telefoniczne z zakresu świadczeń emerytalno-rentowych, szkolenia połączone z cyklicznymi dyżurami ekspertów w PUP w Tychach, dyżury w Ośrodku Informacji dla Niepełnosprawnych, wspólne szkolenia z Urzędem Skarbowym w Rybniku, z Państwową Inspekcją Pracy, szkolenia, konsultacje w Uniwersytecie Trzeciego Wieku, punkt konsultacyjny w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Wyrach.

³⁵ Np.: Konsultacje w Wojewódzkim Ośrodku Metodycznym na temat warunków przyznawania świadczenia, porady ekspertów ZUS w ramach Targów Pracy organizowanych w Jastrzębiu-Zdroju, Rybniku i w Pszczynie oraz podczas Rybnickich Dni Promocji Zdrowia, Dni Miasta Rybnika, Dnia przedsiębiorcy w Żorskiej Izbie Gospodarczej, konsultacje dla pracowników PGE Energia Ciepła w Rybniku, spotkanie informacyjne z przedsiębiorcami zrzeszonymi w Forum Firm w Radlinie.

³⁶ 1] Dzień otwarty w Narodowym Funduszu Zdrowia w ramach Światowego Dnia Walki z Rakiem (2 lutego 2018 r.); 2] Rybnickie Dni Promocji Zdrowia (21 maja 2018 r. i 20 maja 2019 r.); 3] Mikołowski Dzień Seniora (19 października 2019 r.); 4] Dzień Seniora – „Emeryt pracownik – możliwość skorzystania z rehabilitacji ZUS” (7 października 2019 r.); 5] Zadania ZUS i rehabilitacja lecznicza – prelekcje (5 i 6 listopada 2019 r.).

³⁷ Dalej: NFZ.

a zamierzony efekt (wzrost wiedzy klientów Zakładu o profilaktyce zdrowotnej, w tym na temat świadczeń z ZUS dla osób ubezpieczonych³⁸) został osiągnięty.

(akta kontroli tom I str. 372-480)

5. Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Oddziału³⁹ obsługa skierowań na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej należała do zadań Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji⁴⁰. Wykonanie planu finansowego⁴¹ Wydziału wyniosło 73,4% (tj. 428,5 tys. zł z zaplanowanych 584,0 tys. zł) w 2018 r. i 75,0% (tj. 395,7 tys. zł z zaplanowanych 527,3 tys. zł) w 2019 r. Niepełne wykonanie planów w tych latach nie miało wpływu na realizację zadań przez Wydział. Przyczyny niewykonania planów wynikały m.in. z: mniejszej od przewidywanej liczby wniosków w sprawie postępowania orzeczniczego, w których zachodziła potrzeba wykonania badań lekarskich w takim zakresie, na jaki zawarto umowę, niepozyskania do współpracy (pomimo podjętych prób) nowych lekarzy konsultantów, braku wpływu wniosków, w których zachodziłaby potrzeba zlecenia tłumaczenia dokumentacji medycznej, mniejszej liczby wniosków o zwrot kosztów stawiennictwa na badanie do lekarzy orzeczników czy konsultantów. Plan Wydziału po zmianach⁴² na 2020 r. wynosił 458,3 tys. zł.

(akta kontroli tom I str. 6-27; 481-529)

6. W latach 2018 i 2019 w Oddziale przeprowadzono łącznie 65 kontroli. Z tego 61 (93,8%) kontroli wewnętrznych (21 kontroli wewnętrznych instytucjonalnych w 16 tematach i 40 kontroli wewnętrznych funkcjonalnych) oraz cztery kontrole (6,2%) zewnętrzne. Kontrole wewnętrzne instytucjonalne przeprowadził Wydział Kontroli Wewnętrznej Oddziału natomiast kontrole wewnętrzne funkcjonalne przeprowadzały komórki merytoryczne Oddziału wobec komórek w inspektoratach w ramach pełnionego nadzoru merytorycznego. Kontrole zewnętrzne przeprowadziły Departamenty merytoryczne Centrali ZUS. W latach 2018-2019 w Oddziale nie były przeprowadzane kontrole przez instytucje zewnętrzne.

(akta kontroli tom II str. 433-454)

W okresie od 8 do 12 lipca 2019 r. pracownicy Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego przeprowadzili w Oddziale kontrolę w temacie „Działalność głównego lekarza orzecznika, ocena orzeczeń o niezdolności do pracy, organizacja pracy orzecznictwa lekarskiego”. W wystąpieniu pokontrolnym z 12 sierpnia 2019 r. wskazano cztery ustalenia⁴³. Do każdego ustalenia wydano zalecenie pokontrolne⁴⁴,

³⁸ Miernikami określającymi stopień realizacji celu były [1] liczba płatników ubezpieczonych i świadczeniobiorców przeszkolonych z zakresu ubezpieczeń społecznych; [2] liczba szkoleń dla płatników, ubezpieczonych i świadczeniobiorców z zakresu ubezpieczeń społecznych.

³⁹ § 8 pkt 13.

⁴⁰ Dalej: OLP lub Wydział.

⁴¹ Plan finansowy Wydziału obejmował następujące pozycje (konta) planu finansowego Oddziału: 422-00 Badanie osób ubiegających się o świadczenia krajowe i zagraniczne – zlecane (przychodnie, laboratoria, szpitale); 423-01 Pozostałe opłaty i usługi pocztowe (koszty przesłania dokumentacji medycznej); 427-52 Tłumaczenia (języki obce, język migowy); 442-10 Wynagrodzenia bezosobowe wynikające z umów cywilnoprawnych – wypłacane lekarzom i psychologom za badania i opinie (umowy o dzieło z konsultantami); 462-00 Zwrot kosztów podróży osobom wzywany; 463-20 Koszty delegacji służbowych – pozostałe (bez kosztów podróży na szkolenia).

Koszty orzecznictwa lekarskiego poniesione w Oddziale (tj. plan kosztów OLP oraz koszty poniesione poza planem OLP) wyniosły łącznie 4 341,3 tys. zł w 2018 r. oraz 5 112,5 tys. zł w 2019 r.

⁴² Na dzień 15 czerwca 2020 r.

⁴³ 1) Trzy przypadki braku zgodności ustaleń orzecznich z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności lekarzy orzeczników. 2) Zbyt mała liczba spraw zakończonych wydaniem orzeczenia przez lekarza orzecznika, w których główny lekarz orzecznik albo jego zastępca przeprowadza analizę dokumentacji stanowiącą podstawę wydania orzeczenia (tj. mniej niż 60%). 3) Zbyt mała liczba spraw, w których na podstawie dokumentacji źródłowej dokonano potwierdzenia danych osobowych i informacji zawartych w dokumentacji medycznej zgromadzonej w postępowaniu orzeczniczym (tj. mniej niż 1% wszystkich spraw zakończonych wydaniem orzeczenia). 4) W sprawach dotyczących kontroli prawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich – na wniosek pracodawcy – pisma informujące wnioskodawcę o wyniku kontroli nie zostały zaadresowane imiennie.

do których 11 września 2019 r. Dyrektor Oddziału odniósł się wskazując sposób jego realizacji⁴⁵. Po przedmiotowej kontroli z lipca 2019 r. Centrala ZUS nie przeprowadzała ponownej kontroli w tym samym obszarze w 2019 r.

Dyrektor Oddziału we wrześniu 2019 r. przesłał informację do Centrali ZUS w sprawie podjętych działań naprawczych we wskazanych obszarach. W wyniku analizy liczby weryfikowanych orzeczeń przez GLO lub jego zastępcę w okresie od października 2019 r. do czerwca 2020 r. stwierdzono, że w żadnym ze wskazanych miesięcy nie osiągnięto wskaźnika 60% orzeczeń poddanych kontroli⁴⁶. GLO wyjaśniła, że powyższe zostało spowodowane:

- koniecznością zaangażowania się jej i jej Zastępcy w analizę wniosków i delegowaniu spraw wynikających z dodatkowego zadania realizowanego od października 2019 r. dla orzecznictwa lekarskiego ZUS o Świadczenie Uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, a ponadto w miesiącach marzec - czerwiec 2020 r. koniecznością wsparcia w orzekaniu innych oddziałów (Kraków i Rzeszów);
- brakami kadrowymi wśród lekarzy orzeczników i wyznaczeniem przez Dyrektora Oddziału zastępcy GLO do czasowego pełnienia obowiązków lekarza orzecznika w okresie zwiększonego wpływu wniosków w okresie listopada i grudnia 2019 r.;
- absencją chorobową GLO na przełomie lutego i marca br.;
- wprowadzeniem stanu epidemicznego (od marca br.) i niemożnością przeprowadzania badań bezpośrednich opiniowanych przy kontroli ZUS ZLA, szczególnie wstecznych zaświadczeń lekarskich wystawionych przez lekarzy leczących, na wniosek pracodawców stąd konieczność wnikliwej analizy dokumentacji ZUS ZLA przez GLO i zastępcę GLO, jako zadania priorytetowego z uwagi na konieczność dochowania terminów wypłat zasiłku chorobowego;
- nabyciem uprawnień przez zastępcę GLO do dodatkowego urlopu, co wpłynęło na zmniejszenie wymiaru czasu pracy,

Dalej GLO wyjaśniła, że „Akceptacja orzeczenia jest technicznym elementem, co nie oznacza, że GLO i zastępca nie uczestniczą w procesie orzeczniczym, bo odpowiednie przygotowanie spraw dla lekarzy orzeczników (wnioskowanie o dokumentację, pozyskiwanie opinii konsultantów) przy w miarę doświadczonym zespole lekarzy orzeczników i pracowników administracyjnych pozwala zakładać, że orzeczenia byłyby zaakceptowane.”

(akta kontroli tom II str. 455-466; tom I str. 532-536)

W zakresie skarg i wniosków w latach 2018 i 2019 do Oddziału nie wpłynął żaden wniosek, natomiast w tym samym okresie wpłynęły łącznie 62 skargi, z tego 26 w 2018 r. i 36 w 2019 r. W przedmiocie rehabilitacji i prewencji rentowej

⁴⁴ 1) Intensyfikacja działań w ramach nadzoru głównego lekarza orzecznika, które skutecznie wyeliminują nieprawidłowości w zakresie ustaleń orzecznich i ich niedostateczne udokumentowanie w orzeczeniach lekarzy orzeczników, powodujące konieczność skierowania sprawy do ponownego rozpatrzenia w trybie nadzoru Prezes Zakładu. 2) Spowodowanie realizacji reguł postępowania określonych w Załączniku nr 6 do Procedury 9.1 (część III, ust. 4). 3) Spowodowanie realizacji reguł postępowania określonych w Załączniku nr 5 do Procedury 9.1 (część III, ust. 8). 4) Spowodowanie przypomnienia reguł postępowania określonych w Załączniku nr 4 do Procedury 9.2 Kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy (część II, ust. 21).

⁴⁵ 1) Pouchono lekarzy orzeczników o konieczności orzekania zgodnego z zasadami orzecznictwa m.in. poprzez wsparcie o opinię GLO lub lekarza konsultanta oraz pozyskiwanie dokumentacji medycznej. 2) Zobowiązano GLO i zastępcę GLO do zmiany organizacji pracy, tak, aby osiągnąć wymóg kontroli powyżej 60% orzeczeń Lekarzy orzeczników. 3) Zlecono Lekarzom Orzecznikom i pracownikom administracji OLP, aby w trakcie orzekania i przyjmowania dokumentów medycznych zwiększono ilość spraw, w których potwierdza się dane osobowe i informacje zawarte w dokumentacji medycznej. 4) Wprowadzono adresowanie imienne pism informujących wnioskodawcę o kontroli ZUS ZLA.

⁴⁶ Procent skontrolowanych orzeczeń w roku 2019 w miesiącach od października do grudnia kształtował się następująco: 51,17%, 32,34%, 6,39%, w roku 2020 w miesiącach od stycznia do czerwca kształtował się następująco: 14,3%, 11,95%, 26,00%, 41,31%, 32,90%, 30,48%.

w kontrolowanym okresie wpłynęła tylko jedna skarga w dniu 7 sierpnia 2019 r., na którą odpowiedzi udzielono po upływie 15 dni, tj. 22 sierpnia 2019 r. Sposób udzielenia odpowiedzi nie spełniał wszystkich wymogów, o których mowa w ustawie z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego⁴⁷, co opisano poniżej w części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.
(akta kontroli tom II str. 467-506; 523-538)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi z dnia 22 sierpnia 2019 r. nie zawierało pouczenia o treści art. 239 k.p.a., co było niezgodne z art. 238 § 1 KPA. W Ewidencji skarg za 2019 r. przedmiotową skargę uznano za nieuzasadnioną.

Zgodnie z art. 238 §1 k.p.a., zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi powinno zawierać: oznaczenie organu, od którego pochodzi, wskazanie, w jaki sposób skarga została załatwiona, oraz podpis z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska służbowego osoby upoważnionej do załatwienia skargi, a zawiadomienie o odmownym załatwieniu skargi powinno zawierać ponadto uzasadnienie faktyczne i prawne oraz pouczenie o treści art. 239 k.p.a.

W wyjaśnieniach Dyrektor Oddziału poinformował, że „Skarga złożona przez pana (...) została uznana za nieuzasadnioną i w Rejestrze skarg tak została sklasyfikowana. Za taką klasyfikacją przemawiały wyniki przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego. (...) Żaden z zarzutów sformułowanych przez pana (...) nie został potwierdzony, skargę uznano za nieuzasadnioną.”.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: „W Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych przy rozpatrywaniu skarg i wniosków stosuje się przepisy zawarte w Kodeksie Postępowania Administracyjnego rozdział VIII oraz przepisy szczegółowe Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8.01.2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków. (...) Nie zamieszczenie w odpowiedzi na skargę z dnia 22.08.2019 r. treści art. 239 k.p.a. nie pozbawia klienta możliwości ponownego złożenia skargi. (...) W Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych pisma kierowane do klientów są redagowane z zastosowaniem zasad prostego języka, istotnym jest, aby klient czytając odpowiedź mógł bez jakichkolwiek wątpliwości, zrozumieć zawartą w piśmie treść.”.

NIK zwraca uwagę, że żadne okoliczności nie zwalniają z obowiązku stosowania przepisów prawa, w tym przypadku przestrzegania art. 238 § 1 k.p.a.

(akta kontroli tom I str. 532-536, tom II str. 470-476, 507-522; 539-545)

OCENA CZĄSTKOWA

Realizacja zadań w zakresie orzecznictwa lekarskiego odbywała się w warunkach niepełnej obsady kadrowej, co wynikało z trudności z pozyskaniem LO. Dwa spośród pięciu naborów, na stanowisko LO ZUS zakończyły się niepowodzeniem ze względu na brak kandydatów. Przeciętne zatrudnienie LO w Oddziale zmalało z 15,3 etatu w 2018 r. do 14 w 2019 r. i stanowiło odpowiednio 80,5% oraz 73,7% planu. W sytuacji braków kadrowych, przy znacznie zwiększonej liczbie wniosków o przyznanie świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji średniomiesięczna liczba orzeczeń wydanych przez LO uległa zwiększeniu. Zmniejszyła się natomiast liczba wydanych orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy, czy też w związku z ustaleniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

⁴⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 256 ze zm.; dalej: k.p.a.

Zatrudnieni w Oddziale LO spełniali wymogi określone w § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. Postępowania naborowe organizowane w latach 2018-2019 na wolne stanowiska pracy LO Zakładu przeprowadzano zgodnie z postanowieniami art. 74a-74f ustawy o sus i uregulowaniami wewnętrznymi obowiązującymi w ZUS.

Lekarze zatrudnieni w latach 2018-2019 odbyli przeszkolenie dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich Zakładu.

Oddział współpracował w procesie orzekania w latach 2018-2019 z konsultantami oraz podmiotami świadczącymi usługi w zakresie wykonywania badań dodatkowych. Podpisanie umów z konsultantami poprzedzono konkursami ofert, natomiast wyboru placówek medycznych wykonujących badania dodatkowe dokonano w trybie zapytania ofertowego.

Działalność informacyjno-promocyjna prowadzona przez Oddział w okresie objętym kontrolą była ukierunkowana i wynikała ze Strategii Zakładu na lata 2016-2020 oraz rocznych Planów Działalności Zakładu⁴⁸.

Stwierdzona w toku kontroli nieprawidłowość dotycząca rozpatrywania skarg, nie miała wpływu na proces kierowania ubezpieczonych na rehabilitację realizowaną w ramach prewencji rentowej.

OBSZAR

2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

Opis stanu faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą do Oddziału wpłynęło łącznie 6 175 wniosków o rehabilitację leczniczą, z czego w 2018 r. 2 913 i w 2019 r. 3 262 wnioski.
(akta kontroli tom I str. 39-41)

Szczegółową analizą objęto próbę 90 losowo wybranych spraw, które wpłynęły do Oddziału w 2018 r., (co stanowiło 3,1% z 2 913 wniosków w 2018 r.), z których 11 (tj. 12,2%) zostało poddanych weryfikacji przez GLO lub zastępcę w ramach Procedury 9.1⁴⁹. Próba obejmowała: 18 spraw, które zakończyły się wydaniem orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji, co stanowiło 5,8% z wszystkich 268 odmów wydanych w 2018 r. oraz 72 sprawy z 2 468 pozytywne rozpatrzone w 2018 r., co stanowiło 3%, orzeczeń o potrzebie rehabilitacji, których wnioskodawcy oprócz złożenia wniosku w 2018 r. i jego pozytywnego rozpatrzenia przez Oddział również odbyli i zakończyli rehabilitację leczniczą w 2018 r., a jednocześnie w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku:

- nie pobierali z ZUS żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani – 18 spraw;
- pobierali zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana) – 18 spraw;
- pobierali świadczenie rehabilitacyjne – 18 spraw;
- pobierali rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy – 18 spraw.

(akta kontroli tom II str. 9-10; 233; 249-250)

Wszystkie 18 zbadanych orzeczeń o braku potrzeby rehabilitacji, wydanych zostało zgodnie z przepisami rozporządzenia ws. rehabilitacji i Procedury 9.1. Bieg 15 z 18 spraw (tj. 83,3%)⁵⁰ nadał GLO lub jego Zastępcę, przydzielając ich rozpatrzenie LO

⁴⁸ Dalej: PDZ.

⁴⁹ Z czego: w sześciu na 18 (tj. 33,3%) wniosków odmawiających prawa do rehabilitacji i w pięciu na 72 (tj. 6,9%) wnioski przyznających prawo do rehabilitacji.

⁵⁰ W dwóch sprawach GLO wyznaczył LO z pominięciem systemu dobierając lekarzy ze specjalizacją odpowiadającą schorzeniom ubezpieczonych, a w jednym przypadku LO, którego wskazała losowo aplikacja WO orzekał już w innej sprawie tego samego ubezpieczonego, w związku z czym GLO podjął decyzję o wyznaczeniu LO z pominięciem systemu losującego.

za pomocą losowania w aplikacji WO. 17 z pośród 18 (tj. 94,4%) badanych uzasadnień do opinii lekarskich sporządzonych przez LO, zakończonych odmową skierowania na rehabilitację leczniczą, zawierało informacje wskazujące na istnienie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy stwierdzonym naruszeniem organizmu a ustaleniami orzeczniczymi, w szczególności w zakresie:

- naruszonych funkcji i struktur organizmu,
- wyników badania bezpośredniego potwierdzającego naruszenie,
- stopnia, w jakim stwierdzone dysfunkcje naruszają sprawność organizmu,
- charakteru, jakie ma naruszenie sprawności organizmu oraz braku celowości przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS ubiegających się o skierowanie na rehabilitację leczniczą, która wynikała ze stanu zdrowia wnioskodawców.

W ośmiu na 18 badanych spraw (tj. w 44,4%), stwierdzono, że LO w uzasadnieniu opinii lekarskiej odniósł się do zmiany naruszenia sprawności organizmu w stosunku do poprzedniego badania wykonanego przez LO oraz do stopnia niezdolności do pracy, ustalając czy naruszona sprawność organizmu uniemożliwiała wykonywanie pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji ubezpieczonego. W dziewięciu na 18 badanych spraw (tj. 50,0%) LO odniósł się do kwestii, czy ubezpieczony utracił zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy. W ośmiu na 18 badanych spraw (tj. w 44,4% spraw) LO orzekł, że ubezpieczony nie rokuje na odzyskanie zdolności do pracy i/lub zdolności do samodzielnej egzystencji, a w siedmiu sprawach (tj. w 38,9%) odniósł się do rokowań poprawy lub odzyskania zdolności do pracy.

GLO Oddziału wyjaśniła, że brak w niektórych orzeczeniach (będących przedmiotem badania) informacji o stopniu naruszenia sprawności organizmu, utracenia zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy czy rokowań na odzyskanie zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy wynika stąd, że wnioski o wydanie orzeczenia nie zawierały pytań o rozstrzygnięcie powyższych kwestii, a wzór orzeczenia, którym się posługują LO, dedykowany dla spraw orzecznich zawiera elementy dla orzeczeń pozytywnie opiniowanych, jak również kwestie niezbędne dla uzasadnienia odmowy potrzeby rehabilitacji.

Wszystkie 18 odmownych orzeczeń sporządzono w dwóch egzemplarzach, z których jeden przekazywano ubezpieczonym w dniu badania, informując jednocześnie wnioskodawców o przysługujących im środkach odwoławczych od decyzji LO. Z prawa odwołania, skorzystał jeden na 18 (tj. 5,6%) wnioskodawców, którym odmówiono prawa do rehabilitacji.

(akta kontroli tom II str. 251-255; 546-551)

2. Wydanie 72 wybranych losowo orzeczeń o potrzebie rehabilitacji⁵¹ przebiegało zgodnie z przepisami rozporządzenia ws. rehabilitacji i Procedury 9.1.

(akta kontroli tom II str. 249-250)

W żadnej ze zbadanych 72 spraw ubezpieczeni nie wnieśli sprzeciwu do Komisji Lekarskiej od wydanego przez LO orzeczenia lekarskiego ws. potrzeby rehabilitacji.

W 67 z 72 przypadków (tj. w 93,1%) GLO albo jego zastępca przydzielał sprawy LO poprzez losowanie w aplikacji WO. Jak wyjaśniła GLO, pięć przypadków⁵²

⁵¹ 72 sprawy, których wnioskodawcy złożyli wniosek w 2018 r., został on pozytywnie rozpatrzony przez Oddział i odbyli oraz zakończyli rehabilitację leczniczą w 2018 r., a także spełnili warunki, tj. w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku: nie pobierali z ZUS żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany – 18 spraw; pobierali zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana) – 18 spraw; pobierali świadczenie rehabilitacyjne – 18 spraw; pobierali rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy – 18 spraw.

przydzielenia do rozpatrzenia spraw konkretnym LO z pominięciem WO, zgodnie z Procedurą 9.1 i uzasadnieniem zamieszczonym w systemie WO było podyktowanych okolicznościami takimi jak m.in nieobecność LO, połączenie spraw z kontrolą ZUS ZLA przez LO czy delegowanie sprawy przez GLO na LO ze względu na specjalizację.

LO wydając pozytywne orzeczenia o potrzebie rehabilitacji w każdej z 72 badanych spraw (tj. w 100% badanej próby) odnieśli się do potrzeby jej przeprowadzenia u ubezpieczonych. Jednocześnie, wydając ww. 72 orzeczenia, LO nie odnosili się do okoliczności wskazanych we wzorze wniosku o wydanie orzeczenia i wymienionych w części II. Pkt 1, 4 i 5 Załącznika nr 6⁵³ do Procedury 9.1 i dotyczących w szczególności: niezdolności do pracy, jej stopnia, przewidywanego okresu jej trwania oraz związku niezdolności do pracy z określonymi okolicznościami, a także celowości przekwalifikowania zawodowego, istnienia okoliczności uzasadniających ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego oraz związku świadczenia z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową oraz procentowego uszczerbku na zdrowiu / jego zwiększenia oraz związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową.

GLO Oddziału wyjaśniła, że LO nie odnosili się przy dokonywaniu ustaleń do zagadnień ujętych w pkt 1, 4 i 5 ww. Załącznika do Procedury 9.1 dlatego, że orzeczenia nie miały na celu ustalić uprawnień do świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, jej stopnia czy przewidywanego okresu trwania itd., bo ustalenie powyższych, byłoby konieczne gdyby wniosek o rehabilitację zawierał taki wymóg. Każde z 72 uzasadnień i podsumowań ustaleń orzecznich, zawierało (zgodnie z pkt 6. Załącznika nr 3⁵⁴ do Procedury 9.1): ocenę naruszenia sprawności organizmu, a zwłaszcza wskazanie, które z funkcji organizmu zostały naruszone oraz wskazanie wyników badań bezpośrednich lub ze zgromadzonej dokumentacji medycznej, które wskazywały na powyższe. Uzasadnienia zawierały ponadto wskazania, w jakim stopniu stwierdzone dysfunkcje naruszają sprawność całego organizmu wnioskodawcy i jaki charakter ma naruszenie sprawności organizmu⁵⁵. Orzeczenia w swym uzasadnieniu zawierały również, w każdej ze zbadanych spraw, sporządzoną przez LO ocenę celowości przeprowadzenia rehabilitacji u ubiegającego się o świadczenie ze wskazaniem jej profilu w odniesieniu do upośledzonych funkcji organizmu.

W czterech (tj. w 5,6%) z 72 zbadanych spraw, w treści uzasadnień i podsumowań ustaleń orzecznich LO wypowiedzieli się, co do zmian⁵⁶ naruszenia organizmu ubezpieczonego w stosunku do poprzedniego badania przeprowadzonego przez LO.

W uzasadnieniach i podsumowaniach ustaleń orzecznich dla badanych 72 spraw LO nie opiniowali czy badany ubezpieczony spełnia warunki do ustalenia uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, na jaki okres i dlaczego; czy naruszona sprawność organizmu uniemożliwia ubezpieczonemu wykonywanie pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji; czy utracił on zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz czy możliwe jest przekwalifikowanie zawodowe. W żadnym z 72 uzasadnień i podsumowań orzecznich LO nie zawarli stwierdzeń, czy badany wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych; informacji czy badany rokuje

⁵² Dotyczyło spraw: PRL-340000000000150-2018; PRL-340000000002318-2018; PRL-34000000000096-2018; PRL-340000000001424; PRL-34000000000533-2018.

⁵³ Instrukcja sporządzania orzeczeń, opinii skierowań lub zaświadczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie.

⁵⁴ Wzory dokumentów wewnętrznych.

⁵⁵ Przewlekły stabilny, przewlekły postępujący, rokujący poprawę.

⁵⁶ Nie zmieniło się, nastąpiła poprawa, pogorszyło się.

poprawę lub odzyskanie zdolności do pracy, a także nie wskazali jednoznacznie w żadnym z 72 przypadków pozytywnie rozpatrzonych wniosków, że badany nie rokuje odzyskania zdolności do pracy i/lub zdolności do samodzielnej egzystencji wraz ze wskazaniem wyników badania bezpośredniego oraz/lub danych ze zgromadzonej dokumentacji medycznej, które wskazywałyby na to.

GLO Oddziału wyjaśniła, że w ww. opiniach LO odnosili się do wszystkich kwestii istotnych dla wydania orzeczenia o braku przeciwwskazań do jej odbycia, a wzór orzeczenia, którym się posługują, dedykowany dla spraw orzecznich zawiera elementy dla orzeczeń pozytywnie opiniowanych jak również kwestie niezbędne dla uzasadnienia odmowy potrzeby rehabilitacji, stąd orzeczenia wydane przez LO zawierały odpowiedzi wyłącznie w zakresie pytań, jakie postawiono we wnioskach o skierowanie na rehabilitację.

(akta kontroli tom II str. 54-55; 70-80; 256-271; 428-430; 546-551)

W celu uniknięcia konfliktu interesów, jak również przypadków budzących wątpliwość w zakresie zapewnienia równego dostępu do rehabilitacji leczniczej, Prezes ZUS wprowadził: Zarządzenie Nr 27 z dnia 24 kwietnia 2018 r. w sprawie wprowadzenia zasad unikania konfliktu interesów⁵⁷, Zarządzenie Nr 32 z dnia 24 maja 2019 r. w sprawie wprowadzenia „Kodeksu etyki pracownika ZUS”⁵⁸ oraz Zarządzenie Nr 67 z dnia 22 października 2019 r. w sprawie wprowadzenia „Polityki antykorupcyjnej ZUS”⁵⁹. Ze wszystkimi ww. dokumentami LO Oddziału zostali zapoznani, co potwierdzili złożeniem stosownych oświadczeń. Ponadto, jak wyjaśniła GLO Oddziału, w tut. Urzędzie przyjęto nadrzędną zasadę zatrudniania na stanowiska orzecznicze lekarzy o nieskazitelnym postawie etycznej i jak dalek wyjaśniła, LO nie orzekają w odniesieniu do osób, dla których są lekarzami leczącymi, a w przypadku skierowania do rozpatrzenia sprawy takiej osoby, a także w innych okolicznościach wywołujących wątpliwości, co do bezstronności LO, bezpośredni przełożony wyłącza takiego LO od udziału w postępowaniu, przy czym również na podobnych zasadach od udziału w postępowaniu wyłączani są GLO oraz jego zastępca.

Ponadto, Naczelnik Wydziału Ogólnego Oddziału wyjaśniła, że od grudnia 2015 r. w ZUS funkcjonuje „Rejestr zdarzeń korupcyjnych”⁶⁰, do którego wprowadza się wszelkie związane z działalnością Oddziału informacje o zjawiskach noszących znamiona korupcji i nadużyć pozyskiwane w toku kontroli instytucjonalnych i funkcjonalnych, załatwiania skarg i wniosków i innych pism lub zdarzeń związanych z bieżącą działalnością Oddziału i do chwili obecnej⁶¹ w ww. Rejestrze nie odnotowano zdarzeń o podłożu korupcyjnym związanych z działalnością Urzędu.

(akta kontroli tom II str. 345-349; 375-413)

3. Kierowanie osób ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą przez Oddział odbywało się zgodne z przepisami rozporządzenia ws. rehabilitacji oraz Procedury 9.3⁶² Realizacja rehabilitacji leczniczej⁶³. Badając 72 pozytywnie rozpatrzone wnioski, z których dziewięć (tj. 12,5%) zostało złożonych po 25 czerwca 2018 r.,

⁵⁷ Dalej: Zarządzenie ws. unikania konfliktu interesów.

⁵⁸ Dalej: Zarządzenie ws. kodeksu etyki.

⁵⁹ Dalej: Zarządzenie ws. polityki antykorupcyjnej.

⁶⁰ Dalej: Rejestr.

⁶¹ Wg stanu na dzień 18 czerwca 2020 r.

⁶² W okresie objętym kontrolą w ZUS obowiązywały dwie wersje Procedury do procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej: Pierwsza z nich przyjęta Zarządzeniem nr 41 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. obowiązująca do 24 czerwca 2018 r. oraz wprowadzona z dniem 25 czerwca 2018 r. przez Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Zarządzeniem nr 40 wersja Procedury 9.3, obowiązująca w ZUS w czasie prowadzenia niniejszych czynności kontrolnych.

⁶³ Dalej: Procedura 9.3.

stwierdzono, że w przypadku 63 wniosków rozpatrzonych pozytywnie i złożonych do 24 czerwca 2018 r.:

- w żadnej z 63 badanych spraw Oddział nie przekroczył ośmiu dni na obsługę wpływających wniosków, liczonych od dnia wpływu do daty emisji wniosku w systemach ZUS o wydanie orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, a średni czas obsługi wyniósł dla 63 wniosków 1,3 dnia⁶⁴;
- we wszystkich przypadkach dokumentację dotyczącą rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej przechowywano w teczce PRL⁶⁵, a dokumentację zawierającą dane o stanie zdrowia, w tym Informację o przebytej rehabilitacji, przechowywano w teczce MED⁶⁶;
- w pięciu⁶⁷ (7,9%) na 63 przypadki wydania orzeczenia przez LO o potrzebie rehabilitacji, na wniosek lekarza leczącego, ustalono z ubezpieczonym bezpośrednio po badaniu termin i miejsce rehabilitacji;
- w czterech⁶⁸ przypadkach (6,4%) na 63 wnioski, dokonano zmiany terminu rehabilitacji z przyczyn niezależnych od Oddziału, po uprzednim złożeniu umotywowanego wniosku przez ubezpieczonego;
- w 27⁶⁹ (42,9%) z 63 badanych spraw wydano orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, na wniosek lekarza leczącego i zarezerwowano dostępne miejsca rehabilitacji dla ubezpieczonych niepobierających świadczeń z ZUS;
- w dwóch⁷⁰ (3,2%) na 63 zbadane sprawy zarezerwowano miejsce lub termin turnusu rehabilitacyjnego zgodnie z sugestią ubezpieczonego zawartą w orzeczeniu LO;
- w dwóch (3,2%) z 63 zbadanych spraw w Oddziale, po potwierdzeniu prawa do rehabilitacji ubezpieczonego, dokumentację medyczną ubezpieczonego przesłano do ośrodka rehabilitacyjnego z naruszeniem tego obowiązku, tj.: wcześniej niż na 2 tygodnie – jedna sprawa nr PRL-340000000001450-2018⁷¹ i w jednym przypadku – PRL-340000000000123-2018 później niż na 10 dni przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego⁷², przy czym w tym ostatnim przypadku, zgodnie z Procedurą 9.3, dokumentację medyczną przekazano w formie skanu drogą elektroniczną. W pozostałych 61 sprawach średni czas przekazania dokumentacji medycznej do ośrodków rehabilitacji wyniósł 13 dni, z czego w trzech przypadkach dokumentację przesłano na 10 dni, w dwóch przypadkach na 11 dni, w dziewięciu przypadkach na 12 dni, w 20 przypadkach

⁶⁴ 10 wniosków (15,9%) obsłużono w dniu ich złożenia, 42 wnioski (66,7%) obsłużono w następnym dniu po ich złożeniu, osiem wniosków (12,7%) obsłużono w trzecim dniu po ich złożeniu, jeden (1,6%) obsłużono w czwartym dniu po jego złożeniu i dwa wnioski (3,2%) obsłużono w piątym dniu po ich złożeniu.

⁶⁵ Profil Rehabilitacji Leczniczej.

⁶⁶ Teczka na dokumentację orzeczniczo-lekarską, zakładana w aplikacji do obsługi obiegu teczek spraw (AIS).

⁶⁷ Dotyczy spraw: PRL-340000000002074-2018; PRL-340000000000104-2018; PRL-340000000000123-2018; PRL-340000000001055-2018; PRL-3400000000001114-2018.

⁶⁸ Dotyczy spraw: PRL-340000000000597-2018; PRL-340000000001484-2018; PRL-340000000000983-2018; PRL-340000000001944-2018.

⁶⁹ Dotyczy spraw: PRL-3400000000001105-2018; PRL-340000000000597-2018; PRL-340000000000768-2018; PRL-340000000000150-2018; PRL-340000000000010-2018; PRL-3400000000001643-2018; PRL-3400000000001600-2018; PRL-3400000000002074-2018; PRL-3400000000001550-2018; PRL-3400000000001786-2018; PRL-3400000000001755-2018; PRL-3400000000002034-2018; PRL-3400000000001484-2018; PRL-3400000000002060-2018; PRL-3400000000001213-2018; PRL-3400000000001511-2018; PRL-3400000000001535-2018; PRL-3400000000001664-2018; PRL-3400000000000595-2018; PRL-3400000000001048-2018; PRL-3400000000001067-2018; PRL-3400000000000660-2018; PRL-3400000000000891-2018; PRL-3400000000001160-2018; PRL-3400000000001199-2018; PRL-3400000000002076-2018; PRL-3400000000001491-2018.

⁷⁰ Dotyczy spraw: PRL-3400000000001914-2018; PRL-3400000000001200-2018.

⁷¹ GLO wyjaśnił, że dokumentację medyczną wysłano do ośrodka rehabilitacyjnego na 15 dni przed rozpoczynającym się turnusem, ponieważ turnus rozpoczynał się w dzień wolny od pracy (od soboty) – 15 dzień.

⁷² GLO wyjaśnił, że dokumentację medyczną ubezpieczonego wysłano do ośrodka rehabilitacyjnego na 6 dni przed rozpoczynającym się turnusem, ponieważ trwały ustalenia z Wydziałem Zasiłków w sprawie uprawnień ubezpieczonego do wyjazdu – prawo do zasiłku chorobowego po ustaniu zatrudnienia.

na 13 dni i w 27 przypadkach na 14 dni przed rozpoczęciem turnusów rehabilitacyjnych.

(akta kontroli tom II str. 99-111; 272-289; 300; 374; 411-427, 552-553)

W przypadku dziewięciu (12,5%) z 72 wniosków złożonych po 25 czerwca 2018 r., stwierdzono, że:

- wszystkie wnioski zgodnie z Procedurą 9.3 zarejestrowano w tym samym lub w następnym dniu roboczym, licząc od daty ich wpływu do Oddziału;
- 100% wniosków było kompletnych i zgodnie z ww. Procedurą zawierało: imię i nazwisko; pesel; adres zamieszkania lub do korespondencji; rozpoznanie medyczne w języku polskim; uzasadnienie potrzeby przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej; podpis i pieczętę lekarza, który wystawił wniosek;
- we wszystkich przypadkach dokumentację dotyczącą rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej przechowywano w teczce PRL, a dokumentację zawierającą dane o stanie zdrowia w tym Informację o przebytej rehabilitacji przechowywano w teczce MED;
- w żadnej z badanych spraw Oddział nie przekroczył ośmiu dni na obsługę wpływających wniosków określonych w Procedurze 9.3, liczonych od dnia wpływu do ZUS do daty emisji dokumentu o wydanie orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, a średni czas obsługi wyniósł dla dziewięciu wniosków 1 dzień⁷³;
- w jednym⁷⁴ (11,1%) na dziewięć rozpatrywanych wniosków przez Oddział, na wniosek ubezpieczonego dokonano zmiany terminu turnusu rehabilitacyjnego;
- we wszystkich dziewięciu przypadkach po potwierdzeniu prawa do rehabilitacji dokumentację medyczną ubezpieczonego przesłano pocztą do ośrodka rehabilitacyjnego, stosując przedziały czasowe określone w Procedurze 9.3, tj. nie wcześniej niż na dwa tygodnie i nie później niż na 10 dni przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego, a średni czas przesłania ww. dokumentacji dla dziewięciu spraw wynosił 13 dni, z czego w dwóch przypadkach na dziewięć spraw (tj. 22,2%) dokumentację medyczną przesłano w terminie 10 dni, w jednym przypadku (11,1%) w terminie 12 dni, w dwóch przypadkach (tj. 22,2%) w terminie 13 dni i w czterech przypadkach (44,4%) w terminie 14 dni przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego.

(akta kontroli tom II str. 290-292; 299; 373)

4. Analiza próby 72 badanych spraw wykazała, że:

- we wszystkich 72 sprawach, wnioski o rehabilitację leczniczą złożyli zainteresowani, a wnioskodawcami byli lekarze prowadzący leczenie;
- od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do dnia rozpoczęcia rehabilitacji upływało średnio 140 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 36 do 229 dni;
- od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do wydania orzeczenia przez LO upływało średnio 28 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od sześciu do 67 dni;
- od daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą do dnia jej rozpoczęcia mijało średnio 96 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 12 do 180 dni;
- od daty wydania orzeczenia przez LO do dnia emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą mijało średnio 16 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 14 do 33 dni. Z tym, że 33 dni upłynęły tylko w jednej ze zbadanych 72 spraw (30 dzień przypadek w dniu wolnym od pracy);

⁷³ Dwa wnioski (22,2%) na dziewięć obsłużono w dniu ich wpływu do ZUS; sześć (66,7%) wniosków obsłużono w dniu następnym po dniu ich wpływu i jeden wniosek (11,1%) obsłużono trzy dni od daty jego wpływu.

⁷⁴ Dotyczy sprawy: PRL-34000000002272-2018.

- odbycie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej nie spowodowało spadku liczby dni, w których ubezpieczeni przebywali na świadczeniach. Liczba dni przebywania na świadczeniu ubezpieczonych ze zbadanej próby w ciągu roku przed rehabilitacją wynosiła łącznie 12 511 dni⁷⁵, co daje średnio 174 dni na jednego ubezpieczonego. Czas przebywania na świadczeniu wahał się w przedziale od 0 do 365 dni. Po rehabilitacji liczba dni przebywania ubezpieczonych na świadczeniu w ciągu roku wzrosła o 1 089 (tj. o 8,7%) i wyniosła łącznie 13 600 dni⁷⁶, co daje średnio 189 dni na ubezpieczonego, a czas przebywania wahał się w przedziale od 0 do 365 dni;
- w ślad za zwiększeniem się liczby dni przebywania ww. 72 ubezpieczonych na świadczeniach zwiększyła się o 75,69 tys. zł (tj. o 11,5%) kwota wypłacanych przez ZUS świadczeń. Na rok przed rehabilitacją kwota ta wyniosła 660,48 tys. zł i wahała się w przedziale od 0 tys. zł do 33,27 tys. zł (średnio na ubezpieczonego wypłacono 9,17 tys. zł). Natomiast kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku po rehabilitacji wyniosła łącznie 736,17 tys. zł i wahała się w przedziale od 0 tys. zł do 52,61 tys. zł (średnio na ubezpieczonego wypłacono 10,22 tys. zł);
- 44 ubezpieczonych, tj. 61,1 %, do roku od zakończonej rehabilitacji przebywało na świadczeniach związanych z chorobami, na które byli rehabilitowani;
- wzrosły odprowadzone do ZUS składki na ubezpieczenia społeczne/rentowe w ciągu roku po rehabilitacji o odpowiednio 29,57 tys. zł i 8,46 tys. zł (tj. o 5,3% i 6%). Ww. wysokość składek odprowadzonych na rok przed rehabilitacją przez ubezpieczonych z badanej grupy 72 wniosków wyniosła odpowiednio 558,53 tys. zł i 141,46 tys. zł (wahając się w przedziale od 0 tys. zł do 45,17 tys. zł i od 0 tys. zł do 10,68 tys. zł, (co daje średnio 7,76 tys. zł z tytułu składek z ubezpieczeń społecznych i 1,96 tys. zł z ubezpieczeń rentowych). W okresie jednego roku po odbyciu rehabilitacji kwota odprowadzonych do ZUS składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe wzrosła i wyniosła odpowiednio 588,1 tys. zł i 149,92 tys. zł (wahając się w przedziale od 0 tys. zł do 38,76 tys. zł w przypadku ubezpieczeń społecznych i od 0 tys. zł do 9,30 tys. zł w przypadku ubezpieczeń rentowych (co daje średnio więcej o 8,17 tys. zł składek z tytułu ubezpieczeń społecznych i 2,08 tys. zł z tytułu ubezpieczeń rentowych);
- w 41 na 72 sprawy, tj. 56,9 % orzeczenia o potrzebie rehabilitacji zostały wydane przez lekarza o specjalizacji niezwiązanej bezpośrednio ze schorzeniem będącym przedmiotem rehabilitacji w ośrodku⁷⁷. GLO wyjaśniła, że: „Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy § 11.1 lekarzem orzecznikiem może być lekarz, który łącznie spełnia warunek, że jest specjalistą w dziedzinie medycyny i odbył przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa Zakładu. Wszyscy lekarze orzecznicy naszego oddziału spełniają ten warunek. Zatem jeżeli losowo przydzielono sprawy do orzekania w podanych sprawach badanej próby tzn., że GLO lub jego zastępca nie stwierdzili uzasadnionej potrzeby wyznaczenia lekarza orzecznika z uwagi na jego specjalizację medyczną.”.

⁷⁵ Z tego 14 osób (19,4%) nie przebywało ani jednego dnia na świadczeniu przed rehabilitacją, 15 osób (20,8%) przebywało na świadczeniu od jednego do 100 dni, 11 osób (15,3%) przebywało na świadczeniu od 101 do 200 dni, 13 osób (18%) przebywało na świadczeniu od 201 do 300 dni, 19 osób (26,4%) przebywały na świadczeniu od 301 do 360 dni.

⁷⁶ Z tego sześć osób (8,3%) nie przebywało ani jednego dnia na świadczeniu po rehabilitacji, 22 osoby (30,6%) przebywało na świadczeniu od jednego do 100 dni, 12 osób (16,7%) przebywało na świadczeniu od 101 do 200 dni, pięć osób (6,9%) przebywało na świadczeniu od 201 do 300 dni, 27 osób (37,5%) przebywało na świadczeniu od 301 do 360 dni.

⁷⁷ Np. przy chorobach narządu ruchu lub onkologicznych orzekał specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz chorób wewnętrznych, przy chorobach psychosomatycznych orzekał specjalista neurologii lub chirurgii ogólnej, przy chorobach narządu ruchu orzekał specjalista chirurgii ogólnej lub chorób wewnętrznych, chorobach układu krążenia lub układu oddechowego orzekał specjalista chirurgii ogólnej lub neurologii,

W żadnym z 72 badanych przypadków nie zlecano dodatkowych badań, gdyż jak wyjaśniła GLO „Nie było uzasadnionego powodu wyznaczania dodatkowych badań na etapie wydawania dyspozycji przez GLO lub przez jego zastępcę o rozpatrzeniu spraw badanej próby, dokumentacja była wystarczająca do losowego przydziału sprawy do lekarzy orzeczników oddziału.”;

- w dokumentacji medycznej ubezpieczonych, w każdej ze zbadanych 72 spraw znajdowały się wyniki badań przeprowadzonych przez lekarzy z ośrodków rehabilitacyjnych, w których, stwierdzono:
 - w 45 przypadkach, tj. w 62,5% poprawę stanu funkcjonalnego,
 - w 25 przypadkach, tj. 34,7% brak zmian stanu funkcjonalnego,
 - w dwóch przypadkach, tj. 2,8% pogorszenie stanu funkcjonalnego;
- w przypadku 72 osób, które zostały skierowane przez ZUS na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, w okresie jednego roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej: 36 (tj. 50,0%) osób było zatrudnionych w charakterze pracownika, dwie osoby (tj. 2,8%) prowadziły działalność gospodarczą i dodatkowo świadczyły pracę, jako pracownik, jedna (tj. 1,4%) prowadziła działalność gospodarczą, trzy osoby (tj. 4,2%) były emerytami, dwie (tj. 2,8%) pracującymi emerytami, 17 osób (tj. 22,2%) było rencistami, cztery (tj. 5,6%) pracującymi rencistami, dwie (tj. 2,8%) bezrobotnymi pobierającymi zasiłek dla bezrobotnych, pięć osób (tj. 6,9%) nie posiadało tytułu do ubezpieczenia.

(akta kontroli tom II str. 310-337; 345-349; 359-372; 431-432, 568-570)

W przypadku 18 spraw, w których ubezpieczeni nie pobierali z ZUS świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani w ramach prewencji rentowej:

- od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do dnia rozpoczęcia rehabilitacji upływało średnio 152 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 127 do 196 dni,
- od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do wydania orzeczenia przez LO upływało średnio 26 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 13 do 38 dni,
- od daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą do dnia jej rozpoczęcia mijało średnio 110 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 88 do 146 dni,
- od daty wydania orzeczenia przez LO do dnia emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą mijało średnio 16 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 15 do 19 dni;
- liczba dni na świadczeniu w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła łącznie 63 i wahała się w przedziale od 0 do 29 (średnia cztery dni), a liczba dni na świadczeniu w ciągu roku po rehabilitacji wyniosła łącznie 457 i wahała się w przedziale od 0 do 113 (średnio 25 dni). To oznacza wzrost o 625,4% liczby dni przebywania ubezpieczonych na świadczeniach w ciągu roku po rehabilitacji w stosunku do roku przed rehabilitacją. Wskazaną średnią przekroczyło siedmiu ubezpieczonych (tj. 38,9%) spośród 18 badanych w próbie, z tego w dwóch przypadkach (tj. 28,6%) świadczenie po rehabilitacji związane było z tą samą przypadłością, co rehabilitacja lecznicza;
- kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła łącznie 0 zł⁷⁸. Kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku po rehabilitacji wyniosła łącznie 20,78 tys. zł, wahała się w przedziale od 0 tys. zł do 4,96 tys. zł (średnia wyniosła 1,15 tys. zł);

⁷⁸ Świadczenie zostało wypłacone przez zakład pracy.

- pięciu ubezpieczonych (tj. 27,8%), do roku od zakończonej rehabilitacji przebywało na świadczeniach związanych z chorobami, na które byli rehabilitowani;
- kwota odprowadzonych do ZUS składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła łącznie odpowiednio 294,14 tys. zł i 74,46 tys. zł, wahając się w przedziale odpowiednio od 6,88 tys. zł do 45,17 tys. zł w przypadku składek na ubezpieczenia społeczne i od 2,00 tys. zł do 10,68 tys. zł w przypadku składek na ubezpieczenia rentowe, co daje średnią na poziomie odpowiednio 16,34 tys. zł i 4,14 tys. zł. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku po rehabilitacji wyniosła łącznie odpowiednio 304,52 tys. zł i 77,78 tys. zł, wahając się w przedziale od 4,33 tys. zł do 38,76 tys. zł w przypadku składek na ubezpieczenia społeczne i od 1,19 tys. zł do 9,59 tys. zł w przypadku składek na ubezpieczenia rentowe, co dało średnią na poziomie odpowiednio 16,92 tys. zł i 4,32 tys. zł. Kwota wpłaconych składek do ZUS wzrosła o 10,38 tys. zł z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne i 3,32 tys. zł z tytułu składek na ubezpieczenia rentowe, tj. odpowiednio o 3,5% i 4,5%;
- po zakończeniu rehabilitacji lekarze z ośrodków rehabilitacyjnych, w których przebywali ubezpieczeni stwierdzili:
 - w 16 przypadkach, tj. 88,9% poprawę stanu funkcjonalnego;
 - w dwóch przypadkach, tj. 11,1% brak zmian stanu funkcjonalnego,
- w okresie roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej 15 osób (tj. 83,3%) było zatrudnionych w charakterze pracownika, jedna (tj. 5,6%) prowadziła działalność gospodarczą, będąc równocześnie zatrudnionymi w charakterze pracownika, jedna osoba (tj. 5,6%) była pracującym rencistą, a jedna emerytem (5,6%).

(akta kontroli tom II str. 310-317)

W przypadku 18 spraw, w których ubezpieczony pobierał zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana):

- od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do dnia rozpoczęcia rehabilitacji upływało średnio 134 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 48 do 229 dni;
- od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do wydania orzeczenia przez LO upływało średnio 28 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 14 do 42 dni;
- od daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą do dnia jej rozpoczęcia mijało średnio 91 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 12 do 180 dni;
- od daty wydania orzeczenia przez LO do dnia emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą mijało średnio 16 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 14 do 18 dni;
- liczba dni na świadczeniu w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła łącznie 1 709 i wahała się w przedziale od 14 do 342 (co dało średnio 95 dni), natomiast liczba dni na świadczeniu w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji wyniosła łącznie 3 099 i wahała się w przedziale od 0 do 365 dni (co dało średnio 172 dni), co oznacza wzrost liczby dni przebywania ubezpieczonych na świadczeniach w ciągu roku po rehabilitacji w stosunku do roku przed rehabilitacją o 81,3%;
- kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła łącznie 101,79 tys. zł i wahała się w przedziale od 0,83 tys. zł do 19,31 tys. zł (co dało średnio 5,66 tys. zł), a kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku po rehabilitacji wzrosła o 71,42 tys. zł i wyniosła łącznie

173,21 tys. zł, wahając się w przedziale od 0 tys. zł do 24,74 tys. zł, (co dało średnio 9,63 tys. zł);

- jedenastu ubezpieczonych (tj. 61,1%), do roku od zakończonej rehabilitacji przebywało na świadczeniach związanych z chorobami, na które byli rehabilitowani;
- wysokość odprowadzonych do ZUS składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed rehabilitacją wynosiła łącznie 155,79 tys. zł dla składek na ubezpieczenia społeczne i 39,65 tys. zł dla składek z tytułu ubezpieczeń rentowych (co dało średnią odpowiednio 8,66 tys. zł i 2,2 tys. zł) i wahała się w przedziale od 0 tys. zł do 18,10 tys. zł dla składek na ubezpieczenie społeczne i od 0 tys. zł do 4,72 tys. zł z tytułu składek na ubezpieczenie rentowe. Kwota odprowadzonych przez ubezpieczonych do ZUS składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku po rehabilitacji spadła i wyniosła 154,32 tys. zł z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne i 39,1 tys. zł na ubezpieczenie rentowe, (co daje średnio odpowiednio 8,57 tys. i 2,17 tys. zł) i wahała się w przedziale od 0 tys. zł do 22,75 tys. dla składek na ubezpieczenie społeczne i od 0 tys. zł do 5,91 tys. zł dla składek na ubezpieczenia rentowe, co skutkowało spadkiem wpłat składek społecznych/rentowych do ZUS o odpowiednio 1,47 tys. zł i o 0,55 tys. zł, tj. o 0,9% i o 1,4%;
- po zakończeniu rehabilitacji lekarze ośrodków rehabilitacyjnych orzekli:
 - w 14 przypadkach, tj. 77,8% poprawę stanu funkcjonalnego,
 - w czterech przypadkach, tj. 22,2% brak zmian stanu funkcjonalnego;
- po roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej osiem osób (tj. 44,4%) było zatrudnionych, jedna (tj. 5,6%) prowadziła działalność gospodarczą, jedna (tj. 5,6%) pracowała i prowadziła działalność gospodarczą, dwie osoby (tj. 11,1%) były emerytami (z tego jedna pracującym emerytem) dwie (tj. 11,1%) były pracującymi rencistami (w tym: jedna na rencie okresowej, a druga na rencie rodzinnej), jedna osoba (tj. 5,6%) była bezrobotna z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, a trzy osoby (tj. 16,7%) nie posiadały tytułu do ubezpieczenia.
(akta kontroli tom II str. 310; 318-323, 570)

W przypadku 18 spraw, w których ubezpieczony pobierał świadczenie rehabilitacyjne:

- od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do dnia rozpoczęcia rehabilitacji upływało średnio 119 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 36 do 201 dni,
- od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do wydania orzeczenia przez LO upływało średnio 25 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 6 do 56 dni,
- od daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą do dnia jej rozpoczęcia mijało średnio 77 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 15 do 130 dni,
- od daty wydania orzeczenia przez LO do dnia emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą mijało średnio 17 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 14 do 28 dni,
- liczba dni na świadczeniu w ciągu roku przed rehabilitacją wynosiła łącznie 4 3674, wahając się w przedziale od 150 do 296 dni (średnio jeden ubezpieczony przebywał 243 dni na świadczeniu), a liczba dni na świadczeniu w ciągu roku po rehabilitacji w tej grupie wyniosła łącznie 3 597 i wahała się w przedziale od 0 do 365 dni, (co daje średnio 200 dni na świadczeniu jednego ubezpieczonego). To oznacza, że w okresie jednego roku po zakończeniu rehabilitacji o 17,6% spadła liczba dni przebywania tej grupy ubezpieczonych na świadczeniach w stosunku do okresu jednego roku przed skierowaniem ich na rehabilitację,

- kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w związku z przebywaniem ww. grupy ubezpieczonych na świadczeniu w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła łącznie 274,27 tys. zł i wahała się w przedziale od 6,55 tys. zł do 27,05 tys. zł, (co daje średnio 15,24 tys. zł na ubezpieczonego), a kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku po rehabilitacji w tej samej grupie spadła o 27,82 tys. zł (tj. o 10,1%) i wyniosła łącznie 246,45 tys. zł, wahała się w przedziale od 0 tys. zł do 52,61 tys. zł, (co daje średnio 13,7 tys. zł na jednego ubezpieczonego),
- 15 z 18 ubezpieczonych (tj. 83,3%), do roku od zakończonej rehabilitacji pobierało świadczenia na schorzenie ujęte w orzeczeniu o potrzebie rehabilitacji leczniczej,
- kwota odprowadzonych do ZUS składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed rehabilitacją dla tej grupy badanych wniosków wyniosła łącznie odpowiednio 78,43 tys. zł i 19,60 tys. zł i wahała się w przedziale od 0,93 tys. zł do 13,18 tys. zł w przypadku składek na ubezpieczenie społeczne i 0,24 tys. zł do 3,17 tys. zł dla składek rentowych, (co daje średnio odpowiednio 4,36 tys. zł i 1,09 tys. zł). Kwoty odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku po rehabilitacji wzrosły odpowiednio o 29,54 tys. zł (tj. o 37,7%) i o 7,92 tys. zł (tj. o 40,4%) i wyniosły odpowiednio 107,97 tys. zł i 27,52 tys. zł, wahała się w przedziałach odpowiednio od 0 tys. zł do 20,27 tys. zł i od 0 tys. zł do 5,24 tys. zł, (co dało średnio 5,6 tys. zł tytułem składek na ubezpieczenia społeczne i 1,5 tys. zł składek na ubezpieczenia rentowe),
- po zakończeniu rehabilitacji lekarze ośrodków rehabilitacyjnych orzekli:
 - w ośmiu przypadkach, tj. 44,4% o poprawie stanu funkcjonalnego;
 - w dziewięciu przypadkach, tj. 50% o pozostaniu bez zmian stanu funkcjonalnego;
 - w jednym przypadku, tj. 5,6% o pogorszeniu stanu funkcjonalnego (ubezpieczony nie ukończył turnusu rehabilitacyjnego, po siedmiu miesiącach zmarł);
- w okresie roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej: 11 osób (tj. 61,1%) pracowało, trzy osoby (tj. 16,7%) były rencistami (na rencie okresowej), jedna (tj. 5,6%) pracującym rencistą, jedna (tj. 5,6%) osobą bezrobotną pobierającą zasiłek dla bezrobotnych, dwie osoby (tj. 11,1%) nie posiadały tytułu do ubezpieczenia.

(akta kontroli tom II str. 310; 324-329, 569)

W przypadku 18 spraw, w których ubezpieczony pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy:

- od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do dnia rozpoczęcia rehabilitacji upływało średnio 154 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 73 do 219 dni;
- od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do wydania orzeczenia przez LO upływało średnio 32 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 13 do 67 dni;
- od daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą do dnia jej rozpoczęcia mijało średnio 106 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 45 do 169 dni;
- od daty wydania orzeczenia przez LO do dnia emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą mijało średnio 16 dni. Okres ten zamykał się w przedziale od 14 do 33 dni. Z tym, że 33 dni upłynęły tylko w jednej ze zbitych 72 spraw (30 dzień przypadł w dzień wolny od pracy);
- liczba dni pobierania świadczeń w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła łącznie 6 372 dni i wahała się w przedziale od 167 do 365 dni, (co daje średnio 354 dni),

a liczba dni pobierania świadczeń w ciągu roku po rehabilitacji wzrosła o 75 dni (tj. o 1,2%) i wynosiła 6 447 dni, wahając się w przedziale od 259 do 365 dni, (co daje średnio 358 dni);

- kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń z tytułu niezdolności do pracy w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła 284,42 tys. zł i wahała się w przedziale od 7,68 tys. zł do 33,27 tys. zł, (co daje średnio 15,8 tys. zł na osobę), a kwota wypłaconych przez ZUS z tytułu ww. świadczeń w ciągu roku po rehabilitacji wzrosła o 11,32 tys. zł (tj. o 3,9%) i wyniosła 295,74 tys. zł, wahając się w przedziale od 9 tys. zł do 36 tys. zł, (co daje średnio 16,43 tys. zł na ubezpieczonego);
- kwoty odprowadzonych do ZUS składek na ubezpieczenia społeczne/rentowe w ciągu roku przed rehabilitacją wynosiły odpowiednio 30,17 tys. zł z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne i 7,75 tys. zł na ubezpieczenia rentowe, wahając się w przedziałach od 0 tys. zł do 10,93 tys. zł w przypadku składek na ubezpieczenie społeczne i od 0 tys. zł do 2,83 tys. zł na ubezpieczenia rentowe (co daje średnio odpowiednio 2,03 tys. zł i 0,52 tys. zł). W okresie jednego roku po rehabilitacji nastąpił spadek wpłat składek do ZUS z ww. tytułów o odpowiednio 8,88 tys. zł (tj. o 29,4%) i 2,23 tys. zł (tj. o 28,8%). Tym samym odprowadzone do ZUS składki na ubezpieczenie społeczne/rentowe wyniosły odpowiednio 21,29 tys. zł i 5,52 tys. zł, mieszcząc się w przedziałach od 0 do 10,94 tys. zł w przypadku składek na ubezpieczenie społeczne i od 0 tys. zł do 2,85 tys. zł dla składek rentowych, (co dało odpowiednio średnio 1,18 tys. zł i 0,31 tys. zł);
- po zakończeniu rehabilitacji lekarze ośrodków rehabilitacyjnych orzekli o:
 - poprawie stanu funkcjonalnego w siedmiu przypadkach, tj. 38,9%,
 - pozostaniu bez zmian stanu funkcjonalnego w 10 przypadkach, tj. 55,6%,
 - pogorszeniu stanu funkcjonalnego w jednym przypadku, tj. 5,6%;
- 14 osób (tj. 77,8%) nadal (na dzień 22 czerwca 2020 r.) pobierało rentę okresową (z tego 13 osób, tj. 92,9% na schorzenie ujęte w orzeczeniu w sprawie potrzeby rehabilitacji leczniczej z 2018 r.; jedna osoba spośród przebywających na rencie wykonywała równocześnie pracę zarobkową), dwie osoby (tj. 11,1%) przeszły na świadczenie emerytalne (w przypadku jednej osoby pobierającej emeryturę (50%), wykonywała ona równocześnie pracę zarobkową), dwie kolejne osoby (tj. 11,1%) wykonywały pracę zarobkową;
- w związku z faktem, że pomimo odbycia turnusu rehabilitacyjnego 14 osób spośród 18 (tj. 77,8% badanej próby) nadal przebywało na rencie, GLO wyjaśniła, że LO „kierując się swoją wiedzą i umiejętnościami oceniając szanse powodzenia rehabilitacji musi uwzględniać opinię lekarzy leczących sugerujących swoim pacjentom rehabilitację w ramach prewencji i wnioskujących o nią. W analizowanych sprawach trudno by było jednoznacznie odmówić prewencji z przyczyn medycznych, a jednocześnie mieć pewność, że rehabilitacja w ramach prewencji będzie na tyle skuteczna, że pozwoli orzec zdolność do pracy. Prewencja rentowa jest tylko jednym elementem terapii – lekarze orzecznicy nie mają wpływu na pozostałe realizowane przez inne podmioty a wiodące w odzyskaniu zdolności do pracy jak: kontynuacja właściwego leczenia i terapii wspomagających i poza medyczno-terapeutyczne elementy jak: wiek opiniowanych, wykształcenie i posiadane przez nich faktyczne umiejętności i kwalifikacje, cechy osobnicze, motywacja ubezpieczonych do poszukiwania pracy i świadomości uzyskania nowych kwalifikacji zawodowych szczególnie, jeżeli w ocenie subiektywnej ‘kuracjusza’ nadal brak poprawy po prewencji i dysfunkcja się nadal utrzymuje.”

(akta kontroli tom II str. 330-337, 568, 571-574)

W przypadku 18 spraw, w których wystąpił brak potrzeby rehabilitacji:

- we wszystkich badanych 18 sprawach wnioski o rehabilitację leczniczą złożyli zainteresowani, a wnioskodawcami byli lekarze prowadzący leczenie;
- liczba dni na świadczeniu w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację dla ww. grupy wyniosła 5 489 i wahała się w przedziale od 98 do 365 dni, (co daje średnio 305 dni), a liczba dni na świadczeniu w ciągu roku po odmowie przyznania rehabilitacji wyniosła łącznie 5 894 i wahała się w przedziale od 25 do 365 (średnia 327 dni). To oznacza wzrost o 7,4% liczby dni przebywania ubezpieczonych na świadczeniach w ciągu roku po odmowie orzecznictwa w stosunku do roku przed odmową;
- kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed datą złożenia wniosku o rehabilitację wyniosła łącznie 316,96 tys. zł i wahała się w przedziale od 4,89 tys. zł do 63,06 tys. zł, (co daje średnio 17,61 tys. zł). Kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku po odmowie rehabilitacji wzrosła o 55,81 tys. zł (tj. o 17,6%) i wyniosła 372,77 tys. zł, wahając się w przedziale od 2,76 tys. zł do 65,98 tys. zł (średnia 20,71 tys. zł);
- kwota odprowadzonych do ZUS składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed datą złożenia wniosku o rehabilitację wyniosła łącznie odpowiednio 41,46 tys. zł i 10,44 tys. zł, wahając się w przedziałach od 0 tys. zł do 10,9 tys. zł w przypadku ubezpieczeń społecznych i od 0 tys. zł do 2,58 tys. zł w przypadku składek na ubezpieczenie rentowe (średnia wynosiła odpowiednio 2,30 tys. zł i 0,58 tys. zł). Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku po dacie odmownej decyzji w sprawie potrzeby rehabilitacji wyniosła 30,98 tys. zł dla składek na ubezpieczenia społeczne i 8,01 tys. zł na ubezpieczenia rentowe, wahając się w przedziale odpowiednio od 0 tys. zł do 10,89 tys. zł i od 0 tys. zł do 2,85 tys. zł (średnia wynosiła 1,72 tys. zł dla składek z tytułu ubezpieczenia społecznego i 0,45 tys. zł z tytułu ubezpieczenia rentowego). Oznacza to, że nastąpił spadek wpłat do ZUS z tytułu składek o 10,48 tys. zł (tj. o 25,3%) z tytułu ubezpieczeń społecznych i o 2,43 tys. zł (tj. o 23,3%) z tytułu składek na ubezpieczenia rentowe;
- we wszystkich 18 badanych sprawach z 2018 r. orzeczenie w sprawie braku potrzeby rehabilitacji leczniczej wydali LO Oddziału. W żadnym z badanych 18 przypadków nie zlecano dodatkowych badań. W siedmiu na 18 spraw, (tj. 38,9 %) orzeczenia zostały wydane przez lekarza o specjalizacji niezwiązanej bezpośrednio ze schorzeniem będącym przedmiotem rehabilitacji w ośrodku;
- po upływie jednego roku od wydania orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji 14 osób (tj. 77,7%) było rencistami (na rentach okresowych, z tego 12 na schorzenie ujęte w orzeczeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej z 2018 r., (tj. 84,6%), dwie (tj. 11,1%) emerytami, jedna na świadczeniu rehabilitacyjnym⁷⁹, jedna była rencistą prowadzącym działalność gospodarczą⁸⁰.

(akta kontroli tom II str. 310; 338-344; 350-358)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

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

Wszystkie skontrolowane orzeczenia (90 spraw) wydano zgodnie z przepisami rozporządzenia ws. rehabilitacji oraz Procedury 9.1. Również przechowywanie akt spraw w Oddziale odbywało się zgodnie z Procedurą 9.1. W myśl ww. Procedury 9.3, dochowano terminów rejestracji wniosków, ich rozpatrywania oraz wydawania skierowań na turnusy rehabilitacyjne, a stwierdzone odstępstwa dotyczące terminów przekazywania dokumentacji medycznej pacjentów do ośrodków rehabilitacji nie

⁷⁹ Kod choroby zgodny z kodem w orzeczeniu o rehabilitacji leczniczej.

⁸⁰ Schorzenie w orzeczeniu o rencie było tożsame ze schorzeniem, które było podstawą orzeczenia o konieczności rehabilitacji leczniczej.

wpłynęły na proces kierowania ubezpieczonych, jak również terminowego rozpoczęcia i zakończenia rehabilitacji. Przydział spraw poszczególnym lekarzom orzecznikom był losowy, niezależny od ich specjalizacji, co wynikało z obowiązującej procedury. W 44 na 90 spraw orzeczenia zostały wydane przez lekarza o specjalizacji niezwiązanej bezpośrednio ze schorzeniem będącym przedmiotem rehabilitacji w ośrodku, co zdaniem NIK nie miało wpływu na prawidłowość orzekania.

W ocenie NIK, rehabilitacja lecznicza realizowana w ramach prewencji rentowej ZUS 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.

W odniesieniu do całej próby 72 osób skierowanych na rehabilitację, analiza danych o liczbie dni przebywania osób ubezpieczonych na świadczeniach z systemu ubezpieczeń społecznych za okres roku przed turnusem rehabilitacyjnym, w porównaniu do okresu jednego roku, jaki upłynął po jego ukończeniu wykazała, że średni czas przebywania na świadczeniu wydłużył się ze 174 dni do 189 dni. Najbardziej widoczny wzrost liczby dni przebywania na świadczeniach dotyczył ubezpieczonych nie pobierających świadczeń z ZUS (z 4 do 25 dni) oraz ubezpieczonych pobierających zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani (z 95 do 172 dni).

Zdaniem NIK, 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 96 dni, a średni okres, jaki upłynął od dnia złożenia wniosków do rozpoczęcia turnusu wyniósł 140 dni.

W próbie skontrolowanych 72 skierowań na turnus rehabilitacyjny, w przypadku 45 osób (62,5%) wykazano poprawę stanu zdrowia po zakończonym turnusie, w 25 przypadkach (34,7%) u osób skierowanych nie zauważono zmian w stanie zdrowia, a w pozostałych dwóch przypadkach (2,8%) stwierdzono pogorszenie stanu funkcjonalnego.

Ponadto 45 z 72 osób (62,5%), które odbyły turnus, w ciągu roku od jego zakończenia było aktywnych zawodowo.

IV. Uwagi

Uwagi W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, zwraca uwagę na obowiązek zamieszczania w zawiadomieniach o odmownym załatwieniu skargi pouczenia o treści art. 239 k.p.a.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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
Beata Olejnik
specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach