



**NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI**  
Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny

KPS.410.003.01.2020

Pani  
Prof. Gertruda Uścińska  
Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych  
ul. Szamocka 3,5  
01-748 Warszawa

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

tekst jednolity po uwzględnieniu zmian wprowadzonych uchwałą Zespołu Orzekającego Komisji  
Rozstrzygającej Najwyższej Izby Kontroli z dnia 17 grudnia 2020 r.

P/20/040 – Rehabilitacja lecznicza realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach  
prewencji rentowej

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zakład Ubezpieczeń Społecznych Centrala w Warszawie, ul. Szamocka 3,5, 01-748 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Gertruda Uścińska, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, od 11 lutego 2016 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizacja zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym warunki kadrowe i organizacyjne.</li><li>2. Wybór ośrodków rehabilitacyjnych, zawieranie i rozliczanie umów oraz sprawowanie nadzoru nad ich realizacją.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2018-2019. Dla realizacji celów kontroli mogą być wykorzystane dowody sporządzone w latach wcześniejszych oraz w okresie późniejszym, a także dane statystyczne z tych okresów.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Anita Grzechulska-Cioczek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KPS/21/2020 z 22 maja 2020 r.</li><li>2. Anna Rżysko, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KPS/27/2020 z 22 maja 2020 r.</li><li>3. Adrian Przepiórka, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KPS/22/2020 z 22 maja 2020 r.</li></ol>

(akta kontroli str. 1-5)

<sup>1</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

#### Uzasadnienie oceny ogólnej

Rehabilitacja lecznicza prowadzona w ramach prewencji rentowej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (dalej: Zakład lub ZUS) jest skutecznym narzędziem umożliwiającym powrót na rynek pracy lub utrzymanie się na nim, jednak pod warunkiem skutecznego i właściwego jej wdrożenia. Zgodnie z przyjętymi przez ZUS założeniami, program rehabilitacji leczniczej nawiązuje do koncepcji polskiej szkoły rehabilitacji<sup>3</sup>, zakładającą m.in. jej wczesność, powszechność oraz kompleksowość. Zbyt długie oczekiwanie od złożenia wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji leczniczej zmniejsza jej skuteczność, szczególnie w grupie osób pobierających rentę okresową z tytułu czasowej niezdolności do pracy. W konsekwencji bowiem opóźnia to proces odzyskania zdolności do pracy.

Tymczasem w okresie objętym kontrolą wydłużył się średni okres oczekiwania na rehabilitację w większości realizowanych profili leczniczych, a rehabilitacja w profilach innych niż narządów ruchu była realizowana w coraz mniejszym stopniu. Program rehabilitacji leczniczej realizowany przez ZUS w ramach prewencji rentowej nie miał charakteru powszechnego. Obejmował on 11 profili leczniczych dotyczących 248 jednostek chorobowych. Jednostek chorobowych, które nie były objęte profilami rehabilitacji leczniczej było natomiast około 1962.

Nierozwiązanym, a kluczowym problemem jest pogarszająca się sytuacja kadrowa. Zakład, mimo podejmowanych działań, nie zdołał pozyskać wystarczającej liczby lekarzy orzeczników i lekarzy orzeczników – członków komisji lekarskich. Konsekwencją tego było m.in. znaczne skrócenie czasu na wydawanie orzeczeń oraz zalecenie do ich wydawania na podstawie zgromadzonych dokumentów z pominięciem bezpośredniego badania. W ocenie NIK, nie pozostawało to bez wpływu na jakość świadczonych usług, a także zagraża sprawnemu i efektywnemu wykonywaniu ustawowych zadań, na co zresztą zwrócono uwagę w *Oświadczeniu o stanie kontroli zarządczej Prezesa ZUS za rok 2018 i 2019*. W tym kontekście zwrócić należy uwagę na malejącą liczbę przypadków identyfikowania przez lekarzy orzeczników osób wymagających rehabilitacji leczniczej w trakcie orzekania o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego.

Zasadniczym celem rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ramach prewencji rentowej ZUS jest przywrócenie ubezpieczonym zdolności do pracy, a wszelkie narzędzia oceniające skuteczność rehabilitacji muszą być ściśle z nim powiązane. Tymczasem kontrola ustaliła, że Zakład nazbyt optymistycznie szacował efektywność rehabilitacji leczniczej, a tym samym skuteczność wykorzystywania środków. Nie wypracowano bowiem metod pozwalających na pełną ocenę efektywności rehabilitacji leczniczej, w tym adekwatności kosztów prowadzonej działalności w stosunku do jej wyników. Dotyczyło to m.in. braku mierników umożliwiających dokonanie oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej, czy też nieuwzględniania w ocenie skuteczności, wyników rehabilitacji leczniczej osiągniętych w ośrodkach rehabilitacyjnych. Szczególnie krytycznie w tym kontekście należy ocenić odchodzenie przez Zakład od ocen podsumowujących skuteczność rehabilitacji leczniczej, w aspekcie odzyskania zdolności do pracy, zawieranych w *Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS*. Zwrócić również należy uwagę na występowanie znacznych różnic opisu efektów rehabilitacji zawartych w ww. *Informacji*, a faktycznym stanem funkcjonalnym ubezpieczonego implikującym dalsze pobieranie świadczeń, po

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>3</sup> Autorem założeń współczesnej rehabilitacji w Polsce jest W. Dega, od 1950 roku pierwszy krajowy specjalista do spraw rehabilitacji. W. Dega i M. Weiss byli inicjatorami programu polskiej szkoły rehabilitacji.

ocenionej jako skutecznej rehabilitacji leczniczej przez jednostkę realizującą konkretny profil rehabilitacji.

Konkursy ofert na usługi rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej przeprowadzone były zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne<sup>4</sup> (dalej: *rozporządzenie* lub *rozporządzenie w sprawie rehabilitacji*). W konkursach na świadczenia usług rehabilitacyjnych dopuszczono możliwość złożenia przez reprezentantów oferentów pełnomocnictwa w formie kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę, na którą pełnomocnictwo zostało wystawione. Z uwagi na istotność tych postępowań właściwym rozwiązaniem byłoby zastrzeżenie do tego rodzaju pełnomocnictwa formy pisemnej. Umowy z ośrodkami rehabilitacyjnymi były zawierane zgodnie z warunkami konkursów, przy czym NIK krytycznie ocenia zapisy umowne dotyczące fakultatywności w naliczaniu kar umownych za nieprzestrzeganie wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych. W ocenie NIK takie zapisy powinny być obligatoryjne aby mogły być skuteczne. Zakład przeprowadzał kontrole w ośrodkach rehabilitacyjnych w zakresie prawidłowości świadczonych usług, kontrole te jednak w znacznym stopniu były prowadzone niezgodnie z uregulowaniami wewnętrznymi zawartymi w Polityce zarządzania w ZUS rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej<sup>5</sup> (*Polityka lub Polityka zarządzania rehabilitacją*).

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Celem prowadzonej przez ZUS rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej jest poprawa stanu funkcjonalnego w stopniu umożliwiającym podjęcie pracy osobom, które w wyniku choroby bądź urazu są zagrożone długotrwałą lub trwałą utratą zdolności do pracy i jednocześnie rokują jej odzyskanie po odbyciu rehabilitacji. Rehabilitacja lecznicza prowadzona przez Zakład opiera się na modelu polskiej szkoły rehabilitacji, która zakłada jej powszechność, kompleksowość, ciągłość oraz wczesne rozpoczęcie.

W 2018 r. Zakład prowadził rehabilitację leczniczą w ramach 10 profili z czego siedem realizowano w trybie stacjonarnym, tj. narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, chorób psychosomatycznych, po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, narządu głosu, narządu ruchu we wczesnych stanach pourazowych. Trzy profile realizowano w trybie ambulatoryjnym, tj. narządu ruchu, układu krążenia, układu krążenia z możliwością rehabilitacji monitorowanej telemedycznie. Powyższe profile rehabilitacji były wprowadzane od 1996 r. zaczynając od chorób narządu ruchu oraz układu krążenia w systemie stacjonarnym.

(akta kontroli: t. I str. 100-145, 178-180, t. II str. 93-94, 100-145, 104, 157, 161, 178-180, 362-365)

W 2019 r. wprowadzono pilotażowo nowy profil w trybie stacjonarnym, tj. schorzenia ośrodkowego układu nerwowego, w oparciu o wytyczne ekspertów wchodzących w skład powołanego w 2018 r. Zespołu konsultacyjnego ds. opracowania pilotażowego programu rehabilitacji leczniczej osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Program rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (dalej: OUN) zawierał: założenia i cele rehabilitacji leczniczej dla osób z uszkodzeniem OUN; kryteria

<sup>4</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 277.

<sup>5</sup> Zarządzenie nr 65 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Polityki zarządzania w ZUS rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej.

kwalifikacji pacjentów z uszkodzeniem OUN; wymogi dotyczące wyposażenia ośrodków rehabilitacyjnych; kwalifikacje i liczbę personelu; estymację kosztów pobytu rehabilitacyjnego; społeczne i ekonomiczne efekty programu rehabilitacji OUN. Z ustaleń kontroli wynika że Program spełniał wymagania określone w § 4 Polityki zarządzania rehabilitacją. W okresie objętym kontrolą nie prowadzono prac w zakresie utworzenia kolejnego profilu rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli: t. I str. 355-365, 378-467)

2. Z ustaleń kontroli wynika, że prowadzona przez ZUS rehabilitacja nie ma charakteru powszechnego<sup>6</sup>. W ramach 11 profili leczniczych obejmuje ona 248 jednostek chorobowych<sup>7</sup>, w tym: profile obejmujące choroby narządu ruchu w systemie stacjonarnym oraz choroby narządu ruchu w systemie ambulatoryjnym obejmują - po 48 jednostek chorobowych; choroby układu krążenia w systemie stacjonarnym oraz ambulatoryjnym – po 18 jednostek chorobowych; choroby układu krążenia w systemie ambulatoryjnym z monitorowaniem telemedycznym – 18 jednostek chorobowych; choroby układu oddechowego – dziewięć jednostek chorobowych; choroby ośrodkowego układu nerwowego – 14 jednostek chorobowych; rehabilitacja po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego – jedna jednostka chorobowa; choroby narządu głosu – osiem jednostek chorobowych; choroby psychosomatyczne – 21 jednostek chorobowych; wczesna powypadkowa rehabilitacja narządu ruchu – 45 jednostek chorobowych. Jednostek chorobowych, które nie są objęte profilami rehabilitacji leczniczej jest około 1962 i należą do nich m.in.: niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze – ok. 200 jednostek chorobowych; nowotwory – ok. 130 jednostek chorobowych; zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – ok. 50 jednostek chorobowych; choroby układu krążenia – ok. 50 jednostek chorobowych; choroby skóry i tkanki podskórnej – ok. 70 jednostek chorobowych; choroby układu oddechowego – ok. 40 jednostek chorobowych; choroby układu moczowo-płciowego – ok. 60 jednostek chorobowych; ciąża, poród i połóg – ok. 70 jednostek chorobowych.

Ustalenia kontroli wskazują na konieczność identyfikacji jednostek chorobowych, w których celowe byłoby wprowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej i ewentualne wprowadzenie dodatkowych profili leczniczych.

(akta kontroli t. II, str. 92-98, 157-158, 162-163, 362-365)

W 2018 r. w strukturze wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy grupami chorobowymi generującymi najwyższe koszty były: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 15,8%; choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 14,3%; choroby układu krążenia – 10%; choroby układu nerwowego – 8,1%; choroby układu oddechowego – 8,5%; nowotwory – 4,7%.

(akta kontroli: t. II str. 92-98)

3. W latach 2017-2019 liczba wydanych orzeczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej zmniejszyła się z 120 794 do 120 655<sup>8</sup>. Orzeczenia wydawane były głównie na

<sup>6</sup> Powszechność - z programu może skorzystać każda ubezpieczona osoba, która w wyniku choroby lub urazu jest zagrożona długotrwałą lub trwałą utratą zdolności do pracy, ale rokuje jej odzyskanie po zastosowaniu kompleksowej rehabilitacji. Aktualizacja podręcznika „Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS”, Rozdział: „Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS”. Trzeci kwartał 2019 r. MAGDALENA BRYŁA, ELŻBIETA SZUPIEŃ, BOŻENA WIERZYŃSKA, IZABELLA NYKA, AGNIESZKA PAWŁOWSKA.

<sup>7</sup> Wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.

<sup>8</sup> Zakład dzieli sposób rozpatrzenia wniosków o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS na: 1) odmowę formalną/przyczyny formalne – sytuacja taka ma miejsce kiedy osoba nie spełnia warunków formalnych do skierowania na rehabilitację leczniczą; 2) potrzebę rehabilitacji – sytuacja taka ma miejsce, gdy u osoby uprawnionej stwierdzono naruszenie sprawności organizmu, które stwarza zagrożenie całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, przy czym osoba taka musi rokować, że po odbyciu turnusu rehabilitacyjnego odzyska sprawność; 3) brak potrzeby rehabilitacji – sytuacja taka ma miejsce, gdy u osoby uprawnionej nie stwierdzono zagrożenia całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy albo uznano rehabilitację za niecelową, tj. osoba po

wniosek lekarza leczącego (§ 2 ust. 1 *rozporządzenia*). Ich liczba zwiększyła się z 81 906 do 90 275. Znacznie do tego przyczyniła się zmiana przepisów dotycząca obowiązku wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy w formie elektronicznej, gdyż system przypomina lekarzowi o możliwości skierowania pacjenta na rehabilitację w przypadkach, gdy czasowa niezdolność do pracy jest orzekana z powodu schorzeń będących w programie prewencyjnym ZUS. W przypadku pozytywnej decyzji lekarza o skierowaniu na rehabilitację system otwiera właściwy formularz (PR-4) i wprowadza automatycznie dane pacjenta. W związku z tym lekarz może od razu wystawić wniosek o rehabilitację i przesłać go w formie elektronicznej do Zakładu w celu wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. W sytuacji, gdy lekarz prowadzący nie wydaje zaświadczenia lekarskiego, wniosek o rehabilitację może wystawić na Platformie Usług Elektronicznych ZUS, gdzie w katalogu usług dostępny jest ww. formularz. Natomiast w coraz mniejszym stopniu osoby wymagające rehabilitacji leczniczej identyfikowane były przez lekarzy orzeczników, którzy mogą wydać orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej:

- 1) orzekając o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego (§ 3 ust. 1 *rozporządzenia*) – spadek z 28 623 do 23 085;
- 2) orzekając w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych (§ 3 ust. 1 *rozporządzenia*) – spadek z 7046 do 5322;
- 3) wykonując kontrolę prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich (§ 3 ust. 2 *rozporządzenia*) – spadek z 3219 do 1973.

(akta kontroli: t. I str. 146-154)

W latach 2017-2019 liczba pozytywnych orzeczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej zmniejszyła się z 101 520 do 100 280. W tym okresie liczba orzeczeń o braku potrzeby rehabilitacji wzrosła z 19 274 do 20 375, a liczba odmów rehabilitacji ze względów formalnych z 1531 do 1937. W znikomym stopniu wydawano orzeczenia o przekwalifikowaniu zawodowym. Ich liczba zmniejszyła się z 219 do 144.

Rehabilitacja lecznicza koncentrowała się w największym stopniu w profilach schorzeń narządu ruchu w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym. W latach 2017-2019 odpowiednio: 81,6%; 84,7%; 82,8% ogółu osób odbyło rehabilitację w tych profilach. Natomiast w sześciu z dziewięciu pozostałych profili liczba osób zmniejszyła się<sup>9</sup>. Liczbę osób skierowanych oraz liczbę osób, które odbyły rehabilitację z podziałem na profile przedstawiono w tabeli poniżej:

L.p.	Wyszczególnienie	2017	2018	2019
1	Liczba skierowań	100 522	98 784	97 416
2	Liczba rehabilitowanych	88 802	90 570	86 392
	<i>profile rehabilitacji:</i>			
a	narządu ruchu stacjonarnie	61 688	65 795	60 554
b	narządu ruchu ambulatoryjnie	10 748	10 914	10 946
c	narządu ruchu po wypadkach	288	69	276
d	układu krążenia stacjonarnie	6 366	4 978	5 337
e	układu krążenia ambulatoryjnie	190	116	131

odbyciu rehabilitacji nie rokuje odzyskania zdolności do pracy, a także 4) brak orzeczenia (np. złożono wniosek o rehabilitację leczniczą w schorzeniach, w których ZUS nie realizuje rehabilitacji; zrezygnowano z ubiegania się o rehabilitację).

<sup>9</sup> W latach 2017-2019 liczba osób rehabilitowanych w poszczególnych profilach kształtowała się następująco: schorzeń narządu ruchu po wypadkach zmniejszyła się z 288 do 276 osób; układu krążenia stacjonarnie z 6366 do 5337 osób; układu krążenia ambulatoryjnie ze 190 do 131 osób; układu krążenia telemedycznie ze 194 do 153 osób; chorób psychosomatycznych z 4150 do 2409 osób; schorzeń układu oddechowego z 2224 do 1945 osób.

f	układu krążenia telemedycznie	194	172	153
g	psychosomatyczne	4 150	2 922	2 409
h	układu oddechowego	2 224	1 845	1 945
i	onkologii gruczołu piersiowego	1 699	1 744	1 737
j	narządu głosu	1 255	2 015	2 747
k	Inne	-	-	157

(akta kontroli: t. I str. 146-154)

4. Liczba osób, które zrezygnowały z rehabilitacji leczniczej wyniosła w latach 2018-2019 odpowiednio 11 436 i 10 760. Termin turnusu zmieniło w tym okresie 8947 i 8952 osób.

Obowiązujące przepisy nie przewidują sankcji za nieusprawiedliwione niestawiennictwo w ośrodku rehabilitacyjnym. Zakład zwrócił się w dniu 3 grudnia 2018 r. do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (dalej: MRPIPS) z propozycją zmian przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa<sup>10</sup> oraz ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych<sup>11</sup>. Zmiany miałyby dotyczyć możliwości zastosowania sankcji wobec osób, które zostały skierowane przez Zakład na rehabilitację leczniczą, ale się na nią nie stawily bez usprawiedliwienia. Do dnia zakończenia kontroli nie wprowadzono zmian legislacyjnych w omawianym zakresie.

(akta kontroli str. t. I str. 146-154, t. II str. 108-109, 194-235)

5. Średni okres oczekiwania na rehabilitację leczniczą, od złożenia wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji był zróżnicowany. W latach 2017-2019 sytuacja uległa pogorszeniu. Odsetek osób, które odbyły rehabilitację w tym samym roku, w którym wpłynął wniosek wynosiła odpowiednio: 44%, 44,6% i 40,9%. W dziewięciu z 11 profili zwiększył się średni okres oczekiwania od złożenia wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji. Średni okres oczekiwania wzrósł w następujących profilach:

- narządu ruchu po wypadkach z 14 do 15 dni;
- układu krążenia w systemie ambulatoryjnym z 59 do 93 dni;
- układu krążenia telemedycznie z 61 do 88 dni;
- narządu ruchu w systemie ambulatoryjnym: z 88 do 106 dni;
- schorzeń psychosomatycznych z 73 do 134 dni;
- układu oddechowego ze 103 do 122 dni;
- układu krążenia w systemie stacjonarnym z 83 do 136 dni;
- narządu ruchu stacjonarnie z 139 do 142 dni;
- narządu głosu: ze 165 do 172 dni.

W przypadku profilu chorób onkologicznych gruczołu piersiowego okres oczekiwania skrócił się ze 160 do 149 dni, a w przypadku schorzeń ośrodkowego układu nerwowego, który wprowadzono w 2019 r., okres oczekiwania wyniósł 99 dni.

Z powyższych danych wynika, że nie jest spełnione jedno z założeń rehabilitacji – wczesne jej rozpoczęcie, a sytuacja w tym zakresie uległa pogorszeniu. Potwierdza to zresztą podsumowanie pilotażowego programu *Wczesnej Rehabilitacji Leczniczej dla osób, które podczas wypadku, w szczególności wypadku przy pracy, doznały urazu narządu*<sup>12</sup>. Stwierdzono m.in., że *Wyniki programu pilotażowego wczesnej*

<sup>10</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 870.

<sup>11</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 53, ze zm.

<sup>12</sup> Na zlecenie Zakładu w 2018 r. przeprowadzono ewaluację pilotażowego programu *Wczesnej Rehabilitacji Leczniczej dla osób, które podczas wypadku, w szczególności wypadku przy pracy, doznały urazu narządu*.

rehabilitacji leczniczej mogą doprowadzić do stanu, w którym zdanie „Na obecną chwilę w Polsce system wczesnej rehabilitacji leczniczej nie istnieje” stanie się nieaktualne. Podano również że Leczenie rehabilitacyjne otrzymane najczęściej na wczesnym etapie zapobiega narastaniu powikłań. Eliminuje się także do niezbędnego minimum zwolnienia z pracy. (...). Zysk można będzie odnotować także w systemie zdrowotnym (brak lub ograniczenie się świadczeń rehabilitacyjnych, renty itp.). Odłożenie rehabilitacji w czasie powoduje nieodwracalne skutki w strukturze organizmu (stawów, mięśni, nerwów i ścięgien).

(akta kontroli: t. I str. 160-163, t. II str. 103, 106-107, 157, 164-165, 362-365, t. IV str. 220-222)

6. W latach 2017-2019 liczba osób, które odbyły rehabilitację leczniczą więcej niż raz wyniosła odpowiednio: 1396 osób, 1356 osób, 1138 osób<sup>13</sup>. Ponadto 4257 osób ukończyło rehabilitację zarówno w 2017, 2018 jak i 2019 r.

(akta kontroli: t. II str. 166-167, 264, 269, t. IV str. 169-171)

7. W okresie objętym kontrolą ZUS prowadził działalność informacyjno-promocyjną z wykorzystaniem takich form komunikacji jak: strona internetowa Zakładu, radio, prasa, portal i kanały internetowe, telewizja<sup>14</sup>, organizacja wydarzeń, rzecznik prasowy ZUS oraz za pośrednictwem własnych wydawnictw Zakładu<sup>15</sup>. Zadania informacyjno-promocyjne, realizowane były przez ZUS na podstawie art. 68 ust. 1 pkt 8 oraz art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych<sup>16</sup>. Ponadto w wewnętrznych regulacjach ZUS<sup>17</sup> zawarto m.in. szczegółowe normy rozszerzające kierunki działalności Zakładu w zakresie informacji, komunikacji, edukacji oraz komunikacji z adresatami, a także cele, wskaźniki i mierniki dotyczące realizowanych przez Centralę i oddziały ZUS zadań informacyjno-promocyjnych na podstawie, których dokonywano ich oceny i monitoringu<sup>18</sup>.

Przyjęte przez Zakład działania informacyjno-promocyjne kierowane były do różnorodnych grup docelowych. Adresaci zadań realizowanych przez ZUS zostali podzieleni na grupy ze względu na: relację z ZUS, rolę opiniotwórczą, szczególną potrzebę kształtowania świadomości opiniotwórczej oraz znaczenia dla instytucji<sup>19</sup>.

---

Program prowadzony był w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. A. Grucy CMKP w Otwocku Zgodnie z jej wynikami, poprawa stanu zdrowia nastąpiła u 82,3% pacjentów.

<sup>13</sup> W 2017 r. 1364 osób odbyło rehabilitację dwa razy, 31 osób trzy razy, jedna osoba – cztery razy. W 2018 r. 1341 osób odbyło rehabilitację dwa razy, 15 osób trzy razy. W 2019 r. 1117 osób odbyło rehabilitację dwa razy, 21 osób trzy razy.

<sup>14</sup> W ramach programów „ZUS dla Ciebie – ZUS dla Biznesu” opracowane zostały materiały przeznaczone dla klientów ZUS z poradami ekspertów na antenie I programu Polskiego Radia oraz w telewizji internetowej onet.tv. Ponadto w serwisie internetowym YouTube, Zakład prowadził kanał „Elektroniczny ZUS”, w którym zamieszczane są filmy o charakterze instruktażowym i edukacyjnym.

<sup>15</sup> Zaliczyć do nich należy: poradniki, broszury, periodyki ZUS (ZUS dla Ciebie, ZUS dla Biznesu, ZUS dla Seniora, ZUS dla Studenta, oraz kierowany do opinii liderów newsletter – Ubezpieczenia Społeczne Newsletter), ulotki informacyjne. W 2018 r. Zakład przygotował dwie ulotki o tematyce „Rehabilitacja finansowana przez ZUS” (W 2018 r. nakład 20 tys. egzemplarzy, w 2019 r. dodruk 8,5 tys. egzemplarzy), „Daj sobie szansę. Złóż wniosek o rehabilitację finansowaną przez ZUS” (W 2018 r. nakład 20 tys. egzemplarzy, w 2019 r. dodruk 32 tys. egzemplarzy), oraz co roku udostępnia „Informator dla osób z niepełnosprawnością”, w którym znajdują się informacje z obszaru świadczeń przysługujących osobom niepełnosprawnym w tym w zakresie rehabilitacji leczniczej.

<sup>16</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 266.

<sup>17</sup> Tj. Strategia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2016-2020 oraz Strategia komunikacji ZUS na lata 2016-2020.

<sup>18</sup> W strategii Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2016-2020 w Zrównoważonej Karcie Wyników w perspektywie klienta i innych interesariuszy umieszczony został cel strategiczny K3: Usprawnienie systemu komunikacji zewnętrznej i polityki informacyjnej. Zostały w nim określone także cele szczegółowe wraz z miernikami: K3.1. Wskaźnik reputacji ZUS wśród liderów opinii – poziom docelowy na koniec 2020  $\pm 15\%$  odchylenia od poziomu bazowego, tj. 51% K3.2. Wskaźnik działalności szkoleniowej w szkołach gimnazjalnych poziom docelowy na koniec 2020 r. więcej lub równy 5%, K3.3 Wskaźnik działalności szkoleniowej w szkołach ponadgimnazjalnych więcej lub równy 8%, K3.4. Liczba odwiedzin strony internetowej ZUS więcej lub równy 700 000.

<sup>19</sup> Do grupy docelowej ze względu na relację z ZUS zaliczono m.in.: klientów ZUS, księgowych i pracowników kadr, lekarzy upoważnionych do wystawiania zaświadczeń lekarskich; do grupy docelowej ze względu na rolę



Działalność informacyjno-edukacyjna odbywała się przede wszystkim z wykorzystaniem wewnętrznych zasobów Zakładu. Zamówienia dotyczące wykonywania zadań promocyjno-informacyjnych, które nie mogły być samodzielnie wykonane przez ZUS udzielane były w trybie określonym w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych<sup>20</sup> oraz w oparciu o wewnętrzne regulacje<sup>21</sup>. W ich wyniku poniesiono wydatki w kwocie 4 978,9 tys. zł (4 353 tys. zł w 2018 r. i 625,9 tys. zł w 2019 r.). Na działalność informacyjno-promocyjną w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, która dotyczyła publikacji tekstów informacyjnych<sup>22</sup> poniesiono wydatki w wysokości 160 tys. zł (55,4 tys. zł w 2018 r. i 104,6 tys. zł w 2019 r.).

W oddziałach ZUS zadania informacyjno-promocyjne realizowane były samodzielnie za pośrednictwem koordynatorów ds. komunikacji społecznej, na podstawie kierunkowego harmonogramu z rozpisаныmi zadaniami oraz – w przypadku działań informacyjno-promocyjnych w zakresie rehabilitacji leczniczej – przy wsparciu merytorycznym DPR.

(akta kontroli: t. II str. 1, 8-10, t. III str. 54-74, t. IV str. 296)

8. W latach 2018-2019 przeciętne zatrudnienie głównych lekarzy orzeczników i ich zastępców wyniosło: 98,4 i 98,3 etatów; lekarzy orzeczników: 462,4 i 439,5 etatów; lekarzy członków komisji lekarskich: 128,6 i 120,6 etatów. Ogółem plan zatrudnienia wynosił 780,5; 887,9 etatów<sup>23</sup>, natomiast zatrudnienie 675,8 i 669,2 etatów.

W 2019 r. lekarze orzecznicy wydali 1 286 334 orzeczeń, tj. o 18,9% więcej niż w 2018 r. W objętych kontrolą pięciu oddziałach ZUS średnia liczba orzeczeń przypadająca na jeden etat w okresie od I kwartału 2018 do IV kwartału 2019 r. w oddziałach ZUS wzrosła: w Płocku z 572,9 do 860,7; w Radomiu z 652,6 do 1046,2; w Rzeszowie z 613,1 do 976,9; w Szczecinie z 471,0 do 919,5; we Wrocławiu z 618,7 do 844,2. W latach 2018-2019 najwyższą średnią liczbę spraw przypadających na jednego lekarza orzecznika na jeden miesiąc odnotowano w oddziałach: w Gorzowie Wielkopolskim (385 spraw), Bydgoszczy (348), Poznaniu (324), Opole (302) i Gdańsku (264).

W związku z niewystarczającą obsadą kadrową w dniu 12 września 2017 r. Naczelny Lekarz Zakładu skrócił przedział czasowy na rozpatrzenie spraw dotyczących wydawania orzeczeń dla celów świadczeń z ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń wypłacanych przez ZUS z 30 minut na 20 minut - w sprawach, w których orzeczenie miało zostać wydane na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz z 60 minut na 40 minut w sprawach, w których orzeczenie miało zostać wydane po przeprowadzeniu bezpośredniego badania. W piśmie do głównych lekarzy orzeczników, Naczelny Lekarz Zakładu podał m.in. że *Analiza spraw rozpatrywanych w trybie nadzoru nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego wskazuje, że istnieje potrzeba wykorzystywania w większym stopniu możliwości wydania orzeczenia w sprawach świadczeń bez przeprowadzania bezpośredniego badania przez lekarza orzecznika. Od 1 października 2019 r. w pierwszym przypadku skrócono przedział czasowy z 20*

---

opiniotwórczą zaliczono m.in.: liderów opinii specjalizującą się w tematyce ubezpieczeń społecznych, przedstawicieli uczelni wyższych, nauczycieli; do grupy docelowej ze względu na szczególną potrzebę kształtowania świadomości ubezpieczeniowej zaliczono m.in.: młodzież szkolną, studentów, osoby dorosłe nieubezpieczone w ZUS oraz przyszłych przedsiębiorców, natomiast do grupy wydzielonej ze względu na znaczenie instytucji zaliczono klientów wewnętrznych Zakładu.

<sup>20</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1843.

<sup>21</sup> Procedura 14.1 „Realizacja zakupów” wprowadzona Zarządzeniem nr 1 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 2 stycznia 2018 r.

<sup>22</sup> Wskutek zawartej umowy z Biurem Reklamy Gazet Lokalnych Sp. z o.o. w 2018 r. opublikowano teksty informacyjne w 65 tygodnikach i czterech dwutygodnikach, a w 2019 r. w 115 tygodnikach i 2 dwutygodnikach.

<sup>23</sup> Po zwiększeniu etatów we wrześniu 2019 r. o 72,375 etatów w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. poz. 1622).

minut na 15 minut oraz w drugim z 40 minut do 30 minut, a od 14 kwietnia 2020 r. wydłużono przedział czasowy odpowiednio na 20 minut oraz 40 minut.

(akta kontroli t. I, str. 147-149, 350-351, t. II, str. 20-88, 241-254)

9. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przedłożył w dniu 13 marca 2020 r. Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej *Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej Prezesa ZUS za rok 2019*. W *Oświadczeniu* podano, że w ograniczonym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza w zakresie zapewnienia odpowiedniej obsady kadrowej w obszarze orzecznictwa lekarskiego, zagrażającej zabezpieczeniu sprawnej i efektywnej realizacji zadań ustawowych ZUS – w celu poprawy kontroli zarządczej zaplanowano m.in. kontynuowanie działań zmierzających do uzupełnienia stanu zatrudnienia lekarzy orzekających w ZUS. Podobne zapisy znalazły się w *Oświadczeniu* za rok 2018.

W obszarze orzecznictwa lekarskiego podwyższono wynagrodzenia, a także 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*, zwiększono plan zatrudnienia lekarzy orzeczników oraz lekarzy - członków komisji lekarskich. Podejmowane działania w celu pozyskania lekarzy orzeczników przyczyniły się tylko do zmniejszenia tendencji spadkowej. Średnie zatrudnienie wyniosło 751 etatów w 2017 r., 690 w 2018 r. i 669 na koniec 2019 r. Wg stanu na koniec 2019 r. liczba lekarzy członków komisji lekarskich i lekarzy orzeczników w stosunku do planu była mniejsza o 216,4 etatów (odpowiednio o 35,6 etatu i 181,8 etatu).

(akta kontroli t. I, str. 147-149, 349-354, t. II str. 169-172, t. IV str. 41-44)

W latach 2018-2019 Zakład przeprowadził łącznie 349 naborów na stanowiska głównego lekarza orzecznika, zastępcy głównego lekarza orzecznika i lekarza orzecznika. W 2018 r. zakończono 144 rekrutacje, z czego 69 rekrutacji zakończyło się zatrudnieniem kandydata, a 75 zakończyło się niepowodzeniem (39 z powodu niezgłoszenia się żadnego kandydata, 30 niespełnienia przez kandydatów wymogów formalnych, dwa – rezygnacji kandydata, cztery – przerwania rekrutacji ze względów organizacyjnych). Natomiast w 2019 r. zakończono 205 rekrutacji, z czego 87 zakończyło się zatrudnieniem kandydata, 118 zakończyło się niepowodzeniem (69 z przyczyn niezgłoszenia się żadnego kandydata, 44 niespełnienia przez kandydatów wymogów formalnych, pięć z powodu rezygnacji kandydata).

(akta kontroli: t. I, str. 328-354, t. IV, str. 41-44)

Średni wiek lekarzy – członków komisji lekarskiej w okresie objętym kontrolą utrzymywał się na wysokim poziomie. Wg stanu na dzień 3 marca 2020 r. wyniósł 61 lat (wiek najmłodszego lekarza: 37 lat we Wrocławiu, wiek najstarszego 81 lat w Zielonej Górze), natomiast lekarzy orzeczników 60 lat (wiek najmłodszego lekarza 34 lata w Krakowie i Ostrowie Wielkopolskim, wiek najstarszego 83 lata w Rzeszowie). Wskazuje to, że pozyskiwanie lekarzy odbywało się poprzez ponowne zatrudnianie lekarzy, którzy skorzystali z uprawnień emerytalnych i rozwiązali umowy o pracę oraz podwyższanie wymiaru etatu już zatrudnionym lekarzom orzecznikom.

W latach 2018-2019 na wynagrodzenia w zakresie orzecznictwa lekarskiego Zakład wydatkował odpowiednio: 96 444,6 tys. zł i 118 826,3 tys. zł<sup>24</sup>, natomiast wydatki na umowy cywilnoprawne wyniosły odpowiednio: 8 620 tys. zł; 11 520 tys. zł.

<sup>24</sup> Wynagrodzenia nie uwzględniają nagród indywidualnych, które w latach 2018-2019 wyniosły: 11 950 tys. zł; 13 651 tys. zł oraz dodatkowego wynagrodzenia rocznego, które wyniosło odpowiednio: 7 962,6 tys. zł; 9 842,8 tys. zł.

Przeciętne wynagrodzenie w orzecznictwie lekarskim wyniosło w 2018 r. - 9 135,8 zł, natomiast w 2019 r. - 12 098,1 zł.

(akta kontroli: t. I, str. 233-234, 377, t. II str. 89-91)

10. Zgodnie z § 12 ust. 1 rozporządzenia z dnia 14 grudnia 2014 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy<sup>25</sup>, do sprawowanego przez Prezesa ZUS nadzoru nad wykonywaniem orzekania o niezdolności do pracy przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie, wykonywanego za pośrednictwem Naczelnego Lekarza Zakładu należy m.in. prowadzenie szkoleń głównych lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich w zakresie orzecznictwa o niezdolności do pracy. W ramach realizacji tego zadania, m.in. prowadzone są cykliczne czterodniowe szkolenia doskonalące dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskich; opracowane zostały wydane „Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS”; do wykorzystania przez lekarzy orzecznictwa lekarskiego przygotowane zostały również publikacje dotyczące zasad orzekania np. „Cukrzyca w praktyce lekarza orzecznika”; cyklicznie wydawane są „Zeszyty szkoleniowe orzecznictwa lekarskiego”; prowadzone są także szkolenia doskonalące dla głównych lekarzy orzeczników, ich zastępców oraz dla przewodniczących komisji lekarskich Zakładu. Tematyka tych szkoleń obejmuje najczęściej orzekaniu o niezdolności do pracy w wybranych schorzeniach, a także bieżących zagadnień związanych z orzecznictwem lekarskim.

W kontrolowanym okresie ZUS zrealizował łącznie 199 szkoleń dla lekarzy, z czego w 2018 r. zrealizował 100 szkoleń dla łącznie 904 osób, natomiast w 2019 r. - 99 szkoleń dla 680 osób. Spośród 199 szkoleń 13 uwzględniało zagadnienia z zakresu rehabilitacji leczniczej, z czego w 2018 r. zrealizowano siedem szkoleń dla 168 osób, a w 2019 r. sześć szkoleń dla 147 osób. Szkoleniami, w których uwzględniono zagadnienia z zakresu rehabilitacji leczniczej były m.in. szkolenia pn.: „Seminarium Model rehabilitacji kompleksowej”; „Choroby tarczycy w orzekaniu o niezdolności do pracy”; „Konferencja rehabilitacji leczniczej”; „Szkolenia dla Głównych lekarzy orzeczników i przewodniczących komisji lekarskich”.

W latach 2018-2019 462 lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich spośród 676 zatrudnionych uczestniczyło łącznie w 1503 szkoleniach zewnętrznych (w 867 szkoleniach w 2018 r., w 2019 r. w 636). W kontrolowanym okresie lekarze odbywali od jednego do 18 szkoleń. W omawianym okresie 20 lekarzy orzeczników oraz trzech członków komisji lekarskich nie odbyło żadnego szkolenia. Przyczyną było m.in. krótkotrwałe zatrudnienie lub dłuższa absencja chorobowa.

(akta kontroli: t. I, str. 235-300, t. II str. 145-156, 241- 254, t. IV str. 41-44, 328)

Kontrolą objęto pięć szkoleń, tj. *Szkolenie dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników i nowozatrudnionych lekarzy – członków komisji lekarskich Zakładu realizowane w dniach 5-8 listopada 2018 r.; Postępowanie przed sądem w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, w których przedmiotem odwołania od decyzji organu rentowego były ustalenia orzecznicze; zagadnienia dotyczące dowodu z opinii lekarzy biegłych sądowych realizowane w dniu 11 października 2018 r.; Choroby tarczycy w orzekaniu o niezdolności do pracy realizowane w dniu 13 lipca 2018 r.; Orzekanie o niezdolności do pracy w schorzeniach dermatologicznych realizowane w dniu 16 października 2019 r. oraz Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne – zespół stresu pourazowego, astenia pobozowa realizowane w dniu 15 maja 2019 r.* Przy kierowaniu uczestników na ww. szkolenia nie stwierdzono nieprawidłowości. We wszystkich ww. pięciu szkoleniach udział wzięło mniej uczestników niż zaplanowano. Niższa niż planowana liczba

<sup>25</sup> Dz. U. Nr 273, poz. 2711, ze zm.

uczestników wynikała ze zdarzeń losowych m.in. choroby pracownika, czy innych nieprzewidzianych okoliczności.

(akta kontroli: t. I str. 112-141, 145-156)

**11.** Zakład realizował Program szkolenia dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich, zgodnie z wymogiem określonym w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. Program ten określa zakres, organizację oraz sposób udokumentowania odbycia obowiązkowego szkolenia przez lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich. Obowiązkowe szkolenie realizowane jest w oddziale Zakładu, w terminie do trzech tygodni od zatrudnienia lekarzy orzecznika/lekarza – członka komisji lekarskiej. W odniesieniu do nowo zatrudnionych lekarzy realizacja Programu szkolenia ma charakter obligatoryjny. Szkolenie realizowane jest metodą: indywidualnego samokształcenia przy użyciu e-learningu – podzielonego na 11 modułów tematycznych, indywidualnych lub grupowych szkoleń przystanowiskowych podzielonych na trzy sesje tematyczne.

W wyniku badania dwóch programów szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników i nowo zatrudnionych – lekarzy członków komisji lekarskich Zakładu, które odbyły się w dniach 5-8 listopada 2018 r. oraz w tych samych dniach w 2019 r. i których celem było m.in. przekazanie uczestnikom wiedzy na temat podstaw prawnych orzekania oraz zasad orzekania o niezdolności do pracy stwierdzono, że spełniały one wszystkie wymogi określone przez ZUS w programie szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy<sup>26</sup>.

(akta kontroli: t. I str. 235-300, t. II str. 112-144, 145-156, 192, 193, 251-300, t. IV str. 328)

**12.** Prezes ZUS, za pośrednictwem Naczelnego Lekarza Zakładu, sprawował nadzór, o którym mowa w § 12 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. W okresie objętym kontrolą w Zakładzie obowiązywała procedura do procesu 9.1. „Wydawanie orzeczeń”<sup>27</sup>. Procedura regulowała m.in. dokonywanie ustaleń orzeczniczych w sprawach ustalenia uprawnień do polskich świadczeń i w sprawach poza ubezpieczeniowych.

W trybie nadzoru nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego zostało rozpatrzonych: w 2018 r. – 7,4 tys. spraw i w 2019 r. – 7,6 tys. spraw. Do rozpatrzenia przez komisję lekarską w przypadkach, gdy w wyniku kontroli stwierdzono brak zgodności orzeczenia lekarza orzecznika lub orzeczenia komisji lekarskiej ze stanem faktycznym lub z zasadami orzecznictwa o niezdolności do pracy w 2018 r. i w 2019 r. skierowano po ok. 1,3 tys. spraw, co stanowiło ok. 0,1% ogółu orzeczeń. Ponadto, Naczelny Lekarz Zakładu zlecał uzupełnienie dokumentacji medycznej w sprawach indywidualnych, w których było prowadzone postępowanie w trybie nadzoru nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego (w 2018 r. – 379 spraw, w 2019 r. – 412 spraw).

(akta kontroli t. IV str.3-19, 32-38, 44-49, 148-150)

Prowadzone przez Centralę ZUS (DOL) kontrole dotyczyły działalności głównego lekarza orzecznika, przewodniczącego komisji lekarskich, oceny orzeczeń o niezdolności do pracy oraz organizacji pracy orzecznictwa lekarskiego. Analizie poddawane były m.in. wydane orzeczenia dla celów ustalenia uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty socjalnej,

<sup>26</sup> Program szkolenia był zgodny z programem szkolenia zatwierdzonym we wrześniu 2019 r. przez Prezesa ZUS – Panią Prof. Gertrudę Uścińską - Program szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich. Zawierał w swym zakresie m.in. tematykę dotyczącą: orzekania o niezdolności do pracy w zawodowym uszkodzeniu słuchu i głosu, orzekanie o niezdolności do pracy w schorzeniach układu oddechowego, zasad przyznawania świadczeń emerytalno-rentowych, zasad orzekania o niezdolności do pracy w schorzeniach neurologicznych, badań profilaktycznych pracowników, postępowania w chorobach zawodowych, rehabilitacji zawodowej; problemów zawodoznawstwa i możliwości przekwalifikowania zawodowego.

<sup>27</sup> Wprowadzona zarządzeniem Nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r.; Procedura została uchylona Zarządzeniem Nr 8 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 stycznia 2020 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1. „Wydawanie orzeczeń”.

jednorazowego odszkodowania z tytułu procentowego uszczerbku na zdrowiu oraz orzeczenia o rehabilitacji leczniczej. W latach 2018-2019 DOL przeprowadził po 27 kontroli w każdym roku w oddziałach. Spośród 38 oddziałów ZUS, w których funkcjonuje orzecznictwo lekarskie<sup>28</sup>, w latach 2018-2019 w 22 oddziałach przeprowadzono jedną kontrolę funkcjonalną, zaś w 16 oddziałach dwie kontrole funkcjonalne (po jednej w każdym roku).

(akta kontroli t. IV str.142-146)

Spośród 54 postępowań kontrolnych w oddziałach ZUS w zakresie działalności głównego lekarza orzecznika, przewodniczącego komisji lekarskich, oceny orzeczeń o niezdolności do pracy oraz organizacji pracy orzecznictwa lekarskiego badaniem kontrolnym objęto dokumentację 14 kontroli przeprowadzonych w dziesięciu oddziałach (26% wszystkich postępowań kontrolnych). W dziewięciu oddziałach<sup>29</sup> stwierdzono nieprawidłowości polegające na braku zgodności ustaleń orzecznicznych z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności lekarzy orzeczników – w 66 sprawach poddanych kontroli przez Centralę ZUS. Nieprawidłowości dotyczyły głównie niedostatecznego udokumentowania ustalonego stopnia niezdolności do pracy (47 spraw). W siedmiu oddziałach<sup>30</sup> (70%) wystąpiła nieprawidłowość polegająca na braku zgodności ustaleń orzecznicznych z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności komisji lekarskich – w 22 sprawach poddanych kontroli przez Centralę ZUS. Nieprawidłowości dotyczyły głównie niedostatecznego udokumentowania ustalonego stopnia niezdolności do pracy (16 spraw).

W dobranych do próby kontrolach w czterech oddziałach w 2019 r. (40%) powtórzyła się nieprawidłowość dotycząca braku zgodności ustaleń orzecznicznych z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie lekarzy orzeczników<sup>31</sup>, zaś w trzech (30%) – nieprawidłowość dotycząca braku zgodności ustaleń orzecznicznych z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności komisji lekarskich<sup>32</sup>. Naczelny Lekarz Zakładu podkreślił, że liczba spraw, w których stwierdzono powyższe nieprawidłowości zmniejszyła się lub pozostała na takim samym poziomie<sup>33</sup>. Ustosunkowując się do tych wyjaśnień wskazać należy, że nadzór nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego był sprawowany w niewystarczającym stopniu, bowiem mimo stwierdzonych nieprawidłowości i poinformowaniu przez dyrektorów oddziałów o ich wyeliminowaniu, w przypadkach ponownych kontroli nieprawidłowości się powtarzały.

(akta kontroli t. IV str.152-156,161-162, 308-310)

Ponadto, DPR prowadził kontrole w zakresie prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą. W latach 2018-2019 przeprowadzono po 18 kontroli w każdym roku w oddziałach ZUS. Spośród 38 oddziałów realizujących zadania związane z kierowaniem na rehabilitację leczniczą<sup>34</sup> w ww. okresie przeprowadzono kontrole w 26 oddziałach - w 16

<sup>28</sup> W pięciu oddziałach ZUS – Łódź II, Piła, Poznań II, Warszawa I i Warszawa III, zadania związane z orzecznictwem lekarskim są realizowane przez inne oddziały.

<sup>29</sup> Nieprawidłowość wystąpiła w oddziałach: Rzeszów, Szczecin, Bydgoszcz, Poznań I, Olsztyn, Chorzów, Kraków, Częstochowa, Rybnik.

<sup>30</sup> Nieprawidłowość wystąpiła w siedmiu oddziałach: Rzeszów, Szczecin, Bydgoszcz, Poznań, Olsztyn, Chorzów, Kraków.

<sup>31</sup> W oddziałach: Rzeszów, Szczecin, Bydgoszcz, Olsztyn.

<sup>32</sup> W oddziałach: Rzeszów, Bydgoszcz, Olsztyn.

<sup>33</sup> Liczba spraw, w których stwierdzono nieprawidłowości polegające na braku zgodności ustaleń orzecznicznych z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności lekarzy orzeczników: O/ZUS Rzeszów – 9 (2018) i 8(2019); O/ZUS Szczecin – 8 (2018) i 2 (2019); O/ZUS Bydgoszcz – 6 (2018) i 5 (2019) i O/ZUS Olsztyn – 4 (2018) i 1 (2019). Liczba spraw, w których stwierdzono nieprawidłowości polegające na braku zgodności ustaleń orzecznicznych z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności komisji lekarskich: O/ZUS Rzeszów – 3 (2018) i 1 (2019); O/ZUS Szczecin – 6 (2018) i 0 (2019); O/ZUS Bydgoszcz – 2 (2018) i 2 (2019) i O/ZUS Olsztyn – 1 (2018) i 1 (2019).

<sup>34</sup> Zadań związanych z prewencją rentową nie realizowały oddziały: Łódź II, Piła, Poznań II, Warszawa I i Warszawa III.

oddziałach przeprowadzono jedną kontrolę, zaś w 10 – po dwie kontrole w każdym roku. W latach 2018-2019 kontrole nie były realizowane w 12 oddziałach<sup>35</sup> - w 11 oddziałach kontrole zrealizowane były w 2017 r., w jednym oddziale – w 2016 r. Spośród powyższych 12 oddziałów – sześć z nich zostało zaplanowanych do kontroli w 2020 r. Dyrektor DPR wyjaśniła, że w tych oddziałach kontrole nie wykazały nieprawidłowości i dlatego do kontroli typowane były oddziały, w których praca monitorowana na bieżąco budziła wątpliwości. W 2018 roku, na 18 oddziałów poddanych kontroli, nieprawidłowości wystąpiły w 10 oddziałach (55%). W 2019 r. ponowna kontrola została przeprowadzona w dziewięciu oddziałach – w czterech z nich wystąpiły nieprawidłowości (44%). Wszystkie cztery oddziały ZUS zostały przewidziane do kontroli w 2020 r.

(akta kontroli t. IV str.163-165, 173)

Spośród dokumentacji 36 postępowań kontrolnych w zakresie prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą, do próby badawczej dobrano osiem postępowań w pięciu oddziałach ZUS – trzy kontrole przeprowadzone w 2018 r. i pięć w 2019 r. (22% wszystkich kontroli w tym zakresie). Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in. nieprzekazania wniosku o rehabilitację do lekarza orzecznika, zbyt długiego upływu czasu od wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji do założenia sprawy w aplikacji WL, wysłania pism o odmowie skierowania na rehabilitację leczniczą po 1,5 miesiąca zamiast po upływie 14 dni, przekroczenia terminu obsługi spraw o rehabilitację leczniczą. W każdym przypadku, o ile stwierdzono nieprawidłowości, kierowano zalecenia pokontrolne. W trzech objętych kontrolą oddziałach przeprowadzono ponowne kontrole w 2019 r. W dwóch oddziałach<sup>36</sup> powtórnie wystąpiły nieprawidłowości polegające na upływie zbyt długiego czasu od wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji do założenia sprawy w aplikacji WL. W 2020 r. zaplanowano kontrole w obu tych oddziałach. Powyższe ustalenia wskazują na potrzebę dalszego wzmocnienia kontroli zarządczej w zakresie terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą, gdyż mimo prowadzonych kontroli i kierowanych do oddziałów zaleceń pokontrolnych ponownie występowały opóźnienia w tym zakresie.

(akta kontroli t. IV str.157-159)

**13.** W 2019 r. przeprowadzono w Centrali ZUS audyt wewnętrzny w zakresie efektywności realizacji zadań w zakresie zawierania i nadzorowania realizacji umów dotyczących rehabilitacji leczniczej. W celu realizacji zaleceń audytu wewnętrznego w zakresie rehabilitacji leczniczej DPR m.in. przyjął w maju 2020 r. „Reguły kontroli realizacji programu rehabilitacji leczniczej”, uszczegóławiające postępowanie kontrolne prowadzone w ośrodkach rehabilitacyjnych oraz ujednoczające kryteria doboru kart informacyjnych do analizy przez lekarzy i fizjoterapeutów oraz opracował nowy projekt *rozporządzenia w sprawie rehabilitacji* – projekt zawiera wzmiankę o odrzuceniu oferty z rażąco niską ceną, oferty złożonej przez ośrodek z którym rozwiązano umowę z powodu nie spełnienia wymogów określonych w umowie oraz oferty złożonej przez ośrodek, który wypowiedział umowę a następnie złożył ofertę z wyższą ceną pobytu.

Jednocześnie w zakresie kwalifikacji pism ubezpieczonych korzystających z rehabilitacji leczniczej, przyjęto „Instrukcję rozpatrywania pism dotyczących rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez ośrodki współpracujące z ZUS” po uzyskaniu opinii Departamentu Legislacyjno-Prawnego odnośnie braku zastosowania przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania

<sup>35</sup> Białystok, Biłgoraj, Chorzów, Chrzanów, Elbląg, Gdańsk, Legnica, Łódź I, Olsztyn, Poznań I, Rybnik, Wałbrzych.

<sup>36</sup> O/ZUS w Lublinie i w Zielonej Górze.

administracyjnego<sup>37</sup> (dalej: *Kpa*) do rozpatrywania pism ubezpieczonych zawierających uwagi odnośnie rehabilitacji leczniczej. Szczegółowy opis nieprawidłowości znajduje się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli t. IV str. 221-252, 320-325)

W 2018 r. wypłynęło do ZUS 68 skarg, w tym cztery skargi dotyczące rehabilitacji leczniczej<sup>38</sup> (6%), w 2019 r. – 110 skarg, w tym dwie skargi dotyczące rehabilitacji leczniczej<sup>39</sup> (2%). Za zasadne w zakresie rehabilitacji uznano: w 2018 r. – dwie skargi, w 2019 r. – jedną skargę. Skargi zostały zarejestrowane w ogólnej ewidencji skarg Centrali Zakładu. W celu analizy skarg, Zakład prosił o ustosunkowanie się ośrodka rehabilitacyjnego do zarzutów zgłaszanych przez skarżących. W przypadku skarg dotyczących zleconych zabiegów jak i przeprowadzonych badań lekarskich, lekarz w DPR przeprowadzał analizę dokumentacji medycznej nadesłanej przez ośrodek rehabilitacyjny. W jednym przypadku przeprowadzona została kontrola. Skargi załatwione były zgodnie z *Kpa*.

(akta kontroli t.I str. 149, t. IV str. 327)

14. Skuteczność rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej mierzona jest przez Zakład odsetkiem ubezpieczonych, którzy po zakończeniu rehabilitacji nie korzystali z żadnych świadczeń z Funduszu Ubezpieczenia Społecznego w okresie 12 miesięcy od daty zakończenia rehabilitacji, bez względu na chorobę będącą przyczyną rehabilitacji oraz z tytułu choroby będącej przyczyną rehabilitacji. Zakład dokonując oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej porównał w okresie 12 miesięcy przed i po ukończeniu rehabilitacji cztery grupy osób, które w momencie skierowania na rehabilitację leczniczą pobierały: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, rentę okresową, a także osoby, które nie pobierały żadnych świadczeń.

Wg opracowania *Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w 2017 r. w 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji*<sup>40</sup> (Opracowanie) z 88,6 tys. osób poddanych rehabilitacji leczniczej w 2017 r. i objętych badaniem przez ZUS – 54,4 tys., tj. 61,4% pobierało przed rehabilitacją leczniczą świadczenia z FUS. Struktura pobieranych świadczeń przedstawiała się następująco: 18,3 tys. (20,7%) osób pobierało zasiłek chorobowy, 28,5 tys. (32,2%) świadczenie rehabilitacyjne, a 7,5 tys. (8,5% rentę okresową). Żadnych świadczeń przed rehabilitacją nie pobierało 34,2 tys. osób (38,6%). Po przebytej rehabilitacji leczniczej 47,1 tys. osób (53,2%) nadal pobierało świadczenia z FUS. Zasiłek chorobowy pobierało 18 tys. (20,4%), świadczenie rehabilitacyjne 14,8 tys. (16,7%), a rentę okresową 14,3 tys. (16,1%).

Tak więc, wg przyjętych przez ZUS założeń, w przypadku 46,8% osób rehabilitacja okazała się skuteczna. Osoby te nie pobierały żadnych świadczeń z FUS. Natomiast w przypadku osób niekorzystających z żadnych świadczeń z tytułu choroby będącej przyczyną rehabilitacji odsetek ten był jeszcze większy i wynosił aż 59,7%.

Analiza powyższych danych wskazuje jednak, że przyjęta przez Zakład metodologia pomiaru skuteczności rehabilitacji leczniczej – w stosunku do osób zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, a także osób uprawnionych do

<sup>37</sup> Dz. U. 2020 r. poz.256, ze zm.

<sup>38</sup> Skargi dotyczyły programu rehabilitacji i treści karty informacyjnej, powierzchni łazienki, badania lekarskiego, zleconych zabiegów przez lekarza, organizacji pracy ośrodka, zleconych zabiegów, niegrzecznego odnoszenia się personelu ośrodka.

<sup>39</sup> Skargi dotyczyły: braku reakcji oddziału ZUS na złożony wniosek o rehabilitację, warunków zakwaterowania, wyżywienia, stanu higienicznego i niskiej temperatury w pokoju, braku animatora czasu wolnego, wyżywienia, organizacji zajęć z zakresu psychoedukacji i treningów relaksacyjnych, bazy zabiegowej oraz przeprowadzania zabiegów, niegrzecznego odnoszenia się personelu ośrodka.

<sup>40</sup> Wg opracowania *Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w 2017 r. w 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji* –Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych ZUS, Warszawa 2019 r. Opracowanie za 2018 r. nie było dostępne w trakcie trwania kontroli (jego publikacja przewidywana jest na wrzesień 2020 r.).

zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego oraz osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy – jest nieprecyzyjna, nieoddająca stanu faktycznego, a uzyskane wyniki mogą wprowadzać potencjalnego odbiorcę w błąd. W konsekwencji, nie jest możliwe precyzyjne ustalenie na podstawie danych gromadzonych przez Zakład, jaki odsetek osób poddanych rehabilitacji zostaje skutecznie zrehabilitowany, a jaki ponosi porażkę. W ocenie NIK, skuteczność rehabilitacji leczniczej powinna odnosić się wprost do powrotu na rynek pracy lub utrzymania się na nim, co jest głównym celem rehabilitacji leczniczej i powinno nastąpić po zastosowaniu odpowiedniego leczenia rehabilitacyjnego. Tymczasem w *Opracowaniu* brak jest informacji w omawianym zakresie. Odnosząc się do przyjętej metodologii pomiaru skuteczności zwrócić należy uwagę, że:

- a. Zakład nie posiadał wypracowanych mierników i wskaźników pozwalających na określenie poziomu efektywności oraz skuteczności prowadzonej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Wyklucza to możliwość porównywania zakładanych efektów rehabilitacji leczniczej do osiągniętych. Powoduje też trudności w stosowaniu podstawowych reguł obowiązujących w finansach publicznych. Otóż wydatki ponoszone na rehabilitację leczniczą są środkami publicznymi. A takie wydatki powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów<sup>41</sup>. Stosowanie tych zasad jest jednak niemożliwe, jeżeli nie wskaże się precyzyjnie, co jest przedmiotem i zakładanym efektem realizowanych zadań. Dodać przy tym jednak należy, że decyzją organizacyjną nr 100 Prezesa ZUS z dnia 30 grudnia 2019 r. powołano Zespół roboczy ds. ewaluacji działań ZUS podejmowanych w ramach prewencji rentowej i wypadkowej, do zadań którego należy m.in. wypracowanie mierników lub wskaźników pomiaru jakości, sprawności i efektywności w poszczególnych obszarach prewencji rentowej i wypadkowej. Zespół ma zrealizować działania do 30 listopada 2020 r.
- b. Zakład nie posiadał adekwatnych mierników skuteczności rehabilitacji w stosunku do osób, które przed rozpoczęciem rehabilitacji nie pobierały zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub renty okresowej z tytułu niezdolności do pracy. Wskaźnik poprawy stanu funkcjonalnego, mierzony poprzez nie pobieranie świadczeń z FUS po zakończeniu leczenia rehabilitacyjnego przez okres jednego roku, nie był miarodajny, gdyż część z tych osób nie pobierała żadnych świadczeń z FUS przed skierowaniem na rehabilitację, jak i rok po jej zakończeniu. Trudno zatem uznać za miarę skuteczności niepobieranie przez te osoby żadnych świadczeń po upływie roku, skoro z żadnych dokumentów (badań przeprowadzanych przez lekarzy orzeczników) nie wynika, że osoby te potencjalnie mogłyby pobierać jakieś świadczenia z Zakładu. Brak informacji w tym zakresie istotnie zniekształca wynik całego badania. W skrajnym przypadku, wynik rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, podany w opracowaniu odsetek osób skutecznie zrehabilitowanych, należałoby pomniejszyć o 38,6%, czyli o osoby, które przed i po rehabilitacji leczniczej nie korzystały ze świadczeń z FUS.
- c. Przy dokonywaniu oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej Zakład nie brał pod uwagę jej wyników uzyskanych w ośrodkach rehabilitacyjnych. Z ogólnej liczby

---

<sup>41</sup> Według art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, wydatki publiczne powinny być dokonywane: w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: a) uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, b) optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów (Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.).



88,6 tys. osób poddanych badaniu, bezpośrednio po przebytej rehabilitacji leczniczej w przypadku 1,4% osób, ich stan został określony jako „niezdolny do pracy, 0,9% - „pogorszenie” i 26,2% - „bez zmian”. Jak wynika z ustaleń kontroli przeprowadzonej w Oddziałach ZUS, część z tych osób, mimo pogorszenia stanu zdrowia nadal pracuje na etacie lub prowadzi działalność gospodarczą. Dlatego też w *Opracowaniu* osoby te zaliczane są jako skutecznie zrehabilitowane. W ocenie NIK jest to nieuzasadnione. O ile rehabilitacja nie przyczyniła się do poprawy stanu funkcjonalnego w aspekcie odzyskania zdolności do pracy, to osoby takie nie powinny być zaliczane do grupy osób skutecznie zrehabilitowanych.

- d. Zgodnie z *Opracowaniem* „program rehabilitacji leczniczej (...) rehabilitacja lecznicza ma na celu przywrócenie zdolności do pracy (...)”. Natomiast badania statystyczne osób poddanych rehabilitacji leczniczej, mające na celu ocenę skuteczności rehabilitacji leczniczej mierzone były wskaźnikiem liczby osób, które w 12 miesięcy po zakończeniu rehabilitacji nie pobierały żadnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Skoro celem rehabilitacji leczniczej jest przywrócenie zdolności do pracy to przy obliczaniu jej skuteczności powinny być brane pod uwagę tylko te osoby, u których cel rehabilitacji został zrealizowany. W *Opracowaniu* natomiast brak jest odniesienia do liczby osób, które faktycznie powróciły na rynek pracy po odbytej rehabilitacji.
- e. Uwzględniając przyjętą metodologię, do grupy osób skutecznie zrehabilitowanych zaliczane są osoby, które nie utrzymały się na rynku pracy (w *Opracowaniu* nie wyodrębniono tej grupy osób). Np. osoby, które pobierały zasiłek chorobowy, czy też świadczenie rehabilitacyjne przez długi okres, a następnie po odbyciu rehabilitacji leczniczej utraciły pracę lub prawo do świadczeń (np. świadczenia rehabilitacyjnego). W związku z tym, że nie pobierają świadczeń z FUS, są zaliczane jako osoby skutecznie zrehabilitowane.
- f. Uwzględniając przyjętą metodologię, do grupy osób skutecznie zrehabilitowanych zaliczane są osoby, które przeszły na emeryturę (w *Opracowaniu* nie wyodrębniono tej grupy osób) po odbytej rehabilitacji leczniczej. Osoby te nie pobierają świadczeń z tytułu zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego, czy też renty okresowej, więc są zaliczane jako skutecznie zrehabilitowane. W ocenie NIK jest to nieuzasadnione.

Słabością istniejącego systemu oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej jest również brak informacji, na ile jej wyniki były trwałe, tj. ile osób utrzymało się na rynku pracy po upływie, np. jednego roku. Pomiar trwałości efektów jest w tym wypadku szczególnie istotny. Przy tak wysokim poziomie kosztów, ich ponoszenie ma uzasadnienie, jeżeli utrzymanie na rynku pracy osób poddanych rehabilitacji leczniczej będzie kontynuowane w dłuższym okresie.

(akta kontroli: t. II, str. 92-102, 157-162, 186-191, 281-361)

15. Zgodnie z § 4 *rozporządzenia w sprawie rehabilitacji*, lekarz orzecznik i komisja lekarska zakładu wydają orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, w stosunku do osoby uprawnionej, która rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzaniu rehabilitacji. Oznacza to, że uznając celowość skierowania na rehabilitację lekarz orzecznik musi ocenić, że rehabilitacja ma duże szanse na przywrócenie ubezpieczonemu pełnej sprawności. Zwrócić należy uwagę, że oceny podsumowujące skuteczność rehabilitacji leczniczej realizowanej w ośrodkach rehabilitacyjnych z jednej strony w coraz mniejszym stopniu pozostają w związku z odzyskaniem zdolności do pracy po przeprowadzaniu rehabilitacji, a z drugiej zaś w coraz większym stopniu są zbieżne z ocenami wynikającymi z rehabilitacji leczniczej realizowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Do sierpnia 2015 r. ośrodki rehabilitacyjne w *Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach*

prewencji rentowej ZUS musiały zawrzeć w opinii końcowej ocenę: „zdolny do pracy”, „niezdolny do pracy”, „brak opinii”. Od sierpnia 2015 r. rozróżnia się opinie: „poprawa”, „bez zmiany”, „pogorszenie”, „brak opinii z przyczyny dyscyplinarnej”, „brak opinii z innej przyczyny”. Natomiast w umowach o świadczenie usług rehabilitacyjnych wprowadzono zapis, że *Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS musi zawierać opinię końcową uwzględniającą stan funkcjonalny osoby skierowanej przez Zakład w aspekcie odzyskania zdolności do pracy*. W 2019 r. zapis ten został zmieniony na *Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS musi zawierać opinię końcową uwzględniającą stan funkcjonalny osoby skierowanej przez Zakład*<sup>42</sup>, bez wskazania w jakim stopniu dana osoba odzyskała zdolność do pracy po przeprowadzaniu rehabilitacji.

(akta kontroli: t. II str. 281-365)

Odnosząc się do tych wprowadzonych na przestrzenie ostatnich lat zmian, wskazać należy, że celem rehabilitacji leczniczej jest poprawa stanu zdrowia, ale w aspekcie odzyskania zdolności do pracy. Samo określenie „poprawa stanu zdrowia” nie wskazuje w żaden sposób, czy cel rehabilitacji został zrealizowany, bowiem poprawa stanu zdrowia może nie wiązać się z odzyskaniem zdolności do pracy. Natomiast wprowadzenie takich zapisów do umowy powoduje, że nie wiadomo w ilu przypadkach cel rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ramach prewencji rentowej został zrealizowany.

(akta kontroli: t. I str. 434-467)

16. Z ustaleń kontroli wynika niska skuteczność Zakładu w zakresie rehabilitacji leczniczej osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy<sup>43</sup>. Z *Opracowania* wynika, że w 2017 r. w momencie skierowania na rehabilitację leczniczą, osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy było 7 537, natomiast w okresie 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji liczba ta wzrosła prawie dwukrotnie do 14 307. Zwrócić należy uwagę, że zgodnie z § 4 *rozporządzenia w sprawie rehabilitacji*, lekarz orzecznik i komisja lekarska zakładu wydają orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, w stosunku do osoby uprawnionej, która rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji. Oznacza to, że uznając celowość skierowania na rehabilitację lekarz orzecznik musi ocenić, że rehabilitacja ma duże szanse na przywrócenie ubezpieczonemu pełnej sprawności. Wywiązywanie się z tych obowiązków przez lekarzy orzeczników jest jednak trudne z uwagi na fakt, że na jednego lekarza orzecznika przypada coraz więcej spraw, a czas poświęcony na wydanie orzeczenia został znacznie skrócony przez Naczelnego Lekarza Zakładu z równoczesnym zaleceniem wydawania orzeczeń bez przeprowadzania bezpośredniego badania.

(akta kontroli: t. II str. 25-30, 281-365)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W dziewięciu z 11 profili zwiększył się średni okres oczekiwania od złożenia wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji, w tym w sześciu profilach wynosił powyżej 100 dni. Tym samym nie jest spełnione jedno z założeń rehabilitacji – wczesne rozpoczęcie rehabilitacji. Z wyjaśnień Dyrektor DPR wynika, że przyczynami długiego okres oczekiwania na rehabilitację leczniczą są m.in. brak wystarczającej liczby oferentów, którzy spełniają wymagania ZUS, duża liczba złożonych wniosków o rehabilitację. Ponadto, do grupy osób skutecznie zrehabilitowanych zaliczane są osoby, które nie utrzymały się na rynku pracy.

<sup>42</sup> Zapisy takie zawarto m.in. w konkursach 9-NR.A-2019-2021 i 1-NR-2018-2021.

<sup>43</sup> Liczba zasiłków chorobowych nie zmieniła się w okresie do 12 miesięcy od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej (20,7% przed i 20,4% po odbyciu rehabilitacji). Zmniejszyła się ilość świadczeń rehabilitacyjnych z 32,2% przed do 16,7% po, ale znacznie wzrosła ilość rent z tytułu niezdolności do pracy z 8,5% przed do 16,1%.

(akta kontroli t. I str. 162-163, t. II str. 103)

2. Metodologia obliczania skuteczności rehabilitacji leczniczej realizowanej w ramach prewencji rentowej jest nieprecyzyjna i niemiarodajna. Przy dokonywaniu oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej Zakład nie bierze pod uwagę jej wyników uzyskanych w ośrodkach rehabilitacyjnych. Nie posiada również adekwatnych mierników skuteczności rehabilitacji w stosunku do osób, które przed rozpoczęciem rehabilitacji nie pobierały zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub renty okresowej z tytułu niezdolności do pracy.

(akta kontroli t. II, str. 282-361)

3. Zakład nie posiada wypracowanych mierników i wskaźników pozwalających na określenie poziomu efektywności oraz skuteczności prowadzonej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Wyklucza to możliwość porównywania zakładanych efektów rehabilitacji leczniczej do osiągniętych.

(akta kontroli: t. II str. 157-161, 281-361)

4. Oceny podsumowujące skuteczność rehabilitacji leczniczej realizowanej w ośrodkach rehabilitacyjnych w coraz mniejszym stopniu pozostają w związku z odzyskaniem zdolności do pracy po przeprowadzaniu rehabilitacji, zaś w coraz większym stopniu są zbieżne z ocenami wynikającymi z rehabilitacji leczniczej realizowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, mimo iż cele obu systemów rehabilitacji są różne.

(akta kontroli: t. II str. 157-161, 281-361)

5. Skuteczność Zakładu w zakresie rehabilitacji leczniczej osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy była niska. W większości przypadków osoby te nie powracały na rynek pracy. Zgodnie z § 4 *rozporządzenia w sprawie rehabilitacji*, lekarz orzecznik i komisja lekarska zakładu wydają orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, w stosunku do osoby uprawnionej, która rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzaniu rehabilitacji.

(akta kontroli t. II, str. 281-361)

6. *Instrukcja rozpatrywania pism dotyczących rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez ośrodki współpracujące z ZUS* była niezgodna z art. 221 § 1 *Kpa*. W konsekwencji pisma ubezpieczonych zawierających uwagi odnośnie rehabilitacji leczniczej w ośrodkach rehabilitacyjnych, z którymi Zakład zawiera umowy cywilne, nie były rozpatrywane jako skargi w rozumieniu przepisów *Kpa*. Zgodnie z art. 69 ust. 1 pkt 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, do zakresu działania Zakładu należy prowadzenie prewencji rentowej obejmującej rehabilitację leczniczą ubezpieczonych. W ramach prewencji Zakład kieruje osoby do ośrodków rehabilitacyjnych oraz udziela zamówień na usługi rehabilitacyjne w ośrodkach. Fakt zawarcia umowy cywilnoprawnej z podmiotem prowadzącym ośrodek rehabilitacyjny, nie pozbawia osób skierowanych na rehabilitację możliwości złożenia skargi w zakresie usług świadczonych w ośrodku rehabilitacyjnym, tym bardziej, że Zakład sprawuje kontrolę nad realizacją umowy.

(akta kontroli t. IV str. 238-244, 320-325)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Program rehabilitacji leczniczej realizowany przez ZUS w ramach prewencji rentowej obejmował 11 profili leczniczych dotyczących 248 spośród około 2210 jednostek chorobowych. W większości profili czas oczekiwania od złożenia wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji leczniczej był dłuższy niż 100 dni, co uniemożliwiało wczesne rozpoczęcie rehabilitacji i w konsekwencji opóźniło proces przywrócenia zdolności do pracy. Dodać należy, że w okresie objętym kontrolą sytuacja w tym zakresie uległa pogorszeniu. Wydłużył się średni okres oczekiwania na rehabilitację, a rehabilitacja w profilach innych niż narządu ruchu była realizowana w coraz

mniejszym stopniu. Krytycznie należy również ocenić to, że oceny podsumowujące skuteczność rehabilitacji leczniczej realizowanej w ośrodkach rehabilitacyjnych są w coraz większym stopniu zbieżne z ocenami wynikającymi z rehabilitacji realizowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, mimo iż są to różne systemy, a także liczne przypadki w których ocena ośrodka rehabilitacyjnego jest inna niż stwierdzona podczas badania orzeczniczego

Zakład, mimo podejmowanych działań, funkcjonował w warunkach niewystarczającej obsady kadrowej w zakresie lekarzy orzeczników i lekarzy orzeczników – członków komisji lekarskich. W ocenie NIK, podejmowane w związku z tym działania mają wpływ na jakość świadczonych usług, a także zagrażają sprawnemu i efektywnemu wykonywaniu ustawowych zadań. W szczególności dotyczy to znacznego skrócenia czasu na wydawanie orzeczeń oraz zalecenie do ich wydawania wyłącznie na podstawie zgromadzonych dokumentów z pominięciem bezpośredniego badania. Może to mieć wpływ m.in. na niską skuteczność rehabilitacji leczniczej w grupie osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy, a także malejącą liczbę przypadków identyfikowania przez lekarzy orzeczników osób wymagających rehabilitacji leczniczej, m.in. w trakcie orzekania o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego.

OBSZAR

## **2. Wybór ośrodków rehabilitacyjnych, zawieranie i rozliczanie umów oraz sprawowanie nadzoru nad ich realizacją.**

Opis stanu faktycznego

1. Zakład nie posiada własnych ośrodków rehabilitacyjnych, udziela zamówienia na usługi rehabilitacyjne ośrodkom rehabilitacyjnym wyłącznie po przeprowadzeniu konkursu ofert, ogłaszanego nie później niż w trzecim kwartale roku kalendarzowego, w którym kończy się ważność umów.

W latach 2018-2019 na rehabilitację leczniczą zaplanowano 216 230 tys. zł i 224 570 tys. zł, natomiast wydatkowano 201 250 tys. zł i 204 025 tys. zł. Niższe niż planowano wykonanie kosztów rehabilitacji wynikało m.in. mniejszej liczby zawartych umów, wypowiedzenia przez ośrodki umów o świadczenie usług rehabilitacyjnych oraz niestawiennictwa osób skierowanych w ośrodkach rehabilitacyjnych<sup>44</sup>.

W latach 2018-2019 na realizację rehabilitacji leczniczej wydatkowano odpowiednio: profil schorzeń narządu ruchu w systemie stacjonarnym: 139 076,2 tys. zł i 134 067 tys. zł; profil schorzeń narządu ruchu w systemie ambulatoryjnym: 14 574,8 tys. zł i 14 602,3 tys. zł; profil schorzeń układu krążenia w systemie stacjonarnym: 11 347,8 tys. zł i 13 225,3 tys. zł; profil schorzeń narządu głosu: 8 267,2 tys. zł i 11 346,8 tys. zł; profil schorzeń psychosomatycznych: 7 906,4 tys. zł i 6 930,5 tys. zł; profil schorzeń układu oddechowego: 4 165,8 tys. zł i 4 849,2 tys. zł; profil schorzeń onkologicznych gruczołu piersiowego: 4 062,4 tys. zł i 4 094, 5 tys. zł; profil schorzeń narządu ruchu we wczesnych stanach po wypadkach: 782 tys. zł i 3 141,4 tys. zł; profil schorzeń układu krążenia w systemie ambulatoryjnym: 234 tys. zł i 271 tys. zł; profil schorzeń układu krążenia w systemie ambulatoryjnym monitorowany telemedycznie: 372 tys. zł i 357 tys. zł. W 2019 r. w profilu schorzeń ośrodkowego układu nerwowego wydatki wyniosły 1 061,5 tys. zł.

Łączny koszt rehabilitacji leczniczej uzależniony jest od kilku czynników: liczby osób, które ukończyły rehabilitację; stawki osobodnia; liczby dni, w których prowadzono

<sup>44</sup> Osoby te nie informują Zakładu o rezygnacji z turnusu rehabilitacyjnego przed jego rozpoczęciem, a tym samym o zwolnieniu miejsca w ośrodku. W takiej sytuacji Zakład nie ma możliwości skierowania na to miejsce innych osób, oczekujących w kolejce na turnus rehabilitacyjny, co ma wpływ na zmniejszenie wykonania planu w zakresie kosztów rehabilitacji leczniczej.

rehabilitację, opłaty lokalnej (uzdrowiskowej) oraz zrefundowanych kosztów przejazdu do/z ośrodka rehabilitacyjnego. Różnice w kosztach leczenia w poszczególnych ośrodkach wynikają z różnych dat obowiązywania umów w danym roku; różnej liczby miejsc w turnusie w danym ośrodku; różnych stawek osobodnia zaoferowanych przez ośrodki; liczby umów zawartych z ośrodkiem rehabilitacyjnym w danym roku kalendarzowym; zawierania aneksów do obowiązujących umów – co wpływa np. na zwiększenie liczby miejsc w turnusie.

(akta kontroli t. I, str. 147-149, 301-327, 355, 364-365, t. II str. 1, 7-8, 92, 100-101, 157, 165, 173-185, 236-237)

2. W okresie objętym kontrolą Zakład przeprowadził 67 konkursów ofert na usługi rehabilitacyjne w ramach prewencji rentowej<sup>45</sup> (dalej: konkursy ofert), z czego 11 konkursów (16,4%)<sup>46</sup> zostało unieważnionych z powodu braku ofert, a w 18 konkursach (26,9%) została złożona tylko jedna oferta. Wszystkie konkursy ofert procedowane były w oparciu o *rozporządzenie w sprawie rehabilitacji* oraz *Polityki zarządzania rehabilitacją*. W latach 2018-2019 w zakresie umów zawartych wskutek rozstrzygnięcia konkursów ofert ZUS poniósł koszty w łącznej wysokości 405 274,9 tys. zł (odpowiednio: 201 249,5 tys. zł i 204 025,4 tys. zł).

(akta kontroli t. III str. 82-84, 86-89, t. V str. 246-252)

Kontrolą objęto cztery konkursy ofert, z czego trzy zakończone zawarciem umów z ośrodkami rehabilitacyjnymi oraz jeden konkurs unieważniony. Poniesione koszty w latach 2018-2019 wyniosły 40 929,9 tys. zł. Były to:

- konkurs ofert na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w schorzeniach narządu ruchu w systemie stacjonarnym o nr referencyjnym I-NR-2018-2021. W terminie<sup>47</sup> ośrodki rehabilitacyjne złożyły 14 ofert. W wyniku ich oceny komisja konkursowa stwierdziła, że cztery z nich podlegają odrzuceniu<sup>48</sup>. Na odrzucenie oferty dotyczące niespełnienia wymagań konkursowych jeden ośrodek złożył protest, który po rozpoznaniu przez ZUS nie został uwzględniony. Wartość 10 zawartych umów z ośrodkami w ramach rozstrzygnięcia konkursu wynosiła 77 966,9 tys. zł<sup>49</sup>, z czego w kontrolowanym okresie w ramach ich realizacji poniesiono koszty w wysokości 40 474,9 tys. zł (12 170,3 tys. zł w 2018 r., 28 304,6 tys. zł w 2019 r.);
- konkurs ofert na prowadzenie rehabilitacji w schorzeniach układu krążenia w trybie stacjonarnym o nr referencyjnym II-UK-2020-2022. W terminie do ZUS wpłynęło osiem ofert. Jedna oferta w wyniku kontroli ośrodka rehabilitacyjnego została odrzucona z powodu niespełnienia wymagań konkursowych dotyczących warunków lokalowych, kadrowych i medycznych. W wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert Zakład zawarł trzy umowy o łącznej wartości 16 519,6 tys. zł<sup>50</sup>, z czego w kontrolowanym okresie w ramach ich realizacji nie poniesiono kosztów;
- konkurs ofert na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w schorzeniach narządu ruchu, w systemie ambulatoryjnym o nr referencyjnym IX-NR.A-2019-2021.

<sup>45</sup> 22 konkursy w 2018 r., 45 konkursów w 2019 r.

<sup>46</sup> Siedem unieważnionych konkursów ofert dotyczyło profilu leczenia chorób ośrodkowego układu nerwowego.

<sup>47</sup> Jedna oferta wpłynęła po wyznaczonym w ogłoszeniu terminie na składanie ofert i nie podlegała ocenie.

<sup>48</sup> Trzy oferty odrzucono w wyniku kontroli ośrodków rehabilitacyjnych podczas, których stwierdzono niespełnienie wymagań konkursowych w zakresie warunków lokalowych, kadrowych i medycznych, a jedną ofertę z powodu niespełnienia wymagań konkursowych.

<sup>49</sup> Maksymalna kwota jaką mogły zaoferować ośrodki za jeden dzień pobytu osoby skierowanej na rehabilitację wynosiła 120,00 zł, natomiast kwota najkorzystniejszej oferty wynosiła 83,97 zł, a średnia wartość złożonych 10 ofert, z którymi Zakład zawarł umowy wynosiła 103,61 zł.

<sup>50</sup> Wybór najkorzystniejszych ofert spośród ofert ważnych, uszeregowanych na liście w kolejności od najniższej do najwyższej ceny pobytu dokonywany jest do wyczerpania środków finansowych co wynika z § 13 ust. 4 *rozporządzenia*. Ponadto kwota najkorzystniejszej oferty wynosiła 108,89 zł, a średnia trzech ofert, z którymi ZUS zawarł umowy za jeden dzień pobytu osoby skierowanej na rehabilitację wynosiła 109,26 zł.

W terminie do ZUS wpłynęło dziewięć ofert. W wyniku ich oceny stwierdzono, że dwie z nich podlegają odrzuceniu<sup>51</sup>. Na odrzucenie oferty dotyczące braku aktualnych dokumentów z Urzędu Skarbowego i ZUS jeden ośrodek rehabilitacji złożył protest, który po rozpoznaniu przez komisję odwoławczą nie został uwzględniony. W wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert Zakład zawarł jedną umowę o wartości 1 036,8 tys. zł<sup>52</sup>, z czego w kontrolowanym okresie w ramach jej realizacji poniesiono koszty w wysokości 455 tys. zł (całość kosztów poniesiono w 2019 r.);

- konkurs ofert na prowadzenie pilotażowego programu rehabilitacji leczniczej dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, w systemie stacjonarnym o nr referencyjnym VI-OUN-2019-2020, który został unieważniony na podstawie § 16 ust. 1 pkt 1 *rozporządzenia*, tj. z powodu, iż nie wpłynęła żadna oferta.

(akta kontroli t. III str. 85-89, 92-93, 98-106, 109-117, 124-155)

We wszystkich badanych konkursach określono kryteria oceny ofert zgodne z § 13 ust. 3 *rozporządzenia*. Ranking ofert ustalany był na podstawie zaoferowanych cen jednego dnia pobytu w ośrodku osoby skierowanej na rehabilitację. Pozostałe kryteria pozacenowe dotyczyły kryteriów kwalifikacji i selekcji ośrodków rehabilitacyjnych do udziału w konkursie. Zapisy *rozporządzenia* nie dawały możliwości określenia dodatkowo punktowanych pozacenowych kryteriów oceny ofert, które miałyby istotny wpływ na wyższe standardy jakościowe ośrodków. NIK dostrzega konieczność wprowadzenia zmian legislacyjnych do *rozporządzenia*, które pozwolą ustalać ranking najkorzystniejszych ofert w oparciu o kryteria inne niż cena. Cena nie powinna być jedynym kryterium oceny ofert ponieważ może to wpływać na obniżenie jakości świadczonych usług.

Zakład każdorazowo przed ogłoszeniem konkursu ofert dokonywał szacowania wartości konkursu według wzoru, który stanowił iloczyn planowanych do zakontraktowania miejsc w danym profilu w roku budżetowym, stawki za jeden dzień pobytu osoby i liczby dni w turnusie rehabilitacyjnym. Przed ustaleniem poziomu finansowania poszczególnych profili rehabilitacji, Zakład opracowywał kalkulację konkursów, która uwzględniała środki finansowe na poszczególne profile rehabilitacji, raporty związane z bieżącym monitorowaniem zapotrzebowania na miejsca w podziale na profile schorzeń<sup>53</sup> oraz analizy określające zapotrzebowanie dla miejsc kontraktowych w trybie ambulatoryjnym. Podział środków wynikał z zapotrzebowania na miejsca w poszczególnych profilach schorzeń oraz stawki osobodnia pobytu w ośrodku. Podstawą planowania liczby miejsc w poszczególnych profilach były analizy dotyczące orzeczeń o potrzebie rehabilitacji uwzględniające szeroki zakres danych<sup>54</sup>. Decyzja dotycząca uruchomienia postępowań konkursowych na prowadzenie rehabilitacji leczniczej wraz z podziałem środków finansowych na koszty rehabilitacji leczniczej podejmowana była w formie uchwały Zarządu ZUS.

(akta kontroli t. III str. 75-79, 94-97, 109-116, 352-356, t. IV str. 298-299)

<sup>51</sup> Jedna oferta nie spełniała kryteriów oceny ofert konkursowych w zakresie warunków lokalowych, kadrowych i medycznych oraz w jednej ofercie nie wykazano aktualnych zaświadczeń z Urzędu Skarbowego i ZUS dotyczących niezalegania w podatkach i opłaceniu składek.

<sup>52</sup> Maksymalna kwota jaką mogły zaoferować ośrodki wynosiła 80,00 zł za jeden dzień pobytu osoby skierowanej na rehabilitację. Kwota najkorzystniejszej oferty wynosiła 48,00 zł.

<sup>53</sup> Raporty/zestawienia uwzględnione w kalkulacji dotyczą m.in. wniosków o rehabilitację, liczby orzeczeń o potrzebie rehabilitacji w podziale na źródła kierowania oraz grupy schorzeń, okresu oczekiwania na rehabilitację, wykorzystania zakontraktowanych miejsc na profile i liczbę miejsc zakontraktowanych, umów wygasających w podziale na profile i liczbę miejsc.

<sup>54</sup> M.in.: źródło pochodzenia orzeczenia, rodzaj pobieranego świadczenia, miejsce zamieszkania osób kierowanych na rehabilitację, a także liczbę zakontraktowanych miejsc w poszczególnych profilach schorzeń.

W konkursach na świadczenia usług rehabilitacyjnych dopuszczono możliwość złożenia pełnomocnictwa w formie kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę, na którą pełnomocnictwo zostało wystawione. W ocenie NIK rozwiązanie takie niesie za sobą ryzyko dla sprawnego i skutecznego przeprowadzenia konkursów. Z uwagi na istotność tych postępowań, właściwym rozwiązaniem byłoby zastrzeżenie do tego rodzaju pełnomocnictwa formy pisemnej. Rozwiązanie to jest standardem w innych tego typu postępowaniach, np. w postępowaniu o zamówienie publiczne.

3. W kontrolowanym okresie Zakład obowiązywało 205 umów z ośrodkami świadczącymi usługi rehabilitacyjne<sup>55</sup>. Wszystkie z nich podpisano po przeprowadzonych zgodnie z *rozporządzeniem* konkursach ofert na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. 23 spośród 205 obowiązujących umów rozwiązano<sup>56</sup>. Średnia ilość dni obowiązywania umów, które zostały rozwiązane wynosiła: około 721 dni w 2018 r. i około 608 dni w 2019 r. Wszystkie umowy rozwiązano na wniosek ośrodków rehabilitacyjnych z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia m.in. z przyczyny braku kadry medycznej umożliwiającej realizację umowy, zwiększenia się kosztów stałych świadczenia usług medycznych i utrzymania ośrodka oraz konieczności przeprowadzenia remontu w ośrodku. Ośrodki nie ponosiły przy tym żadnych konsekwencji finansowych, gdyż możliwość rozwiązania umów z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia wynikała z § 18 ust. 5 pkt 2 *rozporządzenia*. Zakład nie zawierał nowych umów z ośrodkami, z którymi rozwiązano umowy o zakresie odpowiadającym wypowiedzianym umowom bez uprzednio przeprowadzonych konkursów<sup>57</sup>.

NIK dostrzega konieczność nowelizacji *rozporządzenia*. Zmiany przepisów powinny dać możliwość naliczenia ośrodkom kar umownych za odstąpienie od umowy przez ZUS lub wykonawców świadczeń rehabilitacyjnych z powodu nie spełniania przez nich warunków umowy. Dotychczasowe przepisy nie zabezpieczają w pełni interesów ZUS oraz osób poddanych rehabilitacji, gdyż każdorazowo ośrodki z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia mogą rozwiązać umowę bez ponoszenia konsekwencji. Powyższe powoduje konieczność rozpisania nowych konkursów lub aneksowania dotychczas zawartych innych umów, co może mieć istotny wpływ na jakość świadczonych usług oraz wydłużony czas oczekiwania na rehabilitację.

Ponadto zdaniem NIK w zakresie umów zawartych na okres powyżej 12 miesięcy zasadne byłoby wprowadzenie do nich zapisów pozwalających na ich waloryzację w przypadku zmiany: stawki podatku od towarów i usług, wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę<sup>58</sup>, zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne – jeżeli zmiany te będą miały istotny wpływ na realizację świadczonych usług. Wprowadzenie do umów możliwości ich waloryzacji pozwoli uniknąć w przyszłości rozwiązania części z nich.

(akta kontroli t. III str. 341-351, 357-371)

<sup>55</sup> 158 umów obowiązywało w 2018 r., a 152 umowy w 2019 r. Wskutek rozstrzygnięcia postępowań konkursowych ogłoszonych w kontrolowanym okresie ZUS zawarł 106 umów (42 umowy w 2018 r., 64 umowy w 2019 r.).

<sup>56</sup> 13 umów rozwiązano w 2018 r. i 10 w 2019 r.

<sup>57</sup> Po rozwiązaniu umów w celu zapewnienia jak najwcześniejszego rozpoczęcia rehabilitacji ZUS podejmował zadania polegające na: organizacji dodatkowych konkursów ofert na świadczenie usług rehabilitacyjnych; zawieranie aneksów na dodatkową liczbę miejsc z ośrodkami rehabilitacyjnymi, które spełniają wymagania kadrowe, lokalowe i medyczne w zakresie zwiększonej liczby osób.

<sup>58</sup> Dz. U. 2018 r. poz. 2177.

Szczegółowym badaniem objęto 12 umów<sup>59</sup>, z czego osiem spośród badanej próby konkursów ofert oraz cztery umowy, w których Zakład skorzystał z możliwości kontroli ośrodka. Łączna wysokość poniesionych z tego tytułu kosztów wyniosła 40 415,7 tys. zł<sup>60</sup>. W trakcie badania umów zawartych z ośrodkami rehabilitacyjnymi stwierdzono, że:

- wszystkie umowy zawierały zapisy wymagane *rozporządzeniem*;
- we wszystkich umowach przewidziano możliwość naliczenia kar umownych m.in. za niespełnienie niektórych wymagań określonych w umowach, nieterminowe przygotowanie dokumentacji do kontroli i niedotrzymanie terminów realizacji umowy. W ocenie NIK określenie zapisów umów pozwalających na uznaniowe naliczanie kar umownych poprzez formułowanie w umowach zapisów takich jak: *...„ma prawo nałożenia na ośrodek kary umownej...”* należy uznać za nieprawidłowe. Zapisy umów z ośrodkami nie powinny dawać możliwości fakultatywnego naliczenia kar umownych. Szczegółowy opis ww. nieprawidłowości zawarto w sekcji: stwierdzone nieprawidłowości.
- usługi rozliczane były zgodnie z postanowieniami umowy<sup>61</sup>. W dokumentacji przekazanej do rozliczenia umowy zawarte były m.in. informacje dotyczące faktycznej liczby dni przebytych w ośrodku przez osoby skierowane na rehabilitację, liczbę osób które ukończyły rehabilitację, informację o wykonanych czynnościach w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej;
- środki finansowe przekazywane podmiotom świadczącym usługi rehabilitacyjne przekazywane były zgodnie z postanowieniami umów<sup>62</sup>;
- w ośmiu przypadkach umowy aneksowano<sup>63</sup>. Aneksy umów dotyczyły zwiększenia liczby osób uczestniczących w jednym turnusie, zwiększenia osobodni w poszczególnych latach lub zmiany konta bankowego ośrodka. Konieczności zmian treści umów wynikały m.in. ze zwiększonej liczby orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej oraz wypowiedzeniu przez niektóre ośrodki umów na prowadzenie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej<sup>64</sup>. Z wyjaśnień ZUS wynika, że w przypadku zwiększenia liczby osób uczestniczących w turnusie wymagania dla ośrodków rehabilitacyjnych zwiększały się proporcjonalnie do liczby kierowanych osób, a ośrodki na piśmie zobowiązywały się do przestrzegania wszystkich warunków kadrowych, lokalowych i medycznych. Zmiany dotyczące zwiększenia liczby osób uczestniczących w jednym turnusie i zwiększenia osobodni w poszczególnych latach były zróżnicowane. Wysokość zmian pierwotnych zapisów umów w zakresie zwiększenia maksymalnej liczby dni pobytu osób skierowanych na rehabilitację w każdym roku obowiązywania umowy względem aneksów oscylowała między min. 1,3%, a maks. 67,3%. Zakład dokonywał zmian treści umów w oparciu

<sup>59</sup> Kontrolą objęto umowy o numerach: 0230-NR.A-2017-2019, 0192-NR-2016-2018, 0277-NR-2018-2020, 0237-NR.A-2017-2019, 0321-NR.A-2019-2021, 0296-NR-2018-2021, 0297-NR-2018-2021, 0298-NR-2018-2021, 0361-UK-2020-2022, 0291-NR-2018-2021, 0292-NR-2018-2021, 0294-NR-2018-2021.

<sup>60</sup> Z uwagi na obowiązywanie części umów wysokość poniesionych kosztów potwierdza stan na 31 maja 2020 r.

<sup>61</sup> Ośrodki rehabilitacyjne do 7 dni po zakończonym turnusie zobowiązane były do przedłożenia następujących dokumentów rozliczeniowych: faktury na kwotę wynikającą z przemnożenia faktycznie wykorzystanej liczby dni pobytu na rehabilitację osób przez cenę pobytu określoną w umowie oraz wykazu osób skierowanych przez ZUS, które ukończyły rehabilitację leczniczą, noty księgowej oraz wykazu osób skierowanych na rehabilitację leczniczą, którym zrefundowano koszty przejazdu, zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS osób które ukończyły rehabilitację, informację o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS osób które ukończyły rehabilitację, zestawienie wykonanych czynności w kolejnych dniach rehabilitacji.

<sup>62</sup> Zgodnie z zapisami umów płatności na rachunek bankowy ośrodków dokonywano w terminie do 30 dni od daty dostarczenia przez ośrodek prawidłowo sporządzonych dokumentów rozliczeniowych.

<sup>63</sup> Umowy o nr: 0230-NR.A-2017-2019, 291-NR-2018-2021, 0292-NR-2018-2021, 0294-NR-2018-2021 oraz 0296-NR-2018-2021 zostały aneksowane dwukrotnie.

<sup>64</sup> Możliwość wprowadzenia tych zmian przewiduje § 18 ust. 4 *rozporządzenia*.



o § 18 ust. 4 *rozporządzenia*, tj. m.in. z ważnych przyczyn leżących po stronie zamawiającego. W ocenie NIK zapisy *rozporządzenia* są nieprecyzyjne w zakresie możliwości zmian umowy, gdyż okoliczności określane jako ważne przyczyny leżące po stronie zamawiającego mają charakter katalogu otwartego. W związku z powyższym zdaniem NIK zasadne jest wprowadzenie zmian w *rozporządzeniu*, które określą precyzyjnie okoliczności umożliwiające dokonanie zmian treści umowy;

- w umowach brak było informacji dotyczących sposobu rezerwacji miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych. Z wyjaśnień ZUS wynika, że rezerwacja miejsc w ośrodkach odbywała się przy wykorzystaniu aplikacji WL (Wspomaganie prewencji Kompleksowego Systemu Informatycznego w Oddziałach ZUS)<sup>65</sup>.

(akta kontroli t. III str. 80-81, 98-108, 300-340, t. IV str. 168-169, 297-304)

4. W 2018 r. ZUS przeprowadził 88 kontroli w zakresie świadczonych usług rehabilitacyjnych w ośrodkach rehabilitacyjnych, w 2019 r. – 75 kontroli. Zrealizowane kontrole dotyczyły wykonania umów w zakresie prowadzonej rehabilitacji rentowej ZUS. Kontrole prowadzone były jako planowe: 80 w 2018 r. i 70 w 2019 r., skargowe: siedem w 2018 r. i jedna w 2019 r. oraz kontrole na wniosek ośrodka: jedną w 2018 r. i cztery w 2019 r.

W 2018 r. prowadzone kontrole dotyczyły: 20 umów zawartych w 2016 r. (spośród 40 umów obowiązujących w 2018 r., co stanowi 50% skontrolowanych umów), 47 umów zawartych w 2017 r. (75 i 63%) i 15 umów zawartych w 2018 r. (34 i 44%). W 2019 r. przeprowadzono kontrole: 32 umów zawartych w 2017 r. (73 i 44%), 23 umów zawartych w 2018 r. (31 i 74%) i 19 umów zawartych w 2019 r. (48 i 40%). Umowy zawarte z ośrodkami rehabilitacyjnymi są kontrolowane co najmniej raz w okresie obowiązywania.

(akta kontroli t. IV str. 265-285)

W okresie objętym kontrolą, spośród 163 kontroli, nieprawidłowości stwierdzono podczas 120 kontrolach<sup>66</sup> i dotyczyły one 96 umów. Sprawdzenia realizacji zaleceń pokontrolnych dokonano w przypadku dwóch umów (2%), a w przypadku 33 umów przeprowadzono ponowne kontrole (34%). W 19 przypadkach kontroli sprawdzających lub ponownych kontroli umowy wystąpiły nieprawidłowości. Dyrektor DPR wyjaśniła, że Zakład przeprowadza kontrole sprawdzające, jeżeli w wyniku analizy „Informacji o przebytej rehabilitacji” zostaną stwierdzone uchybienia mimo wcześniej przeprowadzonej kontroli. Jeżeli uchybienia dotyczą zakwaterowania osób w pokojach niewykazanych w załączniku do umowy, po zapewnieniu ośrodka o usunięciu nieprawidłowości, Zakład nie przeprowadza kontroli sprawdzającej. Biorąc pod uwagę, że weryfikacji wyeliminowania nieprawidłowości dokonano w 36% przypadków zdaniem NIK, Zakład powinien w większym stopniu weryfikować usunięcie nieprawidłowości.

(akta kontroli t. IV str. 265-285, 290)

W okresie objętym kontrolą nie rozwiązano żadnej umowy w związku ze stwierdzonymi w toku kontroli nieprawidłowościami. Na 120 postępowań kontrolnych, w których stwierdzono co najmniej jedną nieprawidłowość, jedynie

<sup>65</sup> Po uprawomocnieniu się orzeczenia o potrzebie rehabilitacji (14 dni) miejsce zostaje zarezerwowane w aplikacji WL. Jest to pierwsze dostępne wolne miejsce w ośrodku położonym najbliżej miejsca zamieszkania ubezpieczonego. Na podstawie rezerwacji emitowane było zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację. W przypadku gdy lekarz orzecznik wskaże w orzeczeniu miejsce lub termin rehabilitacji, realizowane są wskazania lekarza orzecznika. Natomiast gdy osoba kierowana na rehabilitację pobiera świadczenia z ubezpieczenia społecznego (świadczenie, rehabilitacyjne, renta) rehabilitacja musi odbyć się przed zakończeniem pobierania świadczenia i taki termin powinien być rezerwowany.

<sup>66</sup> W 76 kontrolach wystąpiła jedna nieprawidłowość, w 31 kontrolach – 2 nieprawidłowości, w 13 kontrolach – 3 nieprawidłowości.

w czterech przypadkach nałożono kary umowne<sup>67</sup>. Zgodnie z zawieranymi przez Zakład umowami o świadczenie usług rehabilitacyjnych, w przypadku stwierdzenia m.in. niespełnienia przez ośrodek wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych wskazanych w załączniku do umowy, braku realizacji obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej z przebiegu rehabilitacji, zmiany obiektu w którym świadczone są usługi rehabilitacyjne albo zmiany pokoi wskazanych w załączniku do umowy, Zakład ma prawo nałożyć karę umowną w wysokości 1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby ośrodkowi w danym roku, gdyby zrealizował w całości przedmiot umowy. Dyrektor DPR wyjaśniła, że Zakład nakłada kary umowne w szczególności, gdy wielkość uchybień wskazuje na ich negatywny wpływ na oczekiwany efekt rehabilitacji czy gdy kontrola sprawdzająca nie potwierdziła usunięcia nieprawidłowości lub stwierdziła nowe uchybienia. Według Dyrektora DPR, kara umowna stosowana jest jako narzędzie ostateczne.

NIK nie podziela tych wyjaśnień. Zgodnie z art. 484 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny<sup>68</sup>, w razie niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania kara umowna należy się wierzycielowi w zastrzeżonej na ten wypadek wysokości, co oznacza obowiązek do ich dochodzenia. Jednak w umowach zawarto zapis, że Zakład ma prawo nałożenia kar umownych za niespełnianie wymagań określonych w umowie nie precyzując jednak warunków i kryteriów kiedy może ich nie dochodzić. Także żaden dokument wewnętrznie obowiązujący w ZUS nie określał, kiedy nałożenie kary umownej było obligatoryjne w związku z nienależytym wykonywaniem umowy o świadczenie usług rehabilitacyjnych. W ocenie NIK, powoduje to uznaniowość i nieprzejrzystość w nakładaniu kar umownych oraz może to prowadzić do braku ich skuteczności, nierównego traktowania poszczególnych podmiotów, jak również zachęcać do świadczenia usług o niższym standardzie. Odstępstwa od wymagań lokalowych, medycznych czy kadrowych prowadzą do świadczenia usług o niższej jakości, a w rezultacie do niższej skuteczności rehabilitacji.

(akta kontroli t. IV str. 173-174, 291, 317)

5. Kontrolą objęto dobrane w sposób celowy (według liczby stwierdzonych nieprawidłowości) 12 postępowań kontrolnych dotyczących 10 umów<sup>69</sup> (7% kontroli przeprowadzonych przez ZUS). Spośród 12 kontroli, dziewięć zostało zrealizowanych jako planowe, jedna jako kontrola skargowa i dwie jako sprawdzające. Kontrole planowe realizowane były jako kontrole kompleksowe, a zakres dotyczył realizacji przez ośrodek postanowień umownych: przestrzegania wymagań Zakładu dotyczących realizacji programu rehabilitacji leczniczej wymienionych w załączniku nr 1 do umowy, przestrzegania wymagań ZUS dotyczących warunków socjalno-hotelowych i sanitarnych, dokumentowania przebiegu procesu diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnego, prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego oraz działań w zakresie edukacji zdrowotnej.

We wszystkich zbadanych postępowaniach kontrolnych, realizowanych jako kompleksowe kontrole umów (dziewięć kontroli), stwierdzono nieprawidłowości polegające na niespełnieniu wymagań w zakresie kadrowym, lokalowym i medycznym (§ 2 ust. 1 umowy), które zostały wymienione w załączniku nr 1 do umowy oraz nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej z przebiegu rehabilitacji (§ 2 ust. 2 umowy). Najczęściej stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: braku dokumentowania przeprowadzenia badania

<sup>67</sup> W 2018 r. – na jeden ośrodek, w 2019 r. – na dwa ośrodki (w tym jeden ośrodek w ramach dwóch zawartych umów o świadczenie usług).

<sup>68</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1145 ze zm.

<sup>69</sup> Kontrole przeprowadzono w zakresie umów: 0230-NR.A-2017-2019, 0192-NR-2016-2018, 0189-NR-2016-2018, 0237-NR.A-2017-2019, 0277-NR-2018-2020, 0196-NR-2017-2019, 0213-UK-2017-2019, 0274-NR-2018-2020, 0298-NR-2018-2021, 0266-NR-2017-2020.

wstępnego i końcowego fizjoterapeutycznego (w sześciu przypadkach), braku dokumentowania w karcie zabiegowej godzin edukacji zdrowotnej (w pięciu przypadkach), brak realizacji programu rehabilitacji w dwóch cyklach zabiegowych (w trzech przypadkach) i brak dokumentowania w karcie zabiegowej uczestnictwa we wszystkich zabiegach rehabilitacyjnych (w trzech przypadkach)<sup>70</sup>. Ponadto, w sześciu przypadkach stwierdzono zakwaterowanie osób w pokojach innych niż wymienione w załączniku do umowy – wszystkie pokoje spełniały wymogi ZUS. Mimo stwierdzonych w toku postępowań kontrolnych nieprawidłowości w zakresie realizacji umów, w żadnym przypadku nie zostały nałożone kary umowne.

We wszystkich przypadkach weryfikacja realizacji zaleceń pokontrolnych odbyła się na podstawie pisma kontrolowanego podmiotu informującego o usunięciu nieprawidłowości stwierdzonych w toku kontroli. W badanej próbie, w dwóch przypadkach ZUS przeprowadził kontrole sprawdzające<sup>71</sup>. W obu przypadkach kontrole wykazały dalsze nieprawidłowości<sup>72</sup>. W jednym przypadku<sup>73</sup> na podmiot prowadzący ośrodek została nałożona kara umowna w wysokości zgodnej z umową<sup>74</sup>. W drugim przypadku<sup>75</sup> Dyrektor DPR wyjaśniła, że Zakład rozważał odstąpienie od umowy – ostatecznie umowę rozwiązano na wniosek podmiotu prowadzącego ośrodek rehabilitacyjny<sup>76</sup>.

(akta kontroli t. IV, str. 174, tom V str. 1-239)

Kontrole w ośrodkach rehabilitacyjnych prowadzono w oparciu o zapisy *Polityki zarządzania rehabilitacją*. Zespół kontrolerów przeprowadzał czynności kontrolne na podstawie imiennych upoważnień do kontroli. Jako podstawę prawną do kontroli, obok § 19 ust. 1 pkt 3 *rozporządzenia* oraz § 8 odpowiedniej umowy, powoływano zapisy Regulaminu organizacyjnego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Regulaminu organizacyjnego Departamentu Prewencji i Rehabilitacji. Wskazać należy, że regulaminy organizacyjne mają charakter przepisów wewnętrznie obowiązujących i nie powinny być przywoływane w podstawie prawnej upoważnienia do kontroli, bowiem stanowią jedynie podstawę wydania upoważnienia w Zakładzie. Nie stanowią one normy prawnej dla jednostki kontrolowanej.

Spośród dokumentacji 12 postępowań kontrolnych dobranych do badania stwierdzono, że we wszystkich przypadkach (12) protokoły kontroli nie zawierały stanowisk służbowych oraz wykazu załączników do protokołu, co było niezgodne z § 14 ust. 4 pkt 3 i 6 *Polityki zarządzania rehabilitacją*. Ponadto, w dokumentacji dwóch kontroli, w protokołach odwołano się do numerów załączników, których nie oznaczono na dokumentach dołączonych do protokołu<sup>77</sup>. Szczegółowy opis nieprawidłowości znajduje się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

<sup>70</sup> W pozostałych przypadkach stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in.: braku dokumentowania w historii choroby badania kontrolnego, rozpoczynania programu rehabilitacji przed godziną 8.30, braku zatrudnienia co najmniej czterech fizjoterapeutów, realizowania w indywidualnie ustalonych programach rehabilitacji nie mniej niż pięciu zabiegów dziennie, braku jednego stanowiska do elektroterapii, braku zapewnienia całodobowej stacjonarnej opieki lekarskiej, braku realizacji nie mniej niż trzech zabiegów kinezyterapii.

<sup>71</sup> Dotyczy umów: 0237-NR.A.-2017-2019 i 0298-NR-2018-2021.

<sup>72</sup> Polegające m.in. na braku opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas pobytu pacjentów w ośrodku, braku dokumentowania przebiegu rehabilitacji w historii choroby, braku końcowego badania lekarskiego, braku zatwierdzenia wykazu posiłków dla pacjentów przez dietetyka i posiłków niezgodnych w zakresie gramatury i rodzaju poszczególnych składników.

<sup>73</sup> Dotyczy umowy nr 0237-NR.A.-2017-2019.

<sup>74</sup> W wysokości 1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby ośrodkowi w danym roku, gdyby zrealizował w całości przedmiot umowy.

<sup>75</sup> Dotyczy umowy nr 0298-NR-2018-2021.

<sup>76</sup> Prośba o rozwiązanie umowy wpłynęła dzień po zakończeniu czynności kontrolnych w ośrodku rehabilitacyjnym.

<sup>77</sup> W dokumentacji kontroli umowy nr 0192-NR-2016-2018 brak było oznaczenia załącznika nr 2; w dokumentacji kontroli umowy nr 0189-NR-2016-2018 brak było oznaczenia załącznika nr 1.

W dokumentacji wszystkich postępowań kontrolnych (12) zalecenia pokontrolne nie były formułowane w sposób wskazany w § 14 ust. 7 *Polityki*, a mianowicie brak było opisu uchybień oraz sformułowanych zaleceń dla ośrodka rehabilitacyjnego – ograniczały się one do lakonicznej prośby o wyeliminowanie wcześniej stwierdzonych nieprawidłowości. Ponadto, zalecenia pokontrolne stanowiły element protokołu pokontrolnego oraz były przekazywane w sposób nieuprawniony przez zespół kontrolerów, co stanowiło naruszenie § 14 ust. 8 *Polityki*. Zespół kontrolerów, przekazując zalecenia pokontrolne, nie wyznaczał terminu na wyeliminowanie nieprawidłowości a jedynie wskazywał termin na poinformowanie Dyrektora DPR o podjętych działaniach w związku ze stwierdzonymi uchybieniami. Szczegółowy opis nieprawidłowości znajduje się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli t. V str. 252-253)

W maju 2020 r. w Departamencie Prewencji i Rehabilitacji przyjęto dokument „Reguły kontroli realizacji programu rehabilitacji leczniczej”. Dokument ten stanowi uzupełnienie *Polityki*. „Reguły...” nie zawierają jednak zapisów odnośnie sporządzania i wysyłania zaleceń pokontrolnych do ośrodków rehabilitacyjnych.

(akta kontroli t. V str. 224-236)

W przypadku sześciu postępowań kontrolnych<sup>78</sup>, informacja o podjętych przez ośrodek rehabilitacyjny działaniach w związku ze stwierdzonymi w toku kontroli nieprawidłowościami, wpłynęła po terminie wyznaczonym przez zespół kontrolerów. Dyrektor DPR wyjaśniła, że w takich sytuacjach ośrodek był ponaglany telefonicznie.

(akta kontroli t. V str. 224-236)

6. Badania ankietowe wśród osób korzystających z rehabilitacji leczniczej przeprowadzane były w trakcie kontroli problemowych w ośrodkach rehabilitacyjnych m.in. w przypadku wpływających do DPR pism z uwagami osób przebywających na rehabilitacji<sup>79</sup>. Z osobami, które zakończyły korzystanie z rehabilitacji leczniczej ankiety przeprowadzane są tylko w przypadku osób realizujących program rehabilitacji leczniczej z powodu uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Jak wyjaśniła Dyrektor DPR wyniki ankiet służą m.in. ukierunkowaniu kontroli przeprowadzanych w ośrodku np. w odniesieniu do pobierania przez ośrodki dodatkowych opłat, niezgodnych z umową.

(akta kontroli t. IV str. 174, tom V str. 355)

Osoby rehabilitowane przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego są informowane w zawiadomieniu o skierowaniu na rehabilitację o liczbie dni zabiegowych, wymaganej liczbie cykli zabiegowych przypadających na jeden dzień oraz o godzinach ich rozpoczynania.

(akta kontroli t. IV str. 221)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W badanej próbie 12 umów z ośrodkami świadczącymi usługi rehabilitacyjne określono przypadki naruszeń umów, za które Zakład miał możliwość naliczenia kar. W trakcie kontroli stwierdzono, że w siedmiu przypadkach

<sup>78</sup> Kontrole umów o nr: 0230-NR.A-2017-2019, 0192-NR-2016-2019, 0189-NR-2016-2018, 0277-NR-2018-2020, 0196-NR-2017-2019 i 0298-NR-2018-2021.

<sup>79</sup> Pytania dotyczyły jakości żywienia, dostępu do jadłospisu dla pacjentów, serwowania posiłków zgodnie z jadłospisem, serwowania posiłków zgodnie ze wskazaniami medycznymi, zlecenia ćwiczeń w basenie, jak i liczby tych ćwiczeń, codziennego dostępu do lekarza prowadzącego, dostępu do lekarza dyżurnego, możliwości przygotowania ciepłego napoju, dostępu do bezpłatnego czajnika, zachowania ciszy nocnej w ośrodku. Ponadto, w ankietach osoby mogły wpisać inne uwagi dotyczące opieki medycznej, rehabilitacji i warunków pobytu w tym ośrodku.

odstąpiono od naliczenia kar umownych<sup>80</sup>. Np. w przypadku umowy o nr 0321-NR.A-2019-2021 podczas kontroli ZUS z 4 czerwca 2019 r. stwierdzono nie spełnienie przez ośrodek wymagań dotyczących obowiązku zapewnienia opieki pielęgniarskiej, co stanowiło naruszenie § 2 ust. 1 umowy. Zgodnie z zapisami § 9 ust. 3 umowy Zakład miał prawo naliczyć karę umowną w wysokości 1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby ośrodkowi za zrealizowanie w całości w roku, za który naliczana jest kara, przedmiotu umowy (3 456 zł<sup>81</sup>). Z wyjaśnień Zakładu wynika, że podjęcie decyzji o naliczeniu kary umownej uwarunkowane było w szczególności: rodzajem i powtarzalnością uchybień w dokumentacji medycznej oraz ich znaczeniu dla terapeutycznej wartości programu rehabilitacji, liczbą kart zabiegowych, w których stwierdzono uchybienia w odniesieniu do całości skontrolowanej dokumentacji, przyczyny powstałych uchybień oraz wyjaśnień kadry medycznej i kierownictwa ośrodka dotyczących stwierdzonych uchybień, wyników kontroli sprawdzającej oraz skarg ubezpieczonych. Ponadto z uzyskanych wyjaśnień wynika, że kara umowna stosowana była jako narzędzie ostateczne. Zdaniem NIK powyższe zapisy umów mogą wpłynąć na nierówne traktowanie ośrodków rehabilitacyjnych. Brak jednoznacznych zasad dotyczących decyzji co do naliczenia kar umownych może doprowadzić do sytuacji, w której za to samo lub podobne naruszenie zapisów umowy w odniesieniu do różnych podmiotów zostaną podjęte inne decyzje co do ewentualnych sankcji. Dlatego też konieczne jest przyjęcia jednolitych i usystematyzowanych zasad nakładania kar za niewłaściwą realizację umów. Ponadto nie naliczanie kar umownych może mieć istotny wpływ na pogorszenie się jakości i standardów świadczonych usług (ośrodki nie będą się obawiać sankcji za nienależyte wykonanie usług), a tym samym na niską skuteczność świadczonej rehabilitacji.

(akta kontroli t. III str. 80-81, 104-106, 300-328, t. IV str. 299-300)

2. Kontrolą objęto dokumentację 12 kontroli przeprowadzonych w ośrodkach rehabilitacyjnych<sup>82</sup>. Ustalono, że:

**a/** we wszystkich protokołach kontroli nie podano stanowisk służbowych osób przeprowadzających kontrole, co było niezgodne z § 14 ust. 4 pkt 3 *Polityki*. Dyrektor DPR wyjaśniła, że stanowiska służbowe kontrolerów wskazane były w upoważnieniach do kontroli, które stanowiły integralną część protokołu. NIK nie podziela tych wyjaśnień. Zgodnie z § 14 ust. 2 przyjętej w Zakładzie *Polityki*, upoważnienie do kontroli stanowi podstawę do przeprowadzenia czynności kontrolnych w ośrodku rehabilitacyjnym. Upoważnienie nie stanowi integralnej części protokołu (nie jest wykazywane jako załącznik do protokołu) ani nie jest jego elementem. Ani z *Polityki*, ani z żadnych innych uregulowań wewnętrznych nie wynika, aby upoważnienie stanowiło integralną część protokołu. Zgodnie z § 14 ust. 4 pkt 3 *Polityki* protokół powinien zawierać m.in. stanowiska służbowe osób kontrolujących – brak spełnienia wymogu w tym zakresie stanowi naruszenie zapisów *Polityki*.

(akta kontroli t. IV str. 288, t. V str. 1-239, 252-253)

**b/** we wszystkich protokołach kontroli nie sporządzono wykazu załączników do protokołu, co było niezgodne z § 14 ust. 4 pkt 6 *Polityki*. Dyrektor DPR wyjaśniła, że wykaz załączników do protokołu zawarty był w treści protokołu. NIK nie

<sup>80</sup> Naruszenia dotyczyły niespełnienia wymagań m.in. w zakresie zakwaterowania, dokumentowania przebiegu rehabilitacji, realizowania programu rehabilitacji.

<sup>81</sup> W wyliczeniu wysokości kary nie uwzględniono zawartych aneksów.

<sup>82</sup> Kontrole przeprowadzone w zakresie umów: 0230-NR.A-2017-2019, 0192-NR-2016-2018, 0189-NR-2016-2018, 0237-NR.A-2017-2019, 0277-NR-2018-2020, 0196-NR-2017-2019, 0213-UK-2017-2019, 0274-NR-2018-2020, 0298-NR-2018-2021, 0266-NR-2017-2020.

podziela tych wyjaśnień. W treści protokołów kontroli zespół kontrolerów odwoływał się do numerów załączników, bez wskazania ich nazwy czy też zawartości. Ponadto, w dokumentacji dwóch kontroli (17%), na dokumentach dołączonych do protokołu brak było nawet oznaczenia nr załączników<sup>83</sup>. Zgodnie z § 14 ust. 4 pkt 6 *Polityki* elementem protokołu jest wykaz załączników. Zdaniem NIK, wykaz powinien zawierać dokładne wyliczenie dokumentów stanowiących załączniki do protokołu oraz precyzyjnie określać ich zawartość. Natomiast przywołanie nr załączników w poszczególnych fragmentach protokołu nie stanowi wykazu załączników, a tylko odwołanie do nich.

(akta kontroli t. IV str. 288, t. V str. 1-239, 252-253)

**c/** we wszystkich protokołach kontroli zespół kontrolerów w sposób nieuprawniony sformułował zalecenia pokontrolne, co było niezgodne z § 14 ust. 5 i 8 *Polityki*. Zalecenia wysyłane powinny być przez Zakład a nie formułowane w protokole kontroli przez zespół kontrolerów. Ani z treści *Polityki*, ani z treści upoważnienia nie wynika, aby zespół kontrolerów miał uprawnienie do przekazania zaleceń pokontrolnych. Zespół dokonuje jedynie ich sformułowania, o ile stwierdzi niespełnienie przez ośrodek wymagań określonych umową, a powinny być one podpisane i wysłane przez upoważnionych pracowników Zakładu.

(akta kontroli t. V str. 1-239, 252-253)

**d/** we wszystkich protokołach kontroli, zalecenia pokontrolne nie zawierały opisu uchybień oraz zaleceń dla ośrodka rehabilitacyjnego (ograniczały się one do lakonicznej prośby o wyeliminowanie wcześniej stwierdzonych nieprawidłowości). Stanowiło to naruszenie § 14 ust. 7 *Polityki*. Dyrektor DPR wyjaśniła, że ustalenia kontroli formułowane były szczegółowo w załączniku nr 1 i 1a do protokołu, dlatego też kontrolerzy nie powielali ich w treści protokołu, bowiem doprowadzono by w ten sposób do powtórzenia szczegółowych ustaleń z załączników. NIK nie podziela powyższych wyjaśnień. Powstanie wyżej wymienionych nieprawidłowości wynikało bowiem z tego, że postępowanie kontrolne prowadzone było niezgodnie z *Polityką*. Dodać przy tym należy, że w załączniku do protokołu zespół kontrolerów odznaczał jedynie czy dane wymaganie określone w umowie zostało spełnione przez ośrodek czy też nie, bez precyzyjnego opisu stwierdzonych uchybień.

(akta kontroli t. V str. 1-239, 252-253)

**e/** we wszystkich protokołach kontroli nie wyznaczano terminu, nie dłuższego niż 21 dni, na wyeliminowanie nieprawidłowości stwierdzonych w toku kontroli co było niezgodne z § 14 ust. 8 *Polityki*. W protokołach kontroli zespół kontrolny tylko wyznaczał termin na poinformowanie Dyrektora DPR o podjętych działaniach w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami. Zwrócić należy uwagę, że poinformowanie o podjętych działaniach nie jest równoznaczne z obowiązkiem wyeliminowania nieprawidłowości w nieprzekraczalnym terminie 21 dni określonym w *Polityce*.

(akta kontroli t. V str. 1-239, 252-253)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Konkursy ofert na usługi rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej przeprowadzone były zgodnie z przepisami *rozporządzenia*. Stwierdzone w tym zakresie nieprawidłowości nie miały istotnego wpływu na przebieg konkursów. Umowy z ośrodkami rehabilitacyjnymi były zawierane zgodnie z warunkami konkursów, przy czym NIK krytycznie ocenia zapisy dotyczące fakultatywności w naliczaniu kar umownych. Zakład przeprowadzał kontrole w ośrodkach

<sup>83</sup> W dokumentacji kontroli umowy nr 0192-NR-2016-2018 brak było oznaczenia załącznika nr 2; w dokumentacji kontroli umowy nr 0189-NR-2016-2018 brak było oznaczenia załącznika nr 1.

rehabilitacyjnych w zakresie prawidłowości świadczonych usług określonych w umowie. Kontrole te jednak były prowadzone niezgodnie z uregulowaniami wewnętrznymi zawartymi w *Polityce zarządzania rehabilitacją*.

### III. Uwagi i wnioski

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

- Uwaga
1. W zakresie umów zawartych na okres powyżej 12 miesięcy zasadne byłoby wprowadzenie do nich zapisów pozwalających na dokonanie ich waloryzacji w przypadku zmiany: stawki podatku od towarów i usług, wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne – jeżeli zmiany te będą miały istotny wpływ na realizację świadczonych usług.
- Wnioski
- Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:
1. Podjęcie działań w celu skrócenia średniego okresu oczekiwania na rehabilitację leczniczą od złożenia wniosku o rehabilitację do rozpoczęcia rehabilitacji.
  2. Podjęcie działań w celu wypracowania adekwatnych mierników umożliwiających dokonanie oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej uwzględniających cele rehabilitacji leczniczej w podziale na poszczególne grupy ubezpieczonych (np. osoby niepobierające żadnych świadczeń z FUS, osoby pobierające zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne) i trwałość osiągniętych efektów.
  3. Uwzględnianie w ocenie skuteczności wyników rehabilitacji leczniczej osiągniętych w ośrodkach rehabilitacyjnych.
  4. Zawieranie w *Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS* oceny podsumowującej skuteczność rehabilitacji leczniczej, w aspekcie odzyskania zdolności do pracy.
  5. Zwiększenie nadzoru w zakresie ograniczenia występowania znacznych różnic opisu efektów rehabilitacji leczniczej zawartych w *Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS*, a faktycznym stanem funkcjonalnym ubezpieczonego implikującym dalsze pobieranie świadczeń, po ocenionej jako skutecznej rehabilitacji leczniczej przez jednostkę realizującą konkrety profil rehabilitacji.
  6. Podjęcie działań na rzecz zidentyfikowania i wyeliminowania przyczyn niskiej skuteczności rehabilitacji leczniczej osób pobierających renty z tytułu czasowej niezdolności do pracy.
  7. Prawidłową kwalifikację pism ubezpieczonych zawierających uwagi co do rehabilitacji leczniczej w ośrodkach rehabilitacyjnych, jako skargi w rozumieniu art. 221 § 1 Kpa.
  8. Wprowadzenie i stosowanie jednoznacznych zasad i kryteriów naliczania kar umownych.

9. Przeprowadzanie postępowań kontrolnych w ośrodkach rehabilitacyjnych zgodnie z zasadami określonymi w *Polityce zarządzania rehabilitacją*.
10. Kierowanie zaleceń pokontrolnych do ośrodków rehabilitacyjnych zgodnie z zasadami określonymi w *Polityce zarządzania rehabilitacją*.

#### IV. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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


Warszawa, dnia 17 września 2020 r.

Kontrolerzy  
Anita Grzechulska – Ciczek  
Specjalista k.p.  
/-/  
Anna Rżysko  
Specjalista k.p.  
/-/  
Adrian Przepiórka  
Specjalista k.p.  
/-/

Najwyższa Izba Kontroli  
Departament Pracy,  
Spraw Społecznych i Rodziny  
p.o. Dyrektor  
Dariusz Rogowski  
/-/  
podpis

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym  
dokonał:

Najwyższa Izba Kontroli  
Departament Pracy,  
Spraw Społecznych i Rodziny  
p.o. Dyrektor  
Dariusz Rogowski

  
podpis