



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.011.03.2020

Pan
Marek Magiera
Dyrektor
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
Oddziału w Bielsku-Białej
ul. Zygmunta Krasickiego 34 - 36
43-300 Bielsko-Biała

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 Bielsku-Białej ¹ ul. Zygmunta Krasińskiego 34 - 36, 43-300 Bielsko-Biała
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Magiera, Dyrektor Oddziału, pełniący funkcję od 1 sierpnia 2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Rehabilitacja lecznicza realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej.
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. Piotr Graca, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/140/2020 z 22 maja 2020 r. 2. Mieczysław Handzel, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/138/2020 z 22 maja 2020 r. oraz nr LKA/201/2020 z 28 lipca 2020 r. 3. Piotr Jużków, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/139/2020 z 22 maja 2020 r.

(akta kontroli str. 1-3)

¹ Dalej: Oddział.

² Dz. U. z 2019 r. poz. 489 ze zm.; 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 13 do 27 dni). Wzrosła także średnia wysokość wypłaconych świadczeń chorobowych (z ok. 1 tys. zł do 2,4 tys. zł) oraz spadła średnia kwota odprowadzonych do systemu składek (z 12,6 tys. zł do 11,7 tys. zł). Lepszą skuteczność rehabilitacji 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 spadła (ze 125 do 102 dni), zmniejszyła się średnia wysokość wypłaconych świadczeń chorobowych (z ok. 9,3 tys. zł do 8,7 tys. zł) oraz zwiększyła się średnia kwota odprowadzonych do systemu ubezpieczeniowego składek (z 12,1 tys. zł do 14,5 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 lub świadczeń rehabilitacyjnych, gdyż w 72% zbadanych spraw udział w rehabilitacji leczniczej nie wpłynął na poprawę aktywności zawodowej. I tak, spośród 18 osób będących na rencie w momencie skierowania na turnus - wszystkie osoby pozostały na rencie w roku, jaki upłynął po zakończeniu rehabilitacji. Zaś w grupie 18 osób przebywających w momencie kierowania na turnus rehabilitacyjny na świadczeniu rehabilitacyjnym, w roku po jego zakończeniu dwie osoby uzyskały prawo do renty, a sześć przebywało na świadczeniach z ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby przez znaczną część roku (średnio 228 dni).

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 przeprowadzaniu rehabilitacji. Oznacza to, że zasadność skierowania na rehabilitację powinna się wiązać się z dużymi szansami na przywrócenie ubezpieczonemu sprawności. Tak więc, dla części osób korzystających z rehabilitacji leczniczej sfinansowanej przez

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszej kontroli zastosowano ocenę opisową.

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.

ZUS w ramach prewencji rentowej, efekty były krótkotrwałe i nie skutkowały trwałym odzyskaniem zdolności do pracy.

Po upływie roku od zakończonej rehabilitacji 51 z 72 osób (71%), które odbyły turnus, było aktywnych zawodowo i odprowadzano im składki z tytułu ubezpieczenia społecznego. W próbie skontrolowanych 72 skierowań na turnus rehabilitacyjny 59 osób (81,9%) wykazało poprawę stanu zdrowia po zakończonym turnusie, a w pozostałych 13 przypadkach (18,1%) osoby skierowane nie zauważyły zmian w stanie zdrowia.

Na skuteczność rehabilitacji leczniczej wpływ mógł mieć stosunkowo długi okres oczekiwania na rehabilitację leczniczą. We wszystkich badanych grupach ubezpieczonych od momentu emisji skierowania do dnia rozpoczęcia rehabilitacji upłynęło więcej niż 101 dni (odpowiednio 102, 124, 128 i 129 dni). W dwóch grupach ubezpieczonych, którzy składali wnioski o rehabilitację, średnie okresy jakie upłynęły od dnia złożenia wniosków do rozpoczęcia turnusu wyniosły odpowiednio: 153 i 159 dni. Zdaniem NIK, wskazanym byłoby skrócenie tych okresów.

Warunki kadrowe i organizacyjne Oddziału zapewniały prawidłową realizację zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, mimo niepełnej obsady etatów na stanowiskach lekarzy orzeczników. Orzekający lekarze orzecznicy posiadali odpowiednie wykształcenie medyczne oraz specjalizację lekarską II stopnia, jednakże w odniesieniu do 11 z 16 z nich nie udokumentowano odbycia przeszkolenia określonego przez Prezesa ZUS, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy⁶, a jeden z lekarzy orzekał przed ukończeniem takiego szkolenia, w trakcie jego trwania.

W toku prowadzonych naborów na stanowiska lekarzy orzeczników wszystkie ogłoszenia o naborze zamieszczono w Biuletynie Informacji Publicznej oraz w miejscu powszechnie dostępnym w Oddziale, a termin (poza jednym przypadkiem) od publikacji ogłoszenia do składania ofert nie był krótszy niż 14 dni, co było zgodne z art. 74a ust. 2 i art. 74c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁷. W toku pięciu naborów nie upowszechniono niezwłocznie listy kandydatów, którzy spełniali wymagania formalne określone w ogłoszeniu o naborze, jak również nie upowszechniono informacji o wyniku pięciu naborów w terminie 14 dni od dnia zatrudnienia wybranego kandydata albo zakończenia naboru, w przypadku gdy w jego wyniku nie doszło do zatrudnienia żadnego kandydata. Działania te były niezgodne z art. 74d ust. 1 i art. 74f ust. 1 ustawy o sus.

Oddział zawierał z lekarzami i psychologami umowy dotyczące zlecania badań i konsultacji oraz sporządzania z nich opinii stosownie do potrzeb.

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 procedurą wewnętrzną (do procesu 9.1).

W dziesięciu 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, gdyż korzystano z możliwości wykonania dodatkowych opinii specjalistycznych.

Główne koszty dotyczące funkcjonowania Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego, realizującego w strukturze Oddziału zadania dotyczące m.in. rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej wzrosły z 2 661,7 tys. zł w 2018 r. do 3 175,1 tys. zł

⁶ Dz. U. z 2004 r. Nr 273 poz. 2711, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.

⁷ Dz.U. z 2020 r. poz. 266; dalej: ustawa o sus.

w 2019 r., tj. o 19,3%, co jednakże miało związek z istotnym wzrostem w tym okresie liczby wydanych orzeczeń z 16 866 do 21 056, tj. o 24,8%.

W okresie objętym kontrolą Oddział przeprowadził łącznie 67 akcji promocyjnych dotyczących działalności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz systemu ubezpieczeń.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Wg stanu na dzień 1 stycznia 2018 r. w Oddziale zatrudniony był jeden Główny Lekarz Orzecznik w wymiarze pełnego etatu, dwóch jego zastępców w łącznym wymiarze 1,1 etatu oraz dziewięciu lekarzy orzeczników w łącznym wymiarze 8,1 etatu. Z kolei wg stanu na dzień 31 grudnia 2019 r. zatrudniony był jeden Główny Lekarz Orzecznik w wymiarze pełnego etatu, dwóch jego zastępców w łącznym wymiarze jednego etatu oraz jedenastu lekarzy orzeczników w łącznym wymiarze 8,7 etatu. Wymiar etatu Głównego Lekarza Orzecznika oraz jego zastępców zatrudnionych w Oddziale odpowiadał wymiarowi etatu określonego w planie zatrudnienia, zaś stan zatrudnienia lekarzy orzeczników był poniżej planu, który to zakładał na dzień 1 stycznia 2018 r. 10,6 etatu, a na dzień 31 grudnia 2019 r. 12,1 etatu.

Przyczyną braku pełnej obsady lekarzy orzeczników był brak chętnych lekarzy do zatrudnienia się na tym stanowisku.

(akta kontroli str. 103-105, 106-107)

W latach 2018-2019 w Oddziale ogłoszono łącznie 10 konkursów dotyczących zatrudnienia lekarza orzecznika, w wyniku pięciu konkursów zatrudniono pięciu lekarzy orzeczników, zaś pięć z nich nie zostało rozstrzygniętych z powodu braku zgłoszeń kandydatów. Zgodnie z ogłoszeniami o naborach poszukiwano lekarzy medycyny z tytułem specjalisty, zwłaszcza posiadających specjalizację z chorób wewnętrznych, chirurgii, neurologii, psychiatrii, ortopedii, medycyny rodzinnej, medycyny pracy. Wszystkie ogłoszenia o naborze zamieszczono w Biuletynie Informacji Publicznej⁹ oraz w miejscu powszechnie dostępnym w Oddziale, stosownie do wymogu określonego w art. 74a ust. 2 ustawy o sus. Z kolei termin składania ofert liczony od publikacji ogłoszenia, stosownie do wymogu określonego w art. 74c ustawy o sus, nie był krótszy niż 14 dni (poza jednym przypadkiem szczegółowo opisanym w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). W przypadku wszystkich pięciu ogłoszeń, gdzie wpłynęła co najmniej jedna oferta, listę kandydatów spełniających wymagania formalne określone w ogłoszeniach o naborze, opublikowano w BIP odpowiednio w terminie 28, 33, 49, 53 i 56 dni po upływie terminu do składania ofert (co zostało opisane szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). Z każdego naboru, na który wpłynęła co najmniej jedna oferta, sporządzono protokół stosownie do wymogu określonego w art. 74e ust. 1 ustawy o sus zawierający dane wymagane w art. 74e ust. 2 ustawy o sus. Po zakończeniu naboru upubliczniano informację o wynikach naboru uwzględniając dane wymagane art. 74f ust. 2 ustawy o sus. W czterech

⁸ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej. W niniejszej kontroli zastosowano oceny opisowe.

⁹ Dalej: BIP.

przypadkach dochowano 14 dniowego terminu upublicznienia takiej informacji, stosownie do postanowień art. 74f ust. 1 ustawy o sus, w jednym przypadku upubliczniono taką informację przed zatrudnieniem, ale po sporządzeniu protokołu o naborze, a w pięciu nie dochowano ww. terminu, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 106-107, 120, 388-460)

Dyrektor Oddziału odnośnie problemów związanych z obsadą lekarzy orzeczników wyjaśnił m.in. że: „(...) stan etatowy na stanowisku lekarza orzecznika Zakładu był niższy od planu etatowego ustalonego w Oddziale. Wynikało to z trudności dotyczących naboru lekarzy spełniających wymagania formalne chętnych do pracy w ZUS. Wobec powyższego nie było celowym wnioskowanie o dalsze dodatkowe etaty. Problemy z pozyskaniem lekarzy do pracy są ogólnie znane i wynikają ze znacznego niedoboru ilości lekarzy specjalistów w Polsce.”.

(akta kontroli str. 93-98)

Dyrektor Oddziału i Główny Lekarz Orzecznik Oddziału odnośnie pożądanых kwalifikacji lekarzy orzeczników, wyjaśnili, że „priorytetem w zatrudnieniu w Oddziale w Bielsku-Białej na stanowisku lekarza orzecznika są specjalizacje lekarskie szczególnie w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii, neurologii, psychiatrii, medycyny pracy, medycyny społecznej. Reguluje to § 11 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (Dz.U. z dnia 27 grudnia 2004, nr 273, poz. 2711), który określa pożądane, posiadane przez kandydata do pracy na stanowisku lekarza orzecznika specjalizacje”.

(akta kontroli str. 110-112)

Dyrektor Oddziału nie wprowadził wewnętrznych norm obciążenia pracą lekarzy. Analiza wydanych orzeczeń przez lekarzy orzeczników wykazała, że średnio dziennie lekarze wydawali 10 orzeczeń. Analiza pracy lekarzy orzeczników w miesiącu czerwcu 2018 i 2019 wykazała przestrzeganie 40 minutowego czasu na wydanie orzeczenia w oparciu o bezpośrednie badanie i 20 minutowego na wydanie orzeczenia w trybie zaocznym i jednocześnie nie wykazała pracy w godzinach nadliczbowych. Jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału, przypadki pracy w godzinach nadliczbowych wystąpiły w lipcu 2018 r. i dotyczyły dwóch lekarzy, którzy łącznie zrealizowali 12 godzin nadliczbowych. Analiza 90 badanych spraw wykazała, że braki kadrowe nie wpływały na terminowość prowadzonych postępowań.

(akta kontroli str. 73, 93-102, 387)

Średni wiek lekarza w 2018 r. wynosił 60 lat, zaś w 2019 r. 59 lat. Średni poziom wynagrodzenia lekarza orzecznika w przeliczaniu na pełny etat wynosił w 2018 r. 7 376,61 zł, natomiast w 2019 r. 9 625,15 zł. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że „Poziom wynagrodzeń pomimo istotnej podwyżki w 2019 r. nie był konkurencyjny w stosunku do ofert na ogólnym rynku pracy.”.

(akta kontroli str. 93-98, 103)

W okresie objętym kontrolą rozwiązano stosunek pracy z trzema lekarzami (dwoma zatrudnionymi na stanowisku zastępcy głównego lekarza orzecznika i jednym na stanowisku lekarza orzecznika). Wszystkie trzy umowy zostały rozwiązane za porozumieniem stron. Dwa odejścia były związane z przejściem na emeryturę, zaś jedno było związane ze zmianą miejsca pracy (inny Oddział ZUS). Z kolei nowy stosunek pracy nawiązano z pięcioma lekarzami.

(akta kontroli str. 108-109)

2. W 2018 r. Oddział współpracował z 18 podmiotami, a w 2019 r. z 21 podmiotami świadczącymi usługi w zakresie konsultacji lekarskich i psychologicznych. Potrzeby w tym zakresie szacowano na podstawie analizy zapotrzebowania z lat ubiegłych. W okresie objętym kontrolą nie ogłaszano konkursów w celu wyłonienia wykonawców - wszystkich naborów dokonywano w trybie negocjacji. Zakresy usług obejmowały m. in. konsultacje psychologiczne, psychiatryczne, neurologiczne, okulistyczne. W 2018 r. zakupiono 1 194, a w 2019 r. 1 323 konsultacji i badań, w tym liczba konsultacji psychologicznych wyniosła odpowiednio: 47 i 39. Łączny koszt wykonanych konsultacji wyniósł w 2018 r. 203,0 tys. zł, a w 2019 r. 226,6 tys. zł. Średniorocznie liczba konsultacji przypadająca na jednego zakontraktowanego specjalistę wyniosła w 2018 r. 66,3, a w 2019 r. 63,0. Średnie wynagrodzenie za jedną konsultację wyniosło 170 zł i dotyczyło zarówno lekarzy specjalistów, jak i psychologów.

Na przykładzie umów o dzieło zawartych z dwoma lekarzami o największej wartości wykonanych usług (łącznie 65,5 tys. zł w 2018 r.) stwierdzono, że zawarto je zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy o sus. Lekarze wykonawcy posiadali specjalizację, stosownie do wymogów określonych w Załączniku nr 9 do Procedury 9.1. Wydawania orzeczeń¹⁰. Ponadto spełniono wymóg współpracy przez Oddział z co najmniej dwoma konsultantami posiadającymi tę samą specjalizację.

W 2018 r. i w 2019 r. Oddział współpracował z trzema podmiotami świadczącymi usługi w zakresie badań dodatkowych (badań kardiologicznych, laboratorium analitycznego, spirometrii, gazometrii, RTG). Potrzeby w tym zakresie szacowano na podstawie analizy zapotrzebowania z lat ubiegłych. W 2018 r. wartość ww. usług wyniosła łącznie 17,8 tys. zł, a w 2019 r. 13,2 tys. zł. Ponadto w 2019 r. zlecono jednorazowo badanie stroboskopowe za 110 zł.

(akta kontroli str. 66-72, 78-91)

3. Wszyscy pracujący w Oddziale w latach 2018-2019 lekarze orzecznicy mieli ukończone wyższe studia medyczne i posiadali tytuł specjalisty II stopnia, stosownie do wymogów § 11 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. W stosunku do pięciu z szesnastu, pracujących w Oddziale w latach 2018-2019 lekarzy orzeczników (w tym trzech z pięciu zatrudnionych w tym okresie) udokumentowano odbycie przeszkolenia w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS spełniając tym samym wymóg określony w § 11 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia, natomiast w przypadku pozostałych 11 lekarzy nie udokumentowano odbycia takiego szkolenia, co szczegółowo przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 23-24, 109-112, 388-555)

Spośród pracujących w Oddziale w latach 2018-2019 lekarzy, oprócz trzech lekarzy, którzy zostali skierowani na ww. szkolenie w latach 2018-2019, dwóch odbyło w okresie objętym kontrolą szkolenie finansowane przez ZUS (jeden lekarz uczestniczył w jednym, a drugi w sześciu szkoleniach), natomiast pozostałych jedenastu lekarzy nie odbyło w tym czasie żadnego szkolenia finansowanego przez ZUS. W okresie objętym kontrolą nie przeprowadzano szkolenia dotyczącego rehabilitacji leczniczej. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że takie szkolenia miały miejsce przed okresem objętym kontrolą.

Żaden z lekarzy orzeczników nie podniósł w latach 2018-2019 swoich kwalifikacji zawodowych, tj. nie ukończył w tym okresie specjalizacji lub nie uzyskał tytułu naukowego. W Oddziale w okresie objętym kontrolą nie obowiązywały wytyczne w zakresie liczby odbytych szkoleń przez lekarzy orzeczników.

¹⁰ Załącznik nr 9 stanowił instrukcję dot. ogólnych warunków postępowania orzeczniczego.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że „Pracujący w Oddziale lekarze orzecznicy posiadają wymagane kwalifikacje medyczne oraz orzecznicze. W karcie opisu stanowiska pracy lekarza orzecznika Zakładu nie ma wymogu zdobywania nowych, dodatkowych specjalizacji medycznych, czy też stopni naukowych. Może to być wyłącznie inicjatywa własna pracownika. W latach 2018-2019 nie wpłynęły żadne indywidualne wnioski lekarzy orzeczników w tym zakresie. Zdobywanie nowej specjalizacji medycznej przez doświadczonych lekarzy orzeczników jest niecelowe i powodowałoby kilkuletnią nieobecność w pracy specjalizującego się lekarza orzecznika. Ponadto możliwość zdobywania nowej specjalizacji medycznej jest ograniczona limitami.”. Ponadto wyjaśnił, że „Lekarze orzecznicy w latach 2018-2019 mogli podnosić kwalifikacje zawodowe współfinansowane przez ZUS na takich samych zasadach, jak wszyscy pozostali pracownicy Oddziału, w formie np. studiów podyplomowych częściowo refundowanych przez Zakład. Nie wpłynęło żadne zgłoszenie od lekarzy orzeczników (...). W poprzednich latach odbyły się szkolenia oddziałowe na temat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Od tego czasu nie było istotnych zmian w programie prewencji rentowej ZUS i nie było potrzeby ponownego prowadzenia szczegółowych szkoleń na ten temat. O jakichkolwiek zmianach w tym zakresie lekarze orzecznicy byli informowani na bieżąco drogą elektroniczną oraz bezpośrednio. W zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS odbywały się wielokrotnie konferencje czy też szkolenia dla Głównych Lekarzy Orzeczników i Przewodniczących Komisji Lekarskich w Centrali Zakładu, w których uczestniczył Główny Lekarz Orzecznik. Temat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS jest również poruszany podczas szkoleń doskonalących organizowanych przez Centralę ZUS dla nowoprzyjętych lekarzy orzeczników”.

(akta kontroli str. 23-24, 93-98, 109-119)

4. W 2018 w Oddziale podjęto 37 akcji promocyjnych¹¹, w tym trzy koordynowane przez Centralę ZUS, dotyczących działalności ZUS oraz systemu ubezpieczeń. W 2019 r. podjęto 30 akcji informacyjno-promocyjnych¹², w tym trzy koordynowane przez Centralę ZUS. Głównymi odbiorcami ww. działań byli uczniowie i studenci, świadczeniobiorcy, przedsiębiorcy oraz nauczyciele. Żadna z tych akcji nie dotyczyła bezpośrednio prewencji rentowej oraz nie była wyłączną inicjatywą Oddziału.

W toku organizacji działań promocyjno-informacyjnych Oddział współpracował m.in. z Urzędem Skarbowym w Czechowicach Dziedzicach, Polskim Związkiem Emerytów i Rencistów Oddziałem Okręgowym w Bielsku-Białej, Państwową Inspekcją Pracy, Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, oraz jedną organizacją związków zawodowych. Skuteczność prowadzonych działań oceniano w oparciu o wyniki rozdawanych na szkoleniach ankiet jakościowych, w których ankietowani oceniali m.in. przydatność szkolenia, sposób prezentacji i przekazania wiedzy, organizację szkolenia.

(akta kontroli str. 49-62)

5. W latach 2017-2019 koszty dotyczące funkcjonowania Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji, w tym działalności związanej z orzekaniem w sprawach rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, wyniosły, odpowiednio: 2 648,5 tys. zł, 2 386,7 tys. zł, 2 884,1 tys. zł. Najwyższe koszty stanowiły wynagrodzenia osobowe:

- w 2017 r. 1 997,0 tys. zł, z tego pracownicy obsługi 906,3 tys. zł, lekarze 1 090,7 tys. zł,

¹¹ W 2018 r. przeznaczono na ten cel 1 461 zł.

¹² W 2019 r. przeznaczono na ten cel 637 zł.

- w 2018 r. 1 821,4 tys. zł, z tego pracownicy obsługi 723,6 tys. zł, lekarze 1 097,7 tys. zł,
- w 2019 r. 2 240,0 tys. zł, z tego pracownicy obsługi 878,0 tys. zł, lekarze 1 362,0 tys. zł.

Istotną pozycją kosztów związanych z wydawaniem orzeczeń były składki na ubezpieczenia społeczne, które w latach 2017-2019 wyniosły odpowiednio: 316,5 tys. zł, 301,2 tys. zł, 359,2 tys. zł.

(akta kontroli str. 63)

Ponadto w latach 2017-2019 ponoszone były – wynoszące, odpowiednio: 271,0 tys. zł, 275,0 tys. zł i 291,0 tys. zł - koszty zakupu usług zdrowotnych na rzecz osób ubiegających się o świadczenia rentowe, koszty wynagrodzeń lekarzy i psychologów w ramach umów cywilnoprawnych za przeprowadzone badania i wydawane opinie oraz zwroty kosztów dojazdu ubezpieczonym wzywanych na badania.

Środki zaplanowane na ww. trzy kategorie kosztów były wykorzystane w 2018 r. w 82%, a w 2019 r. w 78%, co, jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału, było spowodowane zaplanowaniem na 2018 r. i 2019 r. środków z uwzględnieniem zwykłej tendencji zanotowanej w I kw. roku poprzedniego, ponadto na 2019 r. zwiększono plan z uwagi na nowe zadanie w 2019 r. dotyczące świadczeń dla osób z niepełnosprawnością. Plan na rok 2020 wynosił 297,0 tys. zł.

(akta kontroli str. 14-15, 63,74-77,92)

6. W latach 2018-2019 w Oddziale przeprowadzono 13 kontroli, z których żadna nie obejmowała tematyki dotyczącej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. W Oddziale w 2019 r. Departament Prewencji i Rehabilitacji ZUS przeprowadził jednakże zdalną kontrolę pn. *„Kontrola prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej i rozpatrywaniem wniosków o świadczenia zdrowotne”*, w wyniku której nie stwierdzono uchybień. Poprzednia taka kontrola miała miejsce w 2017 r., a w jej wyniku stwierdzono m.in., że liczba dni od daty wydania orzeczenia do daty założenia sprawy w aplikacji WL¹³ wynosiła od 2-5 dni, podczas gdy sprawy powinny być zakładane codziennie oraz że w 12 sprawach korespondencja (pisma) związana z udzielaniem informacji na temat wydania decyzji przyznającej świadczenie była poza właściwą dla sprawy teczką (PRL¹⁴). Zalecenia pokontrolne Oddział zrealizował do 31 stycznia 2018 r.

(akta kontroli str. 34-48)

W 2018 r. do Oddziału wpłynęło 14 skarg, a w 2019 r. 24 skargi ubezpieczonych, z czego tylko jedna skarga (z dnia 26 stycznia 2019 r.) dotyczyła nieskutecznego ubiegania się o skierowanie na prewencję rentową. Pismem z dnia 8 lutego 2019 r. Dyrektor Oddziału poinformował skarżącego o zasadności skargi w związku nieudzieleniem ubezpieczonemu prawidłowej informacji oraz o możliwości złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, jednakże skarżący nie podjął tych działań.

(akta kontroli str. 25-33)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W przypadku jedenastu spośród szesnastu pracujących w latach 2018-2019 lekarzy, (w tym dwóch zatrudnionych w latach 2018-2019 na stanowisku zastępcy

¹³ Aplikacja pn. „Wspomaganie prewencji”.

¹⁴ Skrót oznacza teczkę „Prowadzenie Rehabilitacji Leczniczej”.

Głównego Lekarza Orzecznika) nie udokumentowano odbycia szkolenia określonego w § 11 ust. 1 pkt 2 w związku z § 13 ust. 3 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, tj. odbycia szkolenia w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS. Ponadto jeden lekarz, z którym nawiązano stosunek pracy w okresie objętym kontrolą orzekał zanim ukończył szkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS. Jak ustalono lekarz ten wydawał orzeczenia w dniach: 4, 10, 11, 17 października 2019 r., tj. zanim ukończył szkolenie w dniu 18 października 2019 r.

Dyrektor Oddziału nie wyjaśnił przyczyn nieudokumentowania szkoleń odbytych przez pracujących w Oddziale w okresie objętym kontrolą lekarzy. Wyjaśnił natomiast m.in., że „zatrudnieni lekarze orzecznicy odbyli wymagane przeszkolenie przystanowiskowe nadzorowane przez Głównego Lekarza Orzecznika, natomiast nie dysponujemy dokumentacją, która to potwierdza. Po wymaganym okresie nauki i bezpośrednio po dopuszczeniu do orzekania przez Głównego Lekarza Orzecznika lekarze orzecznicy byli nadzorowani oraz wspierani przez przełożonych. Ponadto, lekarze orzecznicy odbywali szkolenia doskonalące dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników organizowane przez Centralę ZUS.

Po wprowadzeniu zmian programowych do szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników, przyjmowani na to stanowisko lekarze odbywali również szkolenia w formie e-learningowej. Nie było takiej potrzeby, aby przeprowadzać to szkolenie dla pracujących już wcześniej doświadczonych lekarzy orzeczników.”

Z kolei odnośnie dopuszczenia do orzekania, zanim lekarz ukończył ww. szkolenie, Dyrektor Oddziału oraz Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnili, że „(...) lekarz specjalista chirurgii ogólnej została zatrudniona ponownie, po przerwie na stanowisko lekarza orzecznika od 1 października 2019 r. Wcześniej pracowała na tym stanowisku od 1 października 2010 r. do 2 października 2016 r. Nie było potrzeby, aby ponownie przeprowadzać wszystkie wymagane szkolenia dla nowoprzyjętych lekarzy orzeczników przed dopuszczeniem lekarza do orzekania. Od 3 do 4 października 2019 r. (...) odbyła przypominające szkolenie przystanowiskowe i została dopuszczona do orzekania przez Głównego Lekarza Orzecznika. Ponadto odbyła dodatkowo przypominające szkolenie e-learningowe od 3 do 18 października 2019 r.”.

NIK, odnosząc się do złożonych wyjaśnień, podkreśla, że zgodnie z wymogami określonymi w § 11 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, lekarz orzecznik powinien ukończyć przeszkolenie w zakresie przewidzianym przez Prezesa ZUS, czego w przypadku jedenastu orzekających lekarzy orzeczników nie udokumentowano, zaś jeden spośród tych, którzy odbyli takie szkolenie, zaczął orzekać zanim formalnie je ukończył. Ponadto wskazać należy, że zgodnie z poleceniem Dyrektora Departamentu Spraw Pracowniczych ZUS, zawartym w piśmie datowanym na 4 marca 2013 r. Dyrektorzy Oddziałów zobowiązani byli do objęcia takim szkoleniem wszystkich zatrudnionych lekarzy, którzy na tamten moment nie posiadali takiego szkolenia. W związku z czym należało wówczas zweryfikować, który z lekarzy odbył już takie szkolenie, a który nie, i ci którzy go nie odbyli, powinni byli zostać skierowani do jego odbycia. Wystawianie zaświadczeń o odbyciu ww. szkolenia było w gestii dyrektora danego oddziału ZUS.

W trakcie kontroli Dyrektor Oddziału nie udokumentował jednakże odbycia takiego szkolenia przez 11 spośród 16 pracujących w okresie objętym kontrolą lekarzy. Zgodnie w postanowieniami pkt. 8 Programu szkolenia, wskazanego w ww. piśmie z 4 marca 2013 r., stosowne zaświadczenia o odbytych szkoleniach powinny zostać wydane przez Głównego Lekarza Orzecznika i Dyrektora Oddziału.

Wobec braku ww. zaświadczeń należy stwierdzić, że powyższy wymóg udokumentowania odbytego szkolenia nie został zrealizowany, tym samym nie można potwierdzić faktycznego przeszkolenia tych lekarzy.

(akta kontroli str. 109-119, 388-555)

2. W przypadku wszystkich pięciu naborów¹⁵ na stanowisko lekarza orzecznika, gdzie wpłynęła co najmniej jedna oferta, nie upowszechniono niezwłocznie listy kandydatów, którzy spełniali wymagania formalne określone w ogłoszeniu o naborze, bowiem listy te opublikowano w BIP po 28, 33, 49, 53 i 56 dniach po upływie terminu do składania ofert, co było niezgodne z art. 74d ust. 1 ustawy o sus. Zgodnie z przywołanym przepisem, po upływie terminu do składania dokumentów określonego w ogłoszeniu o naborze niezwłocznie upowszechnia się listę kandydatów, którzy spełniają wymagania formalne określone w ogłoszeniu o naborze, przez umieszczenie jej w miejscu powszechnie dostępnym w jednostce organizacyjnej, w której jest prowadzony nabór, a także przez opublikowanie jej w Biuletynie Informacji Publicznej.

Jako przyczynę powyższej nieprawidłowości Dyrektor Oddziału wskazał niedopatrzenie pracownika.

(akta kontroli str. 107, 113-119)

3. W przypadku pięciu naborów¹⁶ na stanowisko lekarza orzecznika, nie upowszechniono informacji o wyniku naboru w terminie 14 dni od dnia zatrudnienia wybranego kandydata albo zakończenia naboru (w przypadku gdy w jego wyniku nie doszło do zatrudnienia żadnego kandydata). Jak ustalono, w przypadkach dwóch naborów w wyniku których zatrudniono osobę, listę tą opublikowano w BIP oraz w siedzibie Oddziału po 19 dniach od dnia zatrudnienia. W dwóch naborach, w których nie wpłynęła żadna oferta, informację o ich zakończeniu upowszechniono po 17 dniach, a w jednym po 43 dniach od dnia zakończenia naboru. Zgodnie z art. 74f ust. 1 ustawy o sus informację o wyniku naboru upowszechnia się w terminie 14 dni od dnia zatrudnienia wybranego kandydata albo zakończenia naboru, w przypadku gdy w jego wyniku nie doszło do zatrudnienia żadnego kandydata.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że „Opublikowanie 20.11.2019 r. informacji o zatrudnionych od 1.11.2019 r. kandydatach spowodowane było nieplanowaną nieobecnością osoby odpowiedzialnej za publikację ogłoszeń. Po powrocie do pracy nieobecnej osoby i wychwyceniu opóźnienia, wyniki naboru zostały niezwłocznie opublikowane. W przypadku 3-dniowych opóźnień w opublikowaniu informacji o zakończeniu bezskutecznych naborów nr 728052 oraz 725552, wynikało to z niedopatrzenia pracownika odpowiedzialnego za publikację wyników naboru. W przypadku naboru 749758 z uwagi na zamrożenie wszystkich rekrutacji w Zakładzie spowodowane zagrożeniem koronawirusem, Oddział wstrzymał publikację ogłoszeń oczekując na dalsze dyspozycje z Centrali Zakładu. Po otrzymaniu informacji o konieczności zamknięcia, anulowania lub zawieszenia wszystkich opublikowanych ogłoszeń o pracę, Oddział niezwłocznie zamknął nabór i opublikował informację o jego bezskuteczności. Osobą odpowiedzialną za terminową publikację ogłoszeń o pracę jest pracownik zatrudniony na stanowisku ds. realizacji polityki kadrowej. Z uwagi na reorganizację wydziału w okresie od 1.01.2018 r. do nadal na ww. stanowisku pracowały kolejno cztery osoby. (...)”.

(akta kontroli str. 107, 113-119)

4. W przypadku jednego naboru na stanowisko lekarza orzecznika¹⁷ wyznaczony przez Oddział termin do składania ofert wyniósł trzy dni licząc od publikacji

¹⁵ Ogłoszenie o naborze nr: 735940; 747688; 744933; 718082, 747075.

¹⁶ Ogłoszenie o naborze nr: 735940; 747688; 728052; 725552; 749758.

¹⁷ Ogłoszenie o naborze nr 735940 opublikowane 25 czerwca 2019 r.

ogłoszenia, co było niezgodne z art. 74c ustawy o sus stanowiącym, że termin do składania dokumentów określony w ogłoszeniu o naborze nie może być krótszy niż 14 dni od dnia opublikowania tego ogłoszenia w Biuletynie Informacji Publicznej.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że „Ogłoszenie o naborze nr 735940 opublikowano 25.06.2019 r. Data przyjmowania dokumentów została błędnie wprowadzona do Systemu i ustawiona na 28.06.2019 r. – powinno być do 31.07.2019 r.”.

Zdaniem NIK, podając błędnie skrócony termin na złożenie ofert Oddział wprowadził potencjalnych kandydatów w błąd, a jednocześnie na swoją niekorzyść ograniczył skuteczność tego naboru.

(akta kontroli str. 107, 113-119, 388-555)

OCENA CZĄSTKOWA

Mimo niepełnej obsady etatów na stanowisku lekarza orzecznika, Oddział realizował zadania w zakresie rehabilitacji leczniczej w sposób terminowy z zachowaniem wewnętrznych regulacji (procedur) dotyczących wydawania orzeczeń w tym zakresie. Orzekający lekarze orzecznicy posiadali odpowiednie wykształcenie medyczne i posiadali specjalizację lekarską II stopnia, jednakże - w odniesieniu do 11 z 16 pracujących w Oddziale w okresie objętym kontrolą lekarzy orzeczników - nie udokumentowano odbycia przez nich przeszkolenia w zakresie określonym przez Prezesa ZUS, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, a jeden z lekarzy orzekał przed ukończeniem takiego szkolenia. Wszystkie ogłoszenia o naborze zamieszczono w Biuletynie Informacji Publicznej oraz w miejscu powszechnie dostępnym w Oddziale, a termin od publikacji ogłoszenia do składania ofert nie był krótszy niż 14 dni (poza jednym przypadkiem, w którym nie dochowano tego terminu), co było zgodne z art. 74a ust. 2 i art. 74c ustawy o sus. W toku pięciu naborów nie upowszechniono niezwłocznie listy kandydatów, którzy spełniali wymagania formalne określone w ogłoszeniu o naborze. Również w pięciu naborach nie upowszechniono informacji o ich wynikach w terminie 14 dni od dnia zatrudnienia wybranego kandydata albo zakończenia naboru, w przypadku gdy w jego wyniku nie doszło do zatrudnienia żadnego kandydata. Powyższe działania były niezgodne z art. 74d ust. 1 oraz art. 74f ust. 1 ustawy o sus.

Oddział, stosownie do występujących potrzeb oraz zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy o sus, zawierał z lekarzami i psychologami umowy dotyczące zlecenia badań i konsultacji oraz sporządzania z nich opinii, a wykonawcy posiadali specjalizację stosownie do wymogów określonych w Załączniku nr 9 do Procedury 9.1. Wydawania orzeczeń.

W okresie objętym kontrolą Oddział przeprowadził łącznie 67 akcji promocyjnych dotyczących działalności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz systemu ubezpieczeń, których łączny koszt wyniósł 2,1 tys. zł.

Istotne koszty dotyczące funkcjonowania Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego, obejmujące m.in. wynagrodzenia lekarzy orzeczników oraz zakup badań i opinii wydawanych przez lekarzy i psychologów w ramach umów cywilnoprawnych, wzrosły z 2 661,7 tys. zł w 2018 r. do 3 175,1 tys. zł w 2019 r., tj. o 19,3%, co jednakże miało związek ze znaczącym wzrostem w tym okresie liczby wydanych orzeczeń z 16 866 do 21 056, tj. o 24,8%.

2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

Opis stanu
faktycznego

1. Na podstawie szczegółowej analizy 18 spraw, w których odmówiono skierowania na rehabilitację leczniczą¹⁸ stwierdzono, że w każdym przypadku wniosek złożyła osoba zainteresowana, która została pisemnie powiadomiona o sposobie załatwienia wniosku, co zgodne było z § 4 pkt 4 rozporządzenia Rady Ministrów sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą. Średni czas wydania orzeczenia wyniósł 35,1 dnia, 16 orzeczeń zostało wydanych w terminie do 30 dni, zaś w dwóch przypadkach od wpływu wniosku do wydania orzeczenia upłynęło 48 i 50 dni. W toku tych dwóch postępowań Oddział wystosował wezwania do podmiotów medycznych o przesłanie dokumentacji medycznej wnioskodawców, co opóźniło rozpatrzenie tych spraw o miesiąc. Na okoliczności te Oddział nie miał wpływu.

(akta kontroli str. 122-174, 382-386)

Wnioskodawcy, którym odmówiono skierowania na rehabilitację w ciągu roku przed złożeniem wniosku przebywali od 0 do 366 dni na świadczeniach (średnio 212 dni) i w tym czasie wypłacono im łącznie 316 166 zł świadczeń z tytułu ubezpieczeń społecznych (średnio po 17 565 zł). Z kolei w ciągu roku po odmowie skierowania na rehabilitację leczniczą, osoby te przebywały od 0 do 365 dni na świadczeniach (średnio 237 dni) i wypłacono im w tym okresie łącznie 354 690 zł świadczeń z tytułu ubezpieczeń społecznych (średnio 19 705 zł).

Osobom tym odprowadzono składki na ubezpieczenie społeczne i rentowe w ciągu roku przed złożeniem wniosku w łącznej wysokości 151 196 zł (średnio 8 400 zł, przy czym najwyższa składka wynosiła 27 979 zł, a najmniejsza 0), zaś w ciągu roku po odmowie łączna kwota odprowadzonych składek wyniosła 101 765 zł (średnio 5 654 zł, przy czym najwyższa składka 23 094 zł, a najmniejsza 0 zł). W badanej grupie 18 osób 11 w ciągu roku po odmowie miało odprowadzane składki z tytułu ubezpieczenia społecznego i rentowego, a pozostałe siedem osób nie zostało zgłoszonych do takiego ubezpieczenia.

(akta kontroli str. 122-174, 382-386)

Od żadnej odmowy nie wniesiono odwołania, mimo poinformowania wnioskodawców o takiej możliwości. Wszystkie orzeczenia o odmowie skierowania na rehabilitację leczniczą były zasadne, procedowane były zgodnie z ww. rozporządzeniem jak i wewnętrzną procedurą do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*. 16 z 18 orzeczeń zostało wydanych przez lekarza orzecznika, którego specjalizacja odpowiadała typowi schorzenia.

(akta kontroli str. 122-174, 382-386)

2. Na próbie 72 orzeczeń pozytywnych wydanych w 2018 r.¹⁹ przez Oddział ustalono, że wydawanie orzeczeń o potrzebie rehabilitacji było zgodne z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz Procedurą do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*. Kierowanie osób na rehabilitację leczniczą do ośrodków rehabilitacyjnych również było zgodne z przepisami ww. rozporządzenia i procedurami. Skierowania na turnusy rehabilitacyjne w zakresie miejsca i terminu były emitowane z uwzględnieniem dostępnych ośrodków i preferencji ubezpieczonych. W wyniku analizy 72 spraw ubezpieczonych skierowanych na turnus, stwierdzono, że 36 wniosków zostało złożonych przez ubezpieczonych, a kolejne 36 przez lekarza

¹⁸ Wybranych w sposób losowy 18 spraw z 2018 r., w których wnioski wpłynęły i zostały rozpatrzone w tym roku.

¹⁹ Wybranych w sposób losowy 72 spraw z 2018 r., w których wnioski wpłynęły (bądź wystawił je lekarz orzecznik), zostały rozpatrzone oraz osoba skierowana zakończyła turnus rehabilitacyjny w tym roku.

orzecznika w związku z przyznanymi wcześniej ubezpieczonym świadczeniami rentowymi lub rehabilitacyjnymi.

Odsetek wydanych przez lekarzy orzeczników orzeczeń, skontrolowanych przez Głównego Lekarza Orzecznika, wyniósł w badanej próbie 90 spraw 67,8% - kontrolą objęto 12 odmów i 49 orzeczeń kierujących na rehabilitację, co zgodne było z Procedurą 9.1.

Analiza dokumentacji próby 18 ubezpieczonych ubiegających się o turnus w ramach prewencji przedrentowej, którzy nie korzystali wcześniej ze świadczenia związanego z danym schorzeniem wykazała, że średni okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację do wydania orzeczenia wyniósł 15,9 dnia (najdłuższy 28 dni, najkrótszy 10 dni), średni okres od wydania orzeczenia do jego emisji wyniósł 13,7 dnia (najdłuższy 18 dni, najkrótszy 2 dni), średni okres od złożenia wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 153 dni (najdłuższy 208 dni, najkrótszy 89 dni), średni okres od daty emisji orzeczenia do rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 124 dni (najdłuższy 168 dni, najkrótszy 74 dni). Ubezpieczeni w roku przed odbyciem turnusu przebywali na świadczeniach z tytułu innych schorzeń od 0 do 92 dni, tj. średnio 13 dni, w tym czasie wypłacono inne świadczenia w wysokości od 0 do 5 909 zł, średnio 996 zł. Pobrane w tym okresie składki wynosiły od 3 809 zł do 29 248 zł, średnio 12 640 zł, w tym składki rentowe wynosiły od 981 zł do 7 572 zł, tj. średnio 3 229 zł. W okresie jednego roku po przebytych turnusie ubezpieczeni przebywali na świadczeniach od 0 do 122 dni, tj. średnio 27 dni, wypłacono im w tym okresie świadczenia w wysokości od 0 do 17 594 zł, tj. średnio 2 375 zł. Składki pobrane w ciągu tego roku wyniosły od 4 653 zł do 21 290 zł, tj. średnio 11 696 zł, w tym składki rentowe wynosiły od 1 203 zł do 5 512 zł, tj. średnio 3 032 zł.

Analiza dokumentacji próby 18 ubezpieczonych ubiegających się o skierowanie na turnus w ramach prewencji przedrentowej, którzy korzystali wcześniej ze świadczenia związanego z danym schorzeniem wykazała, że średni okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację do wydania orzeczenia wyniósł 16,4 dnia (najdłuższy 27 dni, najkrótszy 4 dni), średni okres od wydania orzeczenia do jego emisji wyniósł 13,7 dnia (najdłuższy 30 dni, najkrótszy 0 dni), średni okres od złożenia wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 159 dni (najdłuższy 209 dni, najkrótszy 38 dni), średni okres od daty emisji orzeczenia do rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 129 dni (najdłuższy 194 dni, najkrótszy 20 dni). Osoby te w roku przed odbyciem turnusu przebywali na świadczeniach związanym z ich schorzeniem od 4 do 319 dni, tj. średnio 125 dni. W tym czasie wypłacono im świadczenia w wysokości od 509 zł do 20 631 zł, tj. średnio 9 273 zł. Pobrane w tym okresie składki wynosiły od 2 022 zł do 36 626 zł, średnio 12 133 zł, w tym składki rentowe wynosiły od 509 zł do 8 799 zł, tj. średnio 3 086 zł. W okresie jednego roku po przebytych turnusie ubezpieczeni przebywali na świadczeniach od 0 do 365 dni, tj. średnio 102 dni, wypłacono im w tym okresie świadczenia w wysokości od 0 do 36 371 zł, tj. średnio 8 700 zł. Składki pobrane od ubezpieczonych kontynuujących zatrudnienie w ciągu tego roku wyniosły od 2 886 zł do 39 513 zł, tj. średnio 14 512 zł, w tym składki rentowe wynosiły od 793 zł do 9 493 zł, tj. średnio 3 688 zł.

Analiza dokumentacji próby 18 ubezpieczonych korzystających ze świadczenia rehabilitacyjnego skierowanych na turnus przez lekarza orzecznika wykazała, że średni okres od wydania orzeczenia do jego emisji wyniósł 14,8 dnia (najdłuższy 24 dni, najkrótszy 14 dni), średni okres od daty emisji orzeczenia do rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 102 dni (najdłuższy 135 dni, najkrótszy 35 dni). Osoby te w roku przed odbyciem turnusu przebywały na świadczeniu z ubezpieczenia od 299 do 365 dni, tj. średnio 352 dni, w tym czasie wypłacono inne świadczenia w wysokości od 14 587 do 50 129 zł, średnio 24 831 zł. Pobrane w tym okresie składki wynosiły od

104 zł do 4 266 zł, średnio 1 015 zł, w tym składki rentowe wynosiły od 25 zł do 1 113 zł, tj. średnio 260 zł. W okresie jednego roku po przebytych turnusie osoby te przebywały na świadczeniach od 5 do 365 dni, tj. średnio 117 dni, wypłacono im w tym okresie świadczenia w wysokości od 430 do 34 346 zł, tj. średnio 8 039 zł. Składki pobrane w ciągu tego roku wyniosły od 427 zł do 18 404 zł, tj. średnio 5 810 zł, w tym składki rentowe wynosiły od 108 zł do 4 726 zł, tj. średnio 1 486 zł. Od dwóch osób w tej grupie nie wpływały składki (ustanie zatrudnienia i renta).

Analiza próby 18 ubezpieczonych będących na rencie w momencie skierowania przez lekarza orzecznika na turnus, wykazała, że średni okres od wydania orzeczenia do jego emisji wyniósł 12,8 dnia (najdłuższy 21 dni, najkrótszy 0 dni), średni okres od daty emisji orzeczenia do rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 128 dni (najdłuższy 200 dni, najkrótszy 74 dni). 17 ubezpieczonych w roku przed odbyciem turnusu przebywało na rencie okresowej, a jeden na rencie stałej. Na świadczeniu tym przebywali cały rok (365 dni). W tym czasie wypłacono im świadczenia z ubezpieczenia społecznego w przedziale od 9 116 do 23 956 zł, średnio 15 646 zł za okres roku. Pobrane w tym okresie składki wynosiły od 0 zł do 11 496 zł, średnio 2 511 zł, w tym składki rentowe od 0 zł do 2 973 zł, tj. średnio 643 zł. W okresie jednego roku po przebytych turnusie ubezpieczeni przebywali na świadczeniach od 15 do 365 dni, tj. średnio 298 dni, wypłacono im w tym okresie świadczenia w wysokości od 638 zł do 24 714 zł, średnio po 13 951 zł. Składki pobrane w ciągu tego roku²⁰ wyniosły od 0 zł do 24 459 zł, średnio 3 959 zł, w tym składki rentowe wynosiły od 0 zł do 6 326 zł, tj. średnio 1 021 zł. W badanej grupie 10 osób wyłącznie pobierało rentę, a osiem osób łączyło ją z zatrudnieniem lub działalnością gospodarczą.

Spośród 72 orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej w systemie stacjonarnym (tj. na turnusie) w 66 przypadkach orzeczenie zostało wydane przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia stanowiącym przedmiot leczenia na turnusie.

W 10 przypadkach wydania skierowań oraz w dwóch przypadkach odmownych orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydali lekarze o innej specjalności²¹, tj.:

- w odniesieniu do siedmiu osób ze schorzeniami narządów ruchu – lekarze ze specjalnościami: chorób płuc lub chorób wewnętrznych,
- w odniesieniu do jednej osoby ze schorzeniami układu nerwowego – lekarz ze specjalnością chorób płuc,
- w odniesieniu do jednej osoby ze schorzeniami układu krążenia – lekarz ze specjalnością ortopedii i traumatologii,
- w odniesieniu do jednej osoby ze schorzeniami onkologicznymi – lekarz neurolog.

W pięciu przypadkach lekarze orzecznicy skorzystali z możliwości wykonania dodatkowych opinii specjalistycznych o stanie zdrowia ubezpieczonych.

(akta kontroli str. 175-386)

Jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału, zgodnie z zasadą wynikającą z Procedury do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*, w brzmieniu obowiązującym od kwietnia 2017 r., Główny Lekarz Orzecznik lub jego zastępca podejmowali decyzję o losowym przydziale sprawy poszczególnym lekarzom orzecznikom, natomiast w sytuacjach uzasadnionych mogli oni wyznaczyć lekarza orzecznika do rozpatrzenia sprawy w szczególności z uwagi na posiadaną specjalizację, znajomość języków obcych, jeśli jest ona niezbędna do rozpatrzenia sprawy lub doświadczenie orzecznicze

²⁰ Wpływały z tytułu zatrudnienia lub działalności gospodarczej 8 osób.

²¹ I jednocześnie nie zlecono badania specjalistycznego.

w rozpatrywaniu szczególnie skomplikowanych pod względem orzecznictwem. Wyjaśnił także, że ze względu na posiadaną obsadę stanowisk lekarzy orzeczników nie ma możliwości kierowania wszystkich spraw do orzekania przez lekarza orzecznika zgodnie z typem dominującego schorzenia, a lekarze orzecznicy, poza wiedzą z zakresu posiadanej specjalizacji medycznej posiadali również wiedzę dotyczącą innych schorzeń wystarczającą do orzekania w tych przypadkach.

(akta kontroli str. 113, 115-116)

3. Na 72 zbadane przypadki osób zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, 59 osób (81,9%) skierowanych do ośrodków rehabilitacyjnych wykazało poprawę stanu zdrowia po zakończonym turnusie. W pozostałych 13 przypadkach (18,1%) osoby skierowane nie zauważyły zmian w stanie zdrowia, nie wystąpiły przypadki pogorszenia stanu zdrowia. Najwyższy odsetek osób, które nie zauważyły zmian w stanie zdrowia dotyczył siedmiu (38,9%) ubezpieczonych przebywających na wielomiesięcznych świadczeniach rehabilitacyjnych.

Analiza próby 72 ubezpieczonych skierowanych na turnus rehabilitacyjny pod kątem ich aktywności zawodowej po upływie roku od zakończenia turnusu wykazała, że:

- w grupie 18 ubezpieczonych, którzy w okresie jednego roku przed skierowaniem na turnus nie korzystali ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego w związku ze schorzeniami, na które byli leczeni w ramach prewencji rentowej, po upływie roku od zakończenia turnusu wszystkie osoby zachowały status aktywnych zawodowo: 17 osób było zgłoszonych do ubezpieczenia społecznego przez pracodawców (jedna z nich nabyła prawo do emerytury, kolejna przeszła na korzystanie ze świadczenia chorobowego po ustaniu stosunku pracy), a jedna osoba była zgłoszona z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej;
- w grupie 18 ubezpieczonych, którzy w okresie jednego roku przed skierowaniem na turnus przebywali na świadczeniach na wypadek choroby, w okresie roku po ukończeniu turnusu: dwie osoby cały rok (odpowiednio 358 i 365 dni) przebywały na świadczeniach z ubezpieczenia społecznego (zasiłku chorobowym lub świadczeniu rehabilitacyjnym), osiem osób było zatrudnionych i jednocześnie w niewielkim zakresie (od zera do 21 dni, średnio przez 7 dni w roku) korzystało ze świadczeń ubezpieczenia społecznego, osiem osób było zatrudnionych i jednocześnie w istotnym zakresie (od 48 do 211 dni w roku, średnio przez 133 dni w roku) korzystało ze świadczeń ubezpieczenia społecznego;
- w grupie 18 osób przebywających na świadczeniu rehabilitacyjnym w momencie kierowania na turnus, po upływie jednego roku od jego zakończenia: dwie osoby przebywały cały rok na rencie²², pięć osób było zgłoszonych do ubezpieczenia przez pracodawców lub z tytułu działalności gospodarczej, jednakże większość czasu przebywały na świadczeniach (odpowiednio: 162, 177, 231, 275 i 295 dni), pięć osób posiadało status zatrudnionych, lecz na świadczeniach przebywali w mniejszym zakresie (od 5 do 77 dni, średnio 35 dni w roku), a sześć osób, którym ustało zatrudnienie przebywało na świadczeniach od 10 do 125 dni, średnio przez 46 dni;
- w grupie 18 osób przebywających na rencie okresowej w momencie skierowania na turnus rehabilitacyjny, 17 osób po upływie roku od zakończenia turnusu nadal przebywało na rencie okresowej, a jedna osoba na rencie stałej. W grupie tej nie zmieniła się liczba ośmiu ubezpieczonych, którzy jednocześnie oprócz renty mieli odprowadzane składki z tytułu wykonywania pracy lub

²² W wydanych przez ośrodki rehabilitacyjne opiniach stwierdzono, że stan zdrowia tych dwóch osób nie uległ zmianie.

działalności gospodarczej. W stosunku do 14 osób opinie lekarskie wydane po zakończeniu rehabilitacji wskazywały na poprawę stanu funkcjonalnego, a w stosunku do czterech – o braku zmian w stanie zdrowia.

(akta kontroli str. 382-386)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Wszystkie skontrolowane orzeczenia (90 spraw) wydano zgodne 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 był losowy, niezależny od ich specjalizacji, co wynikało z obowiązującej procedury. W dziesięciu 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 zbadanej próbie lekarze orzecznicy w pięciu przypadkach skorzystali z możliwości wykonania dodatkowych opinii specjalistycznych o stanie zdrowia ubezpieczonych.

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. Udział w rehabilitacji leczniczej nie wpłynął na poprawę aktywności zawodowej 18 osób będących na rencie w momencie skierowania na turnus - wszystkie osoby pozostały na rencie w roku, jaki upłynął po zakończeniu rehabilitacji. Zaś w grupie 18 osób przebywających w momencie kierowania na turnus rehabilitacyjny na świadczeniu rehabilitacyjnym, w roku po jego zakończeniu dwie osoby uzyskały prawo do renty, a sześć przebywało na świadczeniach z ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby przez znaczną część roku (średnio 228 dni).

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 skrócił się z ok. 211 dni do ok. 139 dni. Najbardziej widoczny spadek liczby dni przebywania na świadczeniach dotyczył ubezpieczonych przebywających na świadczeniu rehabilitacyjnym (z 353 dni do 117 dni²³).

Zdaniem NIK, na skuteczność rehabilitacji leczniczej, wpływ mógł mieć stosunkowo długi okres oczekiwania na rehabilitację leczniczą. We wszystkich badanych grupach osób od momentu emisji skierowania do dnia rozpoczęcia rehabilitacji upłynęło więcej niż 101 dni.

W próbie skontrolowanych 72 skierowań na turnus rehabilitacyjny 59 osób (81,9%) wykazało poprawę stanu zdrowia po zakończonym turnusie, a w pozostałych 13 przypadkach (18,1%) osoby skierowane nie zauważyły zmian w stanie zdrowia.

²³ W tej grupie ubezpieczonych pozytywny trend wykazały także dane o wzroście średniej kwoty odprowadzonych składek za rok po zakończeniu turnusu z 1 015 zł do 5 810 zł oraz spadek średniej wartości wypłaconych za okres roku świadczeń z 24 831 zł do 8 039 zł.

Ponadto 51 z 72 osób (71%), które odbyły turnus, w ciągu roku od jego zakończenia było aktywnych zawodowo, co wynikało z odnotowanych w systemie zgłoszeń o ubezpieczenia społecznego i odprowadzonych składek.

IV. Wnioski

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

Wnioski

- 1. Dokumentowanie odbycia przez lekarzy orzeczników przeszkolenia, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.**
- 2. Zapewnienie w toku prowadzonych naborów na lekarzy orzeczników terminowego upowszechniania listy kandydatów, którzy spełniali wymagania formalne określone w ogłoszeniu o naborze oraz informacji o wyniku naboru albo jego bezskutecznym zakończeniu oraz wyznaczania terminu do składania dokumentów nie krótszego niż 14 dni od dnia opublikowania ogłoszenia o naborze.**

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 wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Katowice, dnia 25 września 2020 r.

Kontroler
Piotr Graca

Gł. specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach