



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Gdańsku

LGD.410.008.01.2020

Pani Aneta Pawłowska  
Dyrektor  
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych  
Oddział w Gdańsku,  
80-748 Gdańsk, ul. Chmielna 27/33

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Gdańsku, 80-748 Gdańsk, ul. Chmielna 27/33 (dalej: „Oddział”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Aneta Pawłowska, dyrektor Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Gdańsku, (dalej: „Dyrektor”) na stanowisku od 1 grudnia 2016 r.  (akta kontroli str.1-4)
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realizacja zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym warunki kadrowe i organizacyjne.</li><li>2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2018 – 2019. Dla realizacji celów kontroli mogą być wykorzystane dowody sporządzone w latach wcześniejszych oraz w okresie późniejszym, a także dane statystyczne z tych okresów.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Alicja Szczepaniak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LGD/79/2020 z 27 maja 2020 r.</li><li>2. Iwona Miklikowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/93/2020 z 01 czerwca 2020 r., oraz nr LGD 155/2020 z 14 września 2020 r.</li></ol> (akta kontroli str.1-4; 283)

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

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

### OCENA OGÓLNA

Rehabilitacja lecznicza, realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Gdańsku w ramach prewencji rentowej, w latach 2018-2019 była skuteczna, tj. prowadzona w sposób umożliwiający powrót do pracy większości rehabilitowanych osób zagrożonych powstaniem długotrwałej niezdolności do pracy.

### Uzasadnienie oceny ogólnej

Efektom rehabilitacji leczniczej realizowanej przez Oddział był m.in. jej spadek (w badanej próbie 72 spraw) o 5,2%<sup>3</sup> liczby dni wykorzystanych na świadczenia ZUS, poprawa stanu funkcjonalnego u 75% klientów<sup>4</sup> i powrót do pracy, w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji, 52,8% osób<sup>5</sup> (w tym okresie w zatrudnieniu nadal pozostawało 83,3% osób poddanych rehabilitacji<sup>6</sup>). Ponadto w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji wypłacono niższe o 5,8% świadczenia<sup>7</sup> niż w ciągu roku przed jej zakończeniem. Niemniej jednak około 38,9% klientów<sup>8</sup>, pomimo odbytej rehabilitacji, przebywało w dalszym ciągu na świadczeniu rehabilitacyjnym lub rencie. Była to jednak sytuacja niezależna od ZUS, bowiem ocena skuteczności rehabilitacji w tych sprawach jest trudna do przewidzenia, choroba miewa różny, czasem bardzo burzliwy przebieg, niezdolność do pracy spowodowana jest współistnieniem kilku schorzeń, ZUS nie ma wpływu na przebieg diagnostyki i leczenia, a w niektórych schorzeniach efekt poprawy stanu zdrowia bywa krótkotrwały.

Dla prawidłowej realizacji tych zadań, Oddział zatrudniał lekarzy orzeczników, członków komisji lekarskich oraz konsultantów. Lekarzy tych zatrudniano zgodnie z obowiązującymi przepisami i uregulowaniami wewnętrznymi ZUS. Lekarze spełniali wymogi rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy<sup>9</sup>, (dalej: „rozporządzenie o orzekaniu”), tj. byli specjalistami oraz odbyli przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS<sup>10</sup>. Zatrudnieni lekarze orzecznicy, członkowie komisji lekarskich i konsultanci mieli możliwość stałego podnoszenia swoich kwalifikacji. Jednak obsada etatów lekarzy orzeczników była w całym okresie niższa od planowanej (a w 2019 r. niedobór wyniósł nawet 21%), podczas gdy nastąpił wzrost o 9% liczby orzeczeń ogółem. Tym samym wywiązywanie się Oddziału z realizacji zadań w zakresie orzecznictwa było utrudnione z uwagi na fakt, że na jeden etat lekarza orzecznika przypadało coraz więcej spraw (o 20%), a czas poświęcony na wydawanie orzeczeń (w tym dot. rehabilitacji leczniczej) został znacznie skrócony. Na pozytywną ocenę zasługuje jednak to, że stwierdzone obciążenie lekarzy orzeczników nie skutkowało zarzutami wadliwości orzeczeń o rehabilitacji leczniczej.

Orzeczenia o potrzebie rehabilitacji były wydawane w sposób zgodny z przepisami §§ od 2 do 5 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r.

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

<sup>3</sup> W poszczególnych, poddanych badaniu grupach, wskaźnik wykorzystania dni na świadczenia udzielane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, liczony w ciągu roku od daty zakończenia rehabilitacji w stosunku do roku przed zakończeniem rehabilitacji, kształtował się następująco: 1. w grupie osób, które na rok przed zakończeniem rehabilitacji nie przebywały na zwolnieniach lekarskich związanych ze schorzeniami, na które były rehabilitowane, w ciągu roku po rehabilitacji na zwolnieniach lekarskich wykorzystano 927 dni, 2. w grupie osób, które pobierały świadczenia z ZUS na schorzenia, na które miały być rehabilitowane – wskaźnik wzrósł o 41,3%, 3. w grupie osób przebywających na świadczeniu rehabilitacyjnym zmalał o 46,2%, 4. w grupie osób pobierających rentę zmalał o 7%.

<sup>4</sup> W poszczególnych grupach odpowiednio poprawa stanu funkcjonalnego: u 94,4%; 44,4%; 55,6% i 55,6% osób rehabilitowanych.

<sup>5</sup> W poszczególnych grupach odpowiednio powrót do pracy: 88,9%; 38,9%; 66,7%; 16,7%

<sup>6</sup> W poszczególnych grupach odpowiednio pozostawanie w zatrudnieniu: 88,9%, 94,4%; 88,9%; 94,4%

<sup>7</sup> W poszczególnych grupach odpowiednio wypłata świadczeń: spadek o 6,7%; spadek o 50,5%; wzrost o 115,1%, wzrost o 50,3%

<sup>8</sup> W poszczególnych grupach odpowiednio brak powrotu do pracy: 5,5%; 55,5%; 22,2%; 77,8%

<sup>9</sup> Dz. U. Nr 273, poz. 2711, ze zm.

<sup>10</sup> § 11 ust. 1 rozporządzenia o orzekaniu.

w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne<sup>11</sup> (dalej: „rozporządzenie o rehabilitacji”). W uzasadnieniach i podsumowaniu ustaleń orzeczeń o konieczności przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej stwierdzono jednak brak niektórych elementów wymaganych wewnętrzną procedurą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Procedura do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń<sup>12</sup>), nie skutkujący nieważnością kierowania na turnusy rehabilitacyjne.

Losowy przydział spraw do lekarzy orzeczników (tj. zgodny z procedurami wewnętrznymi ZUS), sprawił, że w 54,2% przypadków lekarze orzekali w sprawach, w których ich specjalizacja nie była zgodna z ocenianą jednostką chorobową.

Wnioski o rehabilitację rozpatrzono terminowo i zgodnie z procedurami ZUS. Jednakże 79% wnioskodawców, pomimo iż wczesność rehabilitacji jest jednym z elementów jej skuteczności, oczekiwało powyżej 30 dni od momentu emisji skierowania do rozpoczęcia rehabilitacji. Przyczyną oczekiwania na rehabilitację powyżej 30 dni, był w 41,7% brak miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych (przydzielanych centralnie), a w 44,4% spraw – zgodna z Procedurą

9.1 – realizacja próśb pacjentów o kierowanie na turnusy rehabilitacyjne w podawanych przez nich terminach, bądź do wybranych przez nich ośrodków rehabilitacyjnych.

We wszystkich sprawach, w których lekarze orzecznicy uznali brak potrzeby rehabilitacji, postępowanie było zgodne z obowiązującymi w ZUS procedurami.

Działalność informacyjno-promocyjna Oddziału nt. rehabilitacji leczniczej była nieznaczna, lecz odpowiednio ukierunkowana.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>13</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

a) Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Gdańsku (dalej: „Oddział”) zatrudniał łącznie 26 w 2018 r. i 29 w 2019 r. lekarzy w komórkach orzecznictwa lekarskiego. Liczba zatrudnionych lekarzy orzeczników wyniosła odpowiednio 22 i 25 osób (21 i 19 etatów), a liczba zatrudnionych lekarzy członków komisji lekarskiej ZUS – 10 osób w każdym roku. Plan zatrudnienia to 21 i 24 etaty.

(akta kontroli str.286)

Zgodnie z przepisami rozporządzeniem o orzekaniu, lekarzem orzecznikiem i członkiem komisji lekarskiej może być lekarz, który jest specjalistą, szczególnie w zakresie następujących dziedzin medycyny: choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria, medycyna pracy, medycyna społeczna oraz odbył przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 277.

<sup>12</sup> Procedura wprowadzona zarządzeniem nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r.

<sup>13</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>14</sup> § 11 ust. 1 rozporządzenia o orzekaniu.

Wszyscy lekarze spełniali wyszczególnione w rozporządzeniu o orzekaniu warunki.  
(akta kontroli str.211;215-216)

W badanym okresie odbyło się 12 konkursów na lekarzy orzeczników (sześć konkursów w 2018 r. i sześć w 2019 r.). Zarówno w 2018 r. jak i w 2019 r. konkursy dotyczyły 10 etatów. W wyniku pięciu konkursów nie zatrudniono odpowiedniej liczby lekarzy (o trzech mniej w 2018 r. i o dwóch mniej w 2019 r.).

(akta kontroli str.8-9)

Dyrektor wyjaśniła, że przyczyną nie zatrudnienia odpowiedniej liczby lekarzy było małe zainteresowanie ogłoszeniami o rekrutacjach.

(akta kontroli str.20-21)

Wszystkie konkursy na lekarzy orzeczników były zgodne z art. 74a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych<sup>15</sup>, tj. m.in.: konkursy miały charakter otwarty, ogłoszenia o naborze zamieszczano w Biuletynie Informacji Publicznej, terminy do składania dokumentów były dłuższe niż 14 dni od dnia publikacji, upowszechniono listy kandydatów, którzy spełnili wymogi formalne, sporządzono protokoły prowadzonego naboru.

(akta kontroli str.115-198)

Nabór pracowników do Oddziału na wolne stanowiska odbywał się na podstawie Instrukcji - nabór pracownika, będącej załącznikiem nr 3 do Procedury: 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników<sup>16</sup>.

(akta kontroli str.22-38)

Dyrektor skierowała w latach 2018-2019 jedno pismo do Departamentu Spraw Pracowniczych w Centrali ZUS (dalej: „DSP”) o nowe etaty dla Oddziału (4 września 2019 r.). Oddział zwrócił się o pięć nowych etatów, wraz z funduszem wynagrodzeń, w związku z orzekaniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, dla celów uzyskania uprawnień do świadczenia. Wiązało się to z nowym zadaniem ZUS, którego realizację rozpoczęto od 1 października 2019 r.

(akta kontroli str.34)

W odpowiedzi Dyrektor DSP zgodził się, że Oddział potrzebuje na realizację zadań pięć etatów i podjął decyzję o zwiększeniu etatów o 2,8 oraz polecił pozostałe 2,2 etatu lekarzy orzeczników wygospodarować z dotychczasowych zasobów.

(akta kontroli str.35)

Zapytana o wpływ decyzji Dyrektora DSP na jakość realizowanych zadań, Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że wystąpienie o nowe etaty związane było z przewidywanym znacznym wpływem wniosków o nowy rodzaj świadczenia – świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Z ustawy, która miała wejść w życie od 1 października 2019 r., według danych szacunkowych, mogło skorzystać około 30 tysięcy osób. W dużej części tych wniosków ustalenie prawa do świadczenia wiązało się z koniecznością przeprowadzenia postępowania orzeczniczego. Zatem wystąpienie o dodatkowe etaty lekarzy orzeczników było niezbędne dla zapewnienia prawidłowej realizacji tego zadania. Powyższa decyzja wpłynęła na zmniejszenie liczby przypadających postępowań orzecznich na jednego lekarza orzecznika, co zapewne pośrednio wpłynęło pozytywnie na jakość realizowanych zadań.

Do końca 2019 r. lekarze orzecznicy Oddziału do celów nowego świadczenia wydali ponad 11,5 tysiąca orzeczeń. Przy tak znaczącym wzroście postępowań, Oddział nadal utrzymał w IV kwartale 2019 r. standard wskaźnika zmianowości orzeczeń (poniżej 2%).

(akta kontroli str.200)

<sup>15</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 266, ze zm.

<sup>16</sup> Procedura wprowadzona Zarządzeniem Nr 56 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r.

Dyrektor wyjaśniła, że Oddział nie tworzy planów dotyczących liczby zatrudnianych lekarzy konsultantów. Liczba ta uzależniona była od potrzeb (analizowanych na podstawie poprzednich lat) i musi gwarantować terminowość załatwienia wniosków w postępowaniu orzeczniczym. Liczba lekarzy konsultantów/psychologów w danej specjalizacji była uzależniona od rodzaju schorzeń występujących we wnioskach.

(akta kontroli str. 21)

Analiza orzeczeń pierwszorazowych wydanych do celów rentowych w latach 2018-2019 wykazała, że najczęstsze, w ujęciu rozpoznań medycznych, były: nowotwory, choroby układu krążenia, choroby zwyrodnieniowe stawów biodrowych i choroby urazów kończyn dolnych.

Analiza orzeczeń ponownych dla celów rentowych wykazała wysoki odsetek schorzeń: psychiatrycznych, chorób układu krążenia i chorób układu kostno-stawowego.

(akta kontroli str.202-203)

W badanym okresie priorytetem dla Oddziału był nabór lekarzy ze specjalizacjami z zakresu: choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria, ortopedia, medycyna rodzinna i medycyna pracy.

(akta kontroli str.203)

Liczba spraw kierowanych do rozpatrzenia przez lekarzy orzeczników i komisji lekarskich wynikała z ustanowionych parametrów czasowych (40 minut na badanie bezpośrednio rentowe, 20 minut na badanie na podstawie dokumentacji medycznej). Przyjmując ośmiogodzinny dzień pracy zarówno w roku 2018 jak i 2019 obciążenie na jedną godzinę nie przekroczyło norm przyjętych w tym harmonogramie.

(akta kontroli str.200-201)

Łączna liczba orzeczeń wydanych w 2018 r. wyniosła 59 010 a w 2019 r. 64 381 (przyrost o 9%). Średnia liczba wydanych orzeczeń na etat<sup>17</sup> wyniosła odpowiednio 2 823 i 3 396 w roku, 235 i 283 w miesiącu, 11,2 i 13,4 dziennie na jednego lekarza orzecznika.

(akta kontroli str.201, 284-285)

Liczba wniosków o rehabilitację leczniczą wyniosła w 2018 r. 4 129 i w 2019 r. 4 628 (wzrost o 12%), w tym na wniosek lekarza leczącego z 4 125 do 4 510 (o 9%).

Liczba wydanych orzeczeń o rehabilitacji leczniczej wyniosła 5 540 i 5 486 (spadek o 1%), i były one wydawane głównie na wniosek lekarza leczącego (74% i 82% orzeczeń w roku)<sup>18</sup>. Zmniejszeniu uległ natomiast udział: liczby wydanych orzeczeń w związku z ustalaniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego (z 17% do 13% orzeczeń w roku), z ustalaniem niezdolności do pracy do celów rentowych (z 7% do 5% orzeczeń) i z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich (z 2% do 1%).

(akta kontroli str.201, 284-285)

W sprawie malejącej aktywności lekarzy orzeczników w inicjowaniu wydawania orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej, Dyrektor wyjaśniła, że liczba orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej ZUS na wniosek lekarza leczącego wzrosła, zdaniem Dyrektora, na skutek akcji informacyjnej ZUS, zwłaszcza prowadzonej w trakcie szkoleń lekarzy. Wzrosła liczba skierowań od lekarzy leczących pacjentów przebywających na długotrwałym zwolnieniu lekarskim, pobierających świadczenia rehabilitacyjne, czy rentę.

<sup>17</sup> Do wyliczenia średniej dziennej liczby wydanych orzeczeń przyjęto dni robocze w analizowanym okresie (2018 – 2019) bez nieobecności (urlopy i zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy).

<sup>18</sup> W 2017 r. 67%

Dyrektor dodała, że podczas rozmów telefonicznych, dotyczących wyjaśnienia okoliczności związanych z długotrwałą, a zwłaszcza powtarzającą się niezdolnością do pracy orzekaną w ramach zwolnień, ZUS zalecał skierowanie na rehabilitację.

(akta kontroli str.284-285)

W 2018 r. wniesiono trzy zarzuty wadliwości orzeczeń, z czego uznano jeden. W 2019 r. nie wniesiono zarzutów.

(akta kontroli str.284-285)

Wg stanu na 28 maja 2020 r. średni poziom wynagrodzeń lekarzy orzeczników wyniósł 10 172,71 zł a lekarzy – członków komisji lekarskich 10 164,44 zł.

(akta kontroli str.9)

Wynagrodzenia lekarzy orzeczników Oddziału były zgodne z „Tabelą stanowisk i wynagrodzeń zasadniczych pracowników Zakładu” stanowiącą załącznik do protokołu dodatkowego nr 21 do Zakładowego Układu Zbiorowego Pracy dla pracowników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Według powołanego wyżej dokumentu wynagrodzenia lekarzy orzeczników mieściły się w trzeciej grupie zaszerogowania, tj. pracowników o wysokich kompetencjach z bardzo dużą wiedzą specjalistyczną.

(akta kontroli str. 223-224)

Na pytanie, czy poziom wynagrodzeń lekarzy orzeczników zapewniał warunki dla stabilnego i trwałego zatrudnienia, Dyrektor wyjaśniła, że o wysokości wynagrodzenia lekarza na rynku pracy decyduje m.in. specjalizacja i staż pracy. Według raportu przygotowanego przez Strefę Biznesu lekarz pracujący powyżej 10 lat może liczyć na pensję w granicach 8 515 zł brutto. Zatem ZUS, jako pracodawca pozyskując tak wyszkoloną i kompetentną specjalistyczną kadrę powinien zapewnić i zapewniał wysoki poziom wynagrodzenia na tle innych pracowników Zakładu, jak również porównywalny z rynkiem zewnętrznym. Bez wątplenia na stabilne i trwałe zatrudnienie w tej grupie zawodowej decydujący wpływ miała duża konkurencyjność rynku zewnętrznego i związana z nim komercjalizacja plac. W ocenie Dyrektor na trwałe i stabilne zatrudnienie miały wpływ również warunki pracy, a wśród nich przede wszystkim ośmiogodzinny czas pracy w stałych porach, przewidywalność zadaniowa oraz znacznie niższe niż w innych miejscach pracy obciążenie psychofizyczne wykonywanymi zadaniami.

(akta kontroli str. 223-224)

W 2018 r. zwolniło się ośmiu lekarzy a przyjęto siedmiu, a w 2019 r. – odpowiednio - sześciu i dziewięciu. Średni wiek lekarzy na koniec 2018 r. wyniósł 60,4 lat, a na koniec 2019 r. 61,44 lat.

(akta kontroli str.9-10)

W badanym okresie główną przyczyną odejść był wiek i związane z nim nabycie uprawnień emerytalnych. Z 11 lekarzy, ośmiu (73%) przeszło na emeryturę, a trzech (23%) odeszło za porozumieniem stron.

(akta kontroli str. 223-224)

Analiza wskaźników wydajnościowych, jakościowych i sprawnościowych wykazuje, że w latach 2018-2019 Oddział osiągał w obszarze orzecznictwa lekarskiego wszystkie standardy określone w „Ocenie i monitoringu realizacji zadań w oddziałach”. Zasoby kadrowe były w tym okresie wystarczające do realizacji zadań związanych z orzecznictwem lekarskim.

(akta kontroli str. 199 i 213)

Dla orzeczeń dla celów rehabilitacji leczniczej, wskaźnik zmienionych orzeczeń wyniósł 1,8% w obu latach (standard wskaźnika 2%). W 2018 r. spośród 255 sprzeciwów, 183 (72%) zostało rozpatrzonych pozytywnie, a w 2019 r. z 235 sprzeciwów - 156 (66%).

(akta kontroli str. 213, 284-285)

Dyrektor wyjaśniła, że zmiana ustaleń orzecznicych dokonywana przez komisję lekarską wynika nie tylko z innej oceny celowości rehabilitacji leczniczej, ale również uwzględnia wnioski o zmianę trybu rehabilitacji z wyjazdowej na ambulatoryjną, zmianę profilu, czy miejsca odbywania rehabilitacji na wniosek osoby ubezpieczonej.

(akta kontroli str. 284-291)

Zmianowość orzeczeń była następująca:

- w 2018 r. – 72 zmiany orzeczeń, w tym 51 dotyczyło zmiany trybu rehabilitacji (z ambulatoryjnej na stacjonarną lub odwrotnie),
- w 2019 r. – 79 zmian orzeczeń, w tym 36 dotyczyło zmiany trybu rehabilitacji.

– (akta kontroli str. 284-291)

Dyrektor wyjaśniła, że w obecnym stanie epidemicznym (18.06.2020 r.) Oddział nie realizuje zadań orzecznicych w pełnym zakresie, ponieważ decyzją Sztabu Kryzysowego ZUS zostały one ograniczone. W związku z tym wskaźniki i ocena oddziałów zostały zawieszona, ale zadania założone w planie realizowane były bez zbędnej zwłoki. Lekarze orzecznicy byli zatrudniani do wszystkich kategorii zadań (wszyscy posiadają jednorodny zakres obowiązków i uprawnień), a w związku z tym zarządzający mogli w sposób płynny przydzielać im do wykonania zadania priorytetowe. Ponieważ część zadań w obszarze orzecznictwa została zawieszona, Dyrektor nie mogła oszacować czy obsada kadrowa lekarzy orzeczników była w trakcie kontroli NIK wystarczająca.

(akta kontroli str.199)

Liczba nadgodzin w obszarze orzecznictwa lekarskiego wyniosła osiem w 2018 r. (konieczność weryfikacji wstecznych zwolnień lekarskich) i 393 w 2019 r. (nowe zadanie ZUS).

(akta kontroli str.201)

**b)** Liczba konsultantów (lekarze i psychologzy), z którymi Oddział współpracował wyniosła w 2018 r. łącznie 32 (28 lekarzy i czterech psychologów) i 46 w 2019 r. (43 i trzech).

(akta kontroli str.10)

Konsultanci wybierani byli w ramach wewnętrznej procedury, ustalonej przez Głównego Lekarza Orzecznika. Zgodnie z procedurą powoływana była Komisja negocjacyjna zatwierdzana przez Dyrektora, która po sprawdzeniu wymogów formalnych i przeprowadzeniu negocjacji dotyczących wysokości stawki za wydanie opinii jednostkowej zatwierdzała kandydatów.

(akta kontroli str.10)

W Procedurze 9.1 Wydawanie orzeczeń zapisano, że każdy oddział współpracuje z co najmniej dwoma konsultantami Zakładu posiadającymi tę samą specjalizację. Oddział nie zatrudnił co najmniej po dwóch lekarzy konsultantów tej samej specjalizacji. W 2019 r. dotyczyło to: reumatologii, diabetologii, okulistyki, foniatrii, chorób płuc, laryngologii, chorób zakaźnych, onkologii, geriatry i toksykologii.

(akta kontroli str. 225)

Dyrektor wyjaśniła, że zatrudnienie lekarzy konsultantów uzależnione było od powtarzalności schorzeń wyszczególnionych na wnioskach ubezpieczonych w sprawie niezdolności do pracy, świadczenia rehabilitacyjnego oraz procentowego uszczerbku na zdrowiu w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową. Z analizy tych wniosków wynikało, że najczęściej było schorzeń narządu ruchu, psychiatrycznych i internistycznych. Dlatego Oddział zatrudniał po kilku lekarzy: ortopedów, neurologów, psychiatrów, chirurgów, kardiologów oraz psychologów i laryngologów<sup>19</sup>. Liczba konsultacji z zakresu: pulmonologii, diabetologii,

<sup>19</sup> W trakcie kontroli NIK każdy laryngolog posiadał specjalizację z zakresu audiologii i foniatrii



reumatologii, onkologii i chorób zakaźnych była mała (kilka spraw miesięcznie). Pozyskanie do współpracy lekarzy z wyżej wymienionych specjalizacjach było trudne z powodu dużego obciążenia pracą w podstawowych placówkach ochrony zdrowia, gdzie zatrudnieni byli lekarze tych specjalizacji.

Ponadto wśród zatrudnionych lekarzy orzeczników byli lekarze reumatolodzy (trzech), pulmonolodzy (dwóch), diabetolog (jeden), a więc istniała możliwość konsultacji wewnętrznych.

Zgodnie z wytycznymi Departamentu Orzecznictwa lekarskiego od 1 października 2019 r. Oddział zatrudnił 15 nowych konsultantów (umowa do 31 grudnia 2020 r.) dla potrzeb realizacji wniosków o świadczenie uzupełniające. Wśród nich byli specjaliści z zakresu toksykologii i geriatrii.

(akta kontroli str. 225)

Oddział współpracował z ośmioma w 2018 r. i sześcioma w 2019 r. podmiotami świadczącymi usługi w zakresie wykonywania badań dodatkowych lub obserwacji.

Wyboru tych podmiotów dokonano w oparciu o Procedurę dotyczącą udzielania zamówień publicznych o wartości nieprzekraczającej 5 000 euro, zawartą w Zasadach dokonywania zakupów w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Powołana przez Głównego Lekarza Orzecznika Komisja dokonała wyboru podmiotów w oparciu o kryteria: ocena badań diagnostycznych, termin realizacji badań, usytuowanie placówki medycznej.

(akta kontroli str.10-17)

Konsultanci wydali 2 624 opinii w 2018 r. i 4 153 w 2019 r. (średniorocznie 82 i 90 opinii na konsultanta).

(akta kontroli str.17)

Średnie roczne wynagrodzenie konsultantów na umowach o dzieło wyniosło w 2018 r. 18 020 zł dla psychologów i 13 595 zł dla lekarzy, a w 2019 r. odpowiednio 19 395 zł i 16 848,89 zł.

Średnie roczne wynagrodzenie konsultantów prowadzących działalność gospodarczą wyniosło w 2018 r. 9 650 zł dla psychologów i 14 166,74 zł dla lekarzy, a w 2019 r. odpowiednio 11 730 zł i 24 440,09 zł.

(akta kontroli str.17-18)

c) W ZUS obowiązywał Program szkolenia dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich zatwierdzony przez Prezesa ZUS. Program ten określał zakres, organizację oraz sposób udokumentowania odbycia obowiązkowego szkolenia przez lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskich. Naczelnny lekarz ZUS oraz Dyrektor ds. Pracowniczych zatwierdzili i przekazali do wdrożenia przez Oddziały Program szkolenia tej grupy pracowników.

Wszyscy nowozatrudnieni lekarze odbyli szkolenie przed przystąpieniem do zadań. Oddział nie dysponował informacjami o podnoszeniu kwalifikacji zawodowych przez zatrudnionych lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich.

(akta kontroli str.39-52)

Lekarze w badanym okresie uczestniczyli w 32 szkoleniach: cztery organizowane przez Centralę ZUS, dwa przez Oddział i 26 przez inne jednostki (m.in. zjazdy naukowe, kongresy). Łącznie z Oddziału przeszkolono w nich 60 uczestników (spośród zatrudnionych lekarzy). Najczęstszym tytułem szkoleń był „ICF - podstawy do orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy” – 10 spotkań szkoleniowych.

(akta kontroli str. 39-52)

d) Za komunikację medialną w ZUS odpowiada Rzecznik Prasowy Zakładu i Centrum Komunikacji Medialnej, w skład którego wchodzi Regionalni Rzecznicy Prasowi.

Gabinet Prezesa ZUS opracował informację w zakresie komunikacji medialnej dotyczącej rehabilitacji leczniczej.

Oddział w Gdańsku ściśle współpracował z Regionalnym Rzecznikiem Prasowym przygotowując dane statystyczne i udzielając wsparcia merytorycznego. Ekspersi z Oddziału występowali w mediach i brali udział w działalności informacyjno-promocyjnej.

Działalność informacyjno-promocyjna w zakresie rehabilitacji leczniczej podjęta z własnej inicjatywy Oddziału:

- organizacja 11 maja 2018 r. Dnia Osób z Niepełnosprawnością edycja: „Sięgnij po sukces”. W programie był wykład eksperta ZUS pt. „Rehabilitacja lecznicza”. Działanie podjęte z własnej inicjatywy w ramach realizowanego przez ZUS corocznego wydarzenia poświęconego osobom z niepełnosprawnością. Wydarzenie miało charakter otwarty. Celem było dotarcie do jak najszerszego grona odbiorców i promowanie idei wyrównywania szans i poszanowania praw osób z niepełnosprawnością.
- organizacja 18 lipca 2018 r. spotkania informacyjnego dla przedsiębiorców wspólnie z organizacją „Pracodawcy Pomorza”. W programie był wykład eksperta ZUS pt. „Prewencja i rehabilitacja w ramach ZUS”. Działanie to podjęto z własnej inicjatywy Oddziału, w ramach długoletniej współpracy z organizacją Pracodawcy Pomorza. Wydarzenie miało charakter otwarty. Celem wydarzenia było dotarcie do docelowego odbiorcy, jakim byli przedsiębiorcy, którzy również należą do grona osób ubezpieczonych, i przekazanie im aktualnych informacji na temat działalności ZUS w dziedzinie prewencji.
- nagranie w TVP (5 marca 2019 r.) dotyczące propagowania rehabilitacji leczniczej w ZUS.

W związku z ww. wydarzeniami Oddział nie ponosił dodatkowych kosztów. Wszystkie działania miały na celu promocję prewencji oraz zapoznanie grup docelowych z wymogami formalnymi i prawnymi dotyczącymi tej sfery działalności ZUS.

(akta kontroli str. 226-227)

e) Na koszty orzecznictwa lekarskiego zaplanowano: 1 414,4 tys. zł w 2017 r., 1 526,0 tys. zł w 2018 r. i 1 939,6 tys. zł w 2019 r. (przyrost 2017-2019 o 37%)

Wykonanie kosztów orzecznictwa lekarskiego wyniosło odpowiednio: 1 335,5 tys. zł, 1 322,3 tys. zł i 1 485,8 tys. zł (rzeczywisty przyrost o 11%). Plan wykonano w 94%, 87% i 77%.

W strukturze kosztów Wydziału były: zakup usług zdrowotnych na rzecz osób ubiegających się o świadczenia rentowe (badania dodatkowe zlecane przez lekarzy orzeczników), świadczenia wypłacane lekarzom i psychologom za przeprowadzane badania i wydawane opinie (wydawanie opinii specjalistycznych i konsultacje specjalistyczne (dotyczy umów o dzieło zawieranych z lekarzami i psychologami prowadzącymi działalność gospodarczą), zwrot kosztów przejazdu wzywanych na badania lekarskie i tłumaczenia.

(akta kontroli str. 284-285)

W latach 2018-2019 koszty świadczeń wypłacanych lekarzom i psychologom za przeprowadzane badania i wydawane opinie wykonane były na poziomie 89% i 85% w stosunku do planu. Zakup usług zdrowotnych na rzecz osób ubiegających się o świadczenia rentowe zrealizowano w 93% i 35%, zwrot kosztów przejazdu wzywanych na badania lekarskie w 85% i 69%, a tłumaczenia w 92% i 82%.

Koszty wynagrodzeń zatrudnionych lekarzy w latach 2017-2019 wzrosły o 15% i wyniosły 4 315,2 tys. zł, 4 654,9 tys. zł i 4 977,6 tys. zł.

(akta kontroli str. 221-222)

W sprawie niewykonania wydatków w latach 2018 i 2019 na poziomie planowanym, Dyrektor wyjaśniła, że Wydział Orzecznictwa Lekarskiego sporządza plan finansowy na kolejny rok analizując wydatki z poprzednich lat. Na zmniejszenie ilości badań konsultacyjnych oraz badań dodatkowych (zakup usług zdrowotnych na rzecz osób ubiegających się o świadczenie rentowe) wnioskowanych przez lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich miał wpływ dobrze przygotowany materiał orzecznicy oraz pełna dokumentacja przedłożona przez klientów do wniosków o dane świadczenie. Znaczenie miały też szkolenia lekarzy orzeczników i członków komisji, mające wpływ na jakość wydawanych orzeczeń, bez potrzeby uzupełnienia spraw o opinie konsultacyjne. Zmniejszenie ilości badań dodatkowych wpłynęło na zmniejszenie kosztów przejazdu. Nie wykorzystano również środków na tłumaczenia.

Niewykonanie planów w zakresie kosztów nie wpłynęło na wykonanie przewidzianych zadań – wszystkie zadania zostały zrealizowane.

(akta kontroli str.272-273)

f) W latach 2018-2019 w Oddziale przeprowadzono trzy kontrole: dwie z Centrali ZUS i jedna Wydziału Kontroli Wewnętrznej Oddziału.

Centrala ZUS (Departament Orzecznictwa Lekarskiego) przeprowadziła w 2018 r. i w 2019 r. kontrole funkcjonalne w temacie: Działalność głównego lekarza orzecznika, przewodniczącego komisji lekarskich, ocena orzeczeń o niezdolności do pracy, organizacja pracy orzecznictwa lekarskiego – m.in. w zakresie orzekania dla celów ustalenia uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego oraz w sprawie celowości przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej Zakładu.

W 2018 r. nie stwierdzono nieprawidłowości, a ustalenia w 2019 r. nie dotyczyły zakresu objętego niniejszą kontrolą.

Wydział Kontroli Wewnętrznej Oddziału skontrolował w 2018 r. Realizację umów zawartych przez ZUS z podmiotami zewnętrznymi. Stwierdzone w wyniku kontroli ustalenia nie były związane z niniejszą kontrolą.

(akta kontroli str.59-114)

Do Oddziału, w latach 2018-2019, wpłynęła jedna skarga dotycząca rehabilitacji leczniczej (w 2018 r.). Dotyczyła ona przekazania korespondencji do klienta na niewłaściwy (stary) adres. Oddział przeprosił skarżącą i ponownie, prawidłowo, przekazał orzeczenie klientowi, a z pracownikiem, który dokonał pomyłki, została przeprowadzona rozmowa.

(akta kontroli str. 217-219)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Oddział zatrudniał mniejszą niż planowano liczbę lekarzy orzeczników. Obsada etatów lekarzy orzeczników była w całym okresie niższa od planowanej (a w 2019 r. niedobór wyniósł nawet 21%), podczas gdy nastąpił wzrost o 9% liczby orzeczeń ogółem. Na jeden etat lekarza orzecznika przypadała coraz większa liczba spraw (o 20%), a czas poświęcony na wydawanie orzeczeń (w tym dot. rehabilitacji leczniczej) został znacznie skrócony. Pozytywnie należy jednak ocenić, że obciążenie lekarzy orzeczników nie skutkowało zarzutami wadliwości orzeczeń o rehabilitacji leczniczej.

Lekarzy orzeczników, członków komisji lekarskich oraz konsultantów zatrudniano zgodnie z obowiązującymi przepisami i uregulowaniami wewnętrznymi. Wszyscy spełniali wymogi ustawowe, jakim podlegają lekarze orzecznicy i członkowie komisji lekarskich. Lekarze podnosili kwalifikacje zawodowe w toku szkoleń organizowanych przez Centralę ZUS, Oddział oraz podmioty zewnętrzne. Działalność informacyjno-promocyjna Oddziału była nieznaczna, lecz odpowiednio ukierunkowana. Kadre lekarzy orzeczników w Oddziale można uznać za stabilną i trwałą.

## 2. Prawidłowość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

Opis stanu faktycznego

Badanie prawidłowości wydawania orzeczeń oraz skuteczności prowadzonej rehabilitacji leczniczej skontrolowano na podstawie 90, losowo wybranych spraw, których wnioski wpłynęły i zostały rozpatrzone w 2018 r., z tego 72 spraw, w których wydano pozytywne orzeczenia, a osoba rozpoczęła i zakończyła turnus rehabilitacyjny w 2018 r. oraz 18 spraw, w których lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji, uznając iż pacjent po rehabilitacji nie rokuje odzyskania zdolności do pracy. Z 72 spraw, w których wydano orzeczenia o potrzebie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS wytypowano po 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed skierowaniem na rehabilitację:

- nie pobierał z ZUS żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany,
- pobierał zasiłki chorobowe związane ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany,
- pobierał świadczenie rehabilitacyjne,
- pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

2.1. W wyniku analizy 72 spraw, ustalono:

- wnioski o potrzebie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej złożyli w 18 sprawach lekarze leczący z podstawowej opieki zdrowotnej, (dalej: „LL”), w 54 sprawach lekarze orzecznicy ZUS, dalej „LO”,
- w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji na świadczenia ZUS wykorzystano 14.807 dni, a w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji - 14.038 (spadek o 5,2%),
- u 45 osób (62,5%) po odbytej rehabilitacji odnotowano poprawę stanu funkcjonalnego, u 27 osób (37,5%) – brak zmiany tego stanu,
- po roku od daty zakończenia rehabilitacji pracowało 38 osób (52,8%), przebywało na świadczeniu rehabilitacyjnym dziewięć osób (12,5%), na rencie okresowej 19 osób (26,4%), na rencie rodzinnej dwie osoby (2,8%), na emeryturze dwie osoby (2,8%), co do dwóch osób ZUS nie posiadał informacji (brak tytułu do ubezpieczenia społecznego), natomiast w stosunku zatrudnienia, po roku od zakończenia rehabilitacji, pozostawało 66 osób, tj. 91,7%,
- orzeczenia lekarskie w 39 przypadkach (54,2%) nie zostały wydane przez lekarzy o specjalnościach zgodnych z typem schorzenia, w żadnym przypadku nie zlecono dodatkowych badań,
- ZUS w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji wypłacił świadczenia w wysokości 1.033,3 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji świadczenia w wysokości 973,4 tys. zł. (spadek o 5,8%),
- w ciągu roku przed rozpoczęciem rehabilitacji ww. wnioskodawcy wpłacili z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe kwotę w wysokości 473,6 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji kwotę w wysokości 432,5 tys. zł (spadek o 8,7%).

(akta kontroli str. 228-232;293-298)

W sprawie niewydawania orzeczeń lekarskich przez lekarzy o specjalnościach zgodnych z typem schorzenia, Dyrektor wyjaśniła, że zgodnie obowiązującą Procedurą 9.1 Wydawanie orzeczeń, Główny Lekarz Orzecznik lub jego Zastępca

podejmuje decyzję o losowym przydziale sprawy do lekarzy orzeczników. Taki tryb przydziału oznacza, że sprawy o przyznanie prewencji rentowej trafiają do lekarzy losowo, a więc również do tych, których specjalizacja nie jest zgodna ze schorzeniem określonym na wniosku ubezpieczonego. Lekarze orzecznicy przechodzą szkolenia prowadzone przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego w zakresie zasad orzekania o niezdolności do pracy w schorzeniach narządu ruchu, układu oddechowego, układu krążenia, schorzeń psychiatrycznych, internistycznych, laryngologicznych, okulistycznych oraz onkologicznych. Wg Dyrektor – posiadają więc stosowną wiedzę do orzekania w schorzeniach spoza posiadanej specjalizacji. Lekarze orzecznicy kierują ubezpieczonego na badania dodatkowe w uzasadnionych przypadkach. Brak skierowania na badania dodatkowe świadczy o tym, że lekarz orzecznik nie miał problemu z ustaleniem rozpoznania na podstawie wniosku lekarza prowadzącego oraz na podstawie dołączonej do wniosku dokumentacji medycznej. W sprawie braku poprawy stanu zdrowia u około 39 % pacjentów, którzy odbyli rehabilitację leczniczą i nie uzyskali zadowalającego stanu zdrowia, pozwalającego na powrót do pracy wyjaśniła, że LO podczas badania bezpośredniego ubezpieczonego oraz analizy dokumentacji medycznej podejmuje decyzję o skierowaniu na rehabilitację w ramach prewencji rentowej ZUS, starając się w każdym przypadku, rozpatrywanym indywidualnie, ocenić szansę odzyskania zdolności do pracy przez ubezpieczonego. Jednak na tym etapie spodziewany (oczekiwany) efekt rehabilitacji, czyli jej skuteczność, jest trudna do oceny. W zależności od schorzenia pozytywny efekt rehabilitacji może być krótkotrwały. Dlatego na przestrzeni czasu ubezpieczony ponownie wraca do pobierania świadczeń związanych z niezdolnością do pracy. W przypadku osób przebywających na rencie każdy przypadek musi być rozpatrywany indywidualnie. Często niezdolność do pracy jest spowodowana współistnieniem kilku schorzeń powodujących upośledzenie funkcji organizmu.

(akta kontroli str.267-268;281-282;284-291)

Czas oczekiwania na rehabilitację w ww. 72 sprawach, liczony od daty złożenia wniosku/wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji do daty skierowania na rehabilitację, po uwzględnieniu dni niezbędnych na jego realizację zgodnie obowiązującymi wewnętrznymi uregulowaniami, wynosił:

- do 30 dni - w 15 sprawach (20,8%),
- od 31 do 99 dni - w 39 sprawach (54,2%) ,
- powyżej 100 dni - w 18 przypadkach (25%) .

Natomiast czas liczony od daty emisji skierowania na rehabilitację do daty rozpoczęcia rehabilitacji w 62 sprawach wynosił powyżej 30 dni (86,1%). Tak długi okres oczekiwania na rehabilitację spowodowany był brakiem miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych<sup>20</sup> (30 spraw – 41,7%), bądź realizacją próśb pacjentów o skierowanie na konkretny termin, lub do konkretnego ośrodka<sup>21</sup> (32 sprawy – 44,4%).

(akta kontroli str. 233-236; 293-298)

Dyrektor Oddziału ZUS w kwestii realizacji kierowania na rehabilitację zgodnie z prośbami pacjentów wyjaśniła, że zgodnie z pkt 13 Instrukcji dotyczącej kierowania na rehabilitację leczniczą (załącznik Nr 3 do Procedury 9.3. Realizacja rehabilitacji leczniczej) pracownik Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji; dalej „OLP” może ustalić z osobą, która zgłosi się bezpośrednio po badaniu przez LO, miejsce i termin rehabilitacji, oraz w kwestii podziału posiadanych miejsc

<sup>20</sup> Zgodnie z § 18 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne za zawieranie umów z ośrodkami rehabilitacyjnymi odpowiada Prezes ZUS

<sup>21</sup> Zgodnie z Procedurą 9.3 „Realizacja rehabilitacji leczniczej”, pkt 13 Instrukcji dotyczącej kierowania na rehabilitację leczniczą (załącznik nr 3 do ww. Procedury), pracownik Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego może ustalić z osobą, która zgłosi się bezpośrednio po badaniu przez lekarza orzecznika, miejsce i termin rehabilitacji.

w ośrodkach rehabilitacyjnych wyjaśniła, że Departament Prewencji i Rehabilitacji ZUS po finalizacji postępowań konkursowych, wprowadza w ramach zawartych umów do aplikacji WL możliwe terminy turnusów, które będą mogły zostać wykorzystane przez jednostki terenowe – poszczególne Wydziały Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji. Procedura do ww. procesu 9.3 w pkt. 5, pkt. 3 przewiduje możliwość zwrócenia się do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji z prośbą o udostępnienie terminu innego niż dostępne w aplikacji WL w przypadku, kiedy jednostka terenowa nie jest w stanie skierować klienta w ramach dostępnej bazy turnusów. Nasz Oddział w razie zaistnienia takiej sytuacji zwracał się do Departamentu Prewencji z prośbą o przydzielenie innego terminu turnusu dla klientów. Jak wynika z przykładowych maili załączonych do wyjaśnień, nie zawsze Departament miał możliwości przydzielenia miejsc w terminach zgodnych z potrzebami.

(akta kontroli str. 263-266;274-280)

W toku kontroli ww. 72 akt osobowych nie stwierdzono przypadków budzących wątpliwości w zakresie zapewnienia równego dostępu do rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str. 271)

2.2. Badając skuteczność podejmowanych działań w ramach prewencji rentowej w poszczególnych grupach NIK ustaliła:

a) w grupie 18 pacjentów<sup>22</sup>, skierowanych przez LL na rehabilitację, którzy nie pobierali, w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji, żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani, w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji na świadczeniach ZUS, związanych z przypadłościami, na które ww. osoby były rehabilitowane przez 927 dni przebywało 5 osób. U 17 osób (94,4%) odnotowano po odbytej rehabilitacji poprawę stanu funkcjonalnego, u jednej zanotowano brak zmiany tego stanu (5,6%). Po roku od daty zakończenia rehabilitacji pracowało 16 osób (88,9%) i jedna osoba pobierała rentę rodzinną (5,6%), jedna osoba nie została zgłoszona do ubezpieczenia społecznego (5,6%). Orzeczenie lekarskie w 13 przypadkach (72,2%) nie zostało wydane przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia<sup>23</sup>, w żadnym przypadku nie zlecono dodatkowych badań. ZUS w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji nie wypłacił żadnych świadczeń na przypadłości, na które pacjent miał być rehabilitowany na pozostałe świadczenia w badanej grupie wypłacono 62,9 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji wypłacono świadczenia w wysokości 151,3 tys. zł (w tym również na świadczenia niespowodowane chorobami, na które pacjenci byli rehabilitowani). W ciągu roku przed rozpoczęciem rehabilitacji ww. pracownicy wpłacili z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe kwotę w wysokości 233,7 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji kwotę w wysokości 218 tys. zł (spadek o 6,7%).

Wydawanie orzeczeń w ww. sprawach odbywało się na podstawie Procedury 9.1. „Wydawanie orzeczeń”, i tak:

- Główny Lekarz Orzecznik przydzielił 16 spraw, do rozpatrzenia przez LO poprzez losowanie w aplikacji Wspomaganie Orzecznictwa, dalej: „WO”, w jednej sprawie, z powodu awarii systemu, a w drugiej z powodu urlopu lekarza sprawy zostały przyznane wybranemu LO,

<sup>22</sup> W tym ze schorzeniami narządu ruchu „NR” – 15 osób, ze schorzeniami psychosomatycznymi „PS” – jedna osoba, ze schorzeniami narządu głosu „NGL” – jedna osoba, ze schorzeniami układu oddechowego „UO” – jedna osoba

<sup>23</sup> W 11 przypadkach o rehabilitacji dla osób ze schorzeniami NR zdecydowali lekarze o specjalności medycyna pracy, choroby wewnętrzne, w jednym przypadku o schorzeniach UO – lekarz rehabilitacji, w jednym o schorzeniach PS – lekarz chorób wewnętrznych

- we wszystkich sprawach orzeczenia lekarskie sporządzone zostały w dwóch egzemplarzach, doręczone, a klienci poinformowani o przysługujących środkach odwoławczych,
- Główny Lekarz Orzecznik przeprowadził analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii lekarskiej i potwierdził fakt akceptacji na egzemplarzu znajdującym się w aktach sprawy lub w WO – w 11 przypadkach (61,1%),
- dokonano poświadczenia kserokopii dokumentacji medycznej, która miała wpływ na ustalenia orzecznicze, za zgodność z oryginałem, albo opatrzone adnotacją „Kopię z oryginału sporządził” - w siedmiu sprawach, w pozostałych brak było dokumentacji wymagającej poświadczenia.

W żadnej sprawie nie wniesiono sprzeciwu od decyzji kierującej na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, ani Prezes ZUS nie zgłosił zarzutu wadliwości orzeczenia.

NIK stwierdziła, że w uzasadnieniach 18 opinii lekarskich wydanych w ww. sprawach, lekarze orzecznicy zamieszczali informacje m.in. w zakresie:

- funkcji i struktur organizmu, które zostały naruszone oraz wyników badania bezpośredniego lub danych ze zgromadzonej dokumentacji medycznej, które na to wskazują – we wszystkich sprawach,
- stwierdzenia celowości przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS – w 16 sprawach, a w 15 podano profil rehabilitacji<sup>24</sup>,
- stopnia, w jakim wyżej wymienione dysfunkcje naruszają sprawność całego organizmu – w sześciu sprawach, oraz charakteru naruszenia sprawności organizmu w trzech sprawach,
- zmiany naruszenia sprawności organizmu w porównaniu do poprzedniego badania przez lekarza orzecznika ZUS – w dziewięciu przypadkach, w pozostałych sprawach było to pierwsze badanie,
- rokowań poprawy stanu zdrowia po odbyciu rehabilitacji – w siedmiu sprawach
- w żadnym przypadku nie podano w opinii czy naruszona sprawność organizmu uniemożliwia wykonywanie pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Postępowanie w Oddziale w zakresie kierowania na rehabilitację leczniczą w ww. sprawach, było zgodne z Procedurą 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej, obowiązującą w badanym okresie<sup>25</sup> i dotyczyło:

- zachowania 8-dniowego terminu obsługi wniosku o rehabilitację – we wszystkich sprawach,
- prawidłowego przechowywania dokumentacji dotyczącej: rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej - w teczce PRL, a dokumentacji medycznej - w teczce MED – we wszystkich sprawach,
- ustalenia z ubezpieczonym bezpośrednio po badaniu terminu i miejsca rehabilitacji – w 16 sprawach, w jednej sprawie ustalono telefonicznie, w jednej sprawie nie ustalono, klient nie odbierał telefonu
- przesłania, po potwierdzeniu prawa do rehabilitacji, dokumentacji medycznej ubezpieczonego do ośrodka rehabilitacyjnego, nie wcześniej niż na 2 tygodnie i nie później niż na 10 dni przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego – we wszystkich sprawach,

<sup>24</sup> Tret drugi, trzeci, piąty, szósty opisano szerzej w niniejszym wystąpieniu w części „Stwierdzone nieprawidłowości”

<sup>25</sup> W podziale na wersję procedury obowiązującą do 24 czerwca 2018 r. i od 25 czerwca 2018 r.

- ponadto w jednej sprawie, w której wniosek wpłynął po 24 czerwca 2018r.<sup>26</sup>, rejestracja wniosku o rehabilitację i założenie sprawy, nastąpiła w dniu wpływu wniosku, a po 14 dniach od daty doręczenia orzeczenia zarezerwowano miejsce, sporządzono „Zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację” i przesłano osobie uprawnionej.

(akta kontroli str. 228-232;257-262;293-298)

Czas oczekiwania na rehabilitację w ww. grupie, liczony od daty emisji skierowania do daty rozpoczęcia rehabilitacji w 17 przypadkach był dłuższy niż 30 dni. W 11 sprawach, pacjentów skierowano zgodnie z ich prośbami do konkretnych ośrodków, we wnioskowanym przez nich czasie; w sześciu sprawach brak było wolnych miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych.

Czas oczekiwania na rehabilitację, liczony od dnia złożenia wniosku do dnia rozpoczęcia rehabilitacji (po odliczeniu 52 dni, tj. czasu wynikającego z procedur – osiem dni obsługa wniosku; 30 dni - czas na wydanie orzeczenia; 14 dni – uprawomocnienie orzeczenia), wynosił: w trzech sprawach do 30 dni, w siedmiu sprawach od 31 do 99 dni i w ośmiu sprawach powyżej 100 dni, w tym maksymalnie 148 dni. W 15 sprawach, trwających dłużej niż 30 dni, spowodowane było to realizacją próśb wnioskodawców (9 spraw) o skierowanie do konkretnego ośrodka, w zaproponowanym przez nich czasie, a w sześciu przypadkach z powodu braku miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych.

(akta kontroli str. 233-236;293-298)

b) w grupie 18 spraw, w których pacjenci zostali skierowani przez LO, na rehabilitację, w związku z przebywaniem na zwolnieniach lekarskich dot. schorzeń, na które mieli być rehabilitowani, w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji, na zwolnieniach lekarskich przebywali wszyscy pacjenci<sup>27</sup> - łącznie wykorzystano 3223 dni, a w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji na świadczenia z ZUS wykorzystano 4554 dni, nastąpił wzrost o 41,3%. U ośmiu osób (44,4%) odnotowano po odbytej rehabilitacji poprawę stanu funkcjonalnego, u 10 stwierdzono brak zmiany tego stanu (55,6%). Po roku od daty zakończenia rehabilitacji pracowało siedem osób (38,9%), dziewięć osób pobierało świadczenie rehabilitacyjne (50%), jedna osoba została skierowana na rentę okresową (5,6%) i jedna na rentę rodzinną (5,6%). Renta została przyznana na to samo schorzenie (NR), na które skierowano pacjenta na rehabilitację (opinia lekarska po zakończeniu rehabilitacji – bez zmiany stanu funkcjonalnego). Orzeczenie lekarskie w 12 przypadkach (66,7%) nie zostało wydane przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia<sup>28</sup>, w żadnym przypadku nie zlecono dodatkowych badań. ZUS w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji wypłacił świadczenia w wysokości 253,7 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji świadczenia w wysokości 423 tys. zł (wzrost o 66,7%). W ciągu roku przed rozpoczęciem rehabilitacji ww. pracownicy wpłacili z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe kwotę w wysokości 172,2 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji kwotę w wysokości 85,2 tys. zł (spadek o 50,5%). NIK stwierdziła, że wydawanie orzeczeń w ww. sprawach odbywało się na podstawie Procedury 9.1. „Wydawanie orzeczeń”, i dotyczyło:

- sporządzenia orzeczeń lekarskich w dwóch egzemplarzach – we wszystkich sprawach,
- przeprowadzenia analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii i potwierdzenia faktu akceptacji orzeczenia na jego

<sup>26</sup> Tj. po zmianie wersji procedury 9.3. Realizacja rehabilitacji leczniczej

<sup>27</sup> W tym ze schorzeniami narządu ruchu „NR” – sześć osób, ze schorzeniami psychosomatycznymi „PS” – 12 osób,

<sup>28</sup> W 12 przypadkach o rehabilitacji osób ze schorzeniami psychosomatycznymi decydował lekarz o specjalności medycyna rodzinna,



- egzemplarzu znajdującym się w aktach sprawy lub w WO – w 13 przypadkach (72,2%),
- poświadczenia kserokopii dokumentacji medycznej, która miała wpływ na ustalenia orzecznicze, za zgodność z oryginałem, albo opatrzenia adnotacją „Kopię z oryginału sporządził” – w dwóch sprawach, w pozostałych brak było dokumentacji wymagającej poświadczenia.

Zgodnie z procedurą 9.2. „Kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy” wszystkie sprawy przydzielone zostały przez Głównego Lekarza Orzecznika do lekarzy orzeczników bez losowania.

Na podstawie badania 18 opinii lekarskich wydanych w ww. sprawach, NIK stwierdziła, że lekarze orzecznicy zamieszczali w nich informacje m.in. w zakresie:

- funkcji i struktur organizmu, które zostały naruszone oraz wyników badania bezpośredniego lub danych ze zgromadzonej dokumentacji medycznej, które na to wskazują – we wszystkich sprawach,
- stwierdzenia celowości przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS – w 17 sprawach, a w 16 podania profilu rehabilitacji<sup>29</sup>,
- stopnia naruszenia sprawności całego organizmu („stopień naruszenia sprawności organizmu powoduje niezdolność do pracy”) – w sześciu sprawach, oraz w żadnej charakteru naruszenia sprawności organizmu,
- zmiany naruszenia sprawności organizmu w porównaniu do poprzedniego badania przez lekarza orzecznika ZUS – w dziewięciu przypadkach, w pozostałych sprawach było to pierwsze badanie,
- rokowań poprawy stanu zdrowia po odbyciu rehabilitacji – w 17 sprawach, w tym w trzech podano, że rokowanie powrotu do pracy jest trudne do określenia,
- w trzech przypadkach podano w opinii, że naruszona sprawność organizmu uniemożliwia wykonywanie pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Na podstawie analizy ww. spraw NIK stwierdziła, że postępowanie w Oddziale w zakresie kierowania na rehabilitację leczniczą było zgodne z Procedurą 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej, obowiązującą w badanym okresie<sup>30</sup> w Oddziale i dotyczyło:

- prawidłowego przechowywania dokumentacji: dotyczącej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej - w teczce PRL, a dokumentacji medycznej - w teczce MED - we wszystkich sprawach,
- terminowej obsługi orzeczenia LO wydanego przy kontroli ZLA – we wszystkich sprawach,
- założenia w aplikacji „WL” sprawy o rehabilitację, w dniu wydania orzeczenia lub w dniu otrzymania tego orzeczenia przez właściwego pracownika – we wszystkich sprawach,
- po potwierdzeniu prawa do rehabilitacji, przesyłania dokumentacji medycznej ubezpieczonego do ośrodka rehabilitacyjnego, nie wcześniej niż na 2 tygodnie i nie później niż na 10 dni przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego – we wszystkich sprawach,
- w sytuacji osobistego odbioru „Zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację” potwierdzenia przez wnioskodawcę danych osobowych oraz odbioru Zawiadomienia – we wszystkich sprawach,
- ponadto we wszystkich badanych sprawach (czterech), których wnioski wpłynęły po 24 czerwca 2018 r., (tj. po zmianie obowiązującej procedury), ustalono z ubezpieczonym, bezpośrednio po badaniu, termin i miejsce

<sup>29</sup> Tیرهت drugi, trzeci, piąty, szósty opisano szerzej w niniejszym wystąpieniu w części „Stwierdzone nieprawidłowości”

<sup>30</sup> W podziale wg stanu do 24 czerwca 2018 r. i po 24 czerwca 2018 r.

rehabilitacji, oraz sporządzono „Zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację” i przekazano osobie zainteresowanej.

(akta kontroli str. 228-232;242-246)

Czas oczekiwania na rehabilitację w ww. grupie, liczony od daty emisji skierowania do dnia rozpoczęcia rehabilitacji w 15 przypadkach (83,3%) był dłuższy niż 30 dni. W 12 sprawach pacjentów skierowano na pierwszy wolny turnus w okresie pobieranego świadczenia, w trzech przypadkach wystąpił brak wolnych miejsc w ośrodkach w okresie pobieranego przez badanych świadczenia. W związku z powyższym skierowano te osoby na pierwszy wolny turnus po przepracowaniu 61 dni potrzebnych na uzyskanie prawa do kolejnego świadczenia.

Czas oczekiwania na rehabilitację, od dnia wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji do dnia rozpoczęcia rehabilitacji (po odliczeniu 7 dni, tj. zgodnie z procedurami, czasu potrzebnego na realizację orzeczenia i zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację), wynosił: w trzech sprawach do 30 dni, w 11 sprawach od 31 do 99 dni i w czterech sprawach powyżej 100 dni, w tym czas maksymalny to 146 dni. We wszystkich 15 sprawach, trwających dłużej niż 30 dni, spowodowane było to brakiem miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych.

(akta kontroli str. 233-236)

c) w grupie 18 spraw, w których pacjenci pobierali świadczenie rehabilitacyjne, w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji, na świadczeniu ZUS<sup>31</sup> przebywali wszyscy pacjenci, wykorzystano 5739 dni, po roku od daty zakończenia rehabilitacji, wykorzystano – 3076 dni, nastąpił spadek o 46,4%). U 10 osób (55,6%) odnotowano po odbytej rehabilitacji poprawę stanu funkcjonalnego, u ośmiu stwierdzono brak zmiany tego stanu (44,4%). Pracowało 12 osób (66,7%), cztery osoby nadal przebywały na rencie okresowej (22,2%), dwie osoby przeszły na emeryturę (11,1%). Renta została przyznana na te same schorzenia, na które pacjent był skierowany na rehabilitację (opinia lekarska po zakończeniu rehabilitacji – w trzech przypadkach bez zmiany stanu funkcjonalnego, w jednym poprawa stanu funkcjonalnego). Orzeczenie lekarskie w pięciu przypadkach (33,3%) nie zostało wydane przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia<sup>32</sup>, w żadnym przypadku nie zlecono dodatkowych badań. ZUS w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji wypłacił świadczenia w wysokości 447,9 tys. zł natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji świadczenia w wysokości 180,7 tys. zł (spadek o 59,7%). W ciągu roku przed rozpoczęciem rehabilitacji ww. pracownicy wpłacili z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe kwotę w wysokości 42,5 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji kwotę w wysokości 91,4 tys. zł (wzrost o 115,1%).

Dyrektor wyjaśniła, że utrata możliwości kontynuowania zatrudnienia tuż przed osiągnięciem wieku emerytalnego jest szczególnie dotkliwa dla tych osób. W przypadku osób ubezpieczonych, aktywnych zawodowo, spełniających warunki do uzyskania emerytury lub mających do niej ustalone prawo, brak jest podstaw do uniemożliwienia im korzystania z rehabilitacji w ramach prewencji rentowej. Osoby te nie mogą być społecznie wykluczone, tym bardziej, że nadal mogą pozostawać w zatrudnieniu, nawet po osiągnięciu wieku emerytalnego.

(akta kontroli str. 284-291)

NIK stwierdziła, że wydawanie orzeczeń w ww. sprawach odbywało się na podstawie Procedury 9.1. „Wydawania orzeczeń” i dotyczyło:

<sup>31</sup> W tym ze schorzeniami: narządu ruchu „NR” – 11 osób, psychosomatycznymi „PS” – jedna osoba, układu krążenia – cztery osoby, układu oddechowego – dwie osoby

<sup>32</sup> O rehabilitacji osób ze schorzeniami: narządu ruchu – w pięciu sprawach decydował lekarz o specjalności: medycyna rodzinna,

- przydzielenia sprawy przez Głównego Lekarza Orzecznika (albo jego zastępcę) do rozpatrzenia przez LO poprzez losowanie w aplikacji WO – we wszystkich sprawach,
- sporządzenia orzeczeń lekarskich w dwóch egzemplarzach – we wszystkich sprawach,
- przeprowadzenia analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii przez Głównego Lekarza Orzecznika (albo jego zastępcę) i potwierdzenia faktu akceptacji orzeczenia na jego egzemplarzu znajdującym się w aktach sprawy lub w WO – w 15 przypadkach (83,3 %),
- poświadczenia kserokopii dokumentacji medycznej, która miała wpływ na ustalenia orzecznicze, za zgodność z oryginałem, albo opatrzenia adnotacją „Kopię z oryginału sporządził” – w 15 przypadkach.

W żadnej sprawie nie wniesiono sprzeciwu od decyzji kierującej na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, ani Prezes ZUS nie zgłosił zarzutu wadliwości orzeczenia.

Na podstawie badania 18 opinii lekarskich, wydanych w ww. sprawach, NIK stwierdziła, że lekarze orzecznicy zamieścili w nich informacje m.in. w zakresie:

- funkcji i struktur organizmu, które zostały naruszone oraz wyników badania bezpośredniego lub danych ze zgromadzonej dokumentacji medycznej, które na to wskazują – we wszystkich sprawach,
- stwierdzenia celowości przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS – w 17 sprawach, a w 11 podania profilu rehabilitacji<sup>33</sup>,
- stopnia i charakteru, w jakim dysfunkcje naruszają sprawność całego organizmu – w ośmiu sprawach,
- zmiany naruszenia sprawności organizmu w porównaniu do poprzedniego badania przez lekarza orzecznika ZUS – w dziewięciu przypadkach, w siedmiu sprawach było to pierwsze badanie,
- rokowań poprawy stanu zdrowia po odbyciu rehabilitacji – w 10 sprawach,
- w żadnej opinii lekarskiej nie podano czy naruszona sprawność organizmu uniemożliwia wykonywanie pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Na podstawie analizy ww. spraw NIK stwierdziła, że postępowanie w Oddziale w zakresie kierowania na rehabilitację leczniczą było zgodne z Procedurą 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej (obowiązującej w badanym okresie<sup>34</sup> w Oddziale) i dotyczyło:

- prawidłowego przechowywania dokumentacji: dotyczącej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej - w teczce PRL, a dokumentacji medycznej w teczce MED – we wszystkich sprawach,
- terminowej obsługi orzeczenia - wydanego przy orzekaniu o świadczeniu rehabilitacyjnym (nie przekroczył 30 dni) - we wszystkich sprawach,
- założenia w aplikacji WL sprawy o rehabilitację, w dniu wydania orzeczenia lub w dniu otrzymania tego orzeczenia przez właściwego pracownika – we wszystkich sprawach,
- realizacji orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, wydanego przy orzekaniu o świadczeniu rehabilitacyjnym, nie wcześniej niż po 14 dniach od daty wydania orzeczenia o przyznaniu świadczenia – we wszystkich sprawach,
- przesyłania dokumentacji medycznej ubezpieczonego do ośrodka rehabilitacyjnego, nie wcześniej niż na 2 tygodnie i nie później niż na 10 dni przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego – we wszystkich sprawach.

<sup>33</sup> Tiret drugi, trzeci czwarty, piąty, szósty opisano szerzej w niniejszym wystąpieniu w części „Stwierdzone nieprawidłowości”

<sup>34</sup> W podziale wg stanu do 24 czerwca 2018 r. i po 24 czerwca 2018 r.

(akta kontroli str. 228-232;237-241)

Czas oczekiwania na rehabilitację w ww. grupie, liczony od daty emisji skierowania do dnia rozpoczęcia rehabilitacji w 16 przypadkach był dłuższy niż 30 dni. W siedmiu sprawach pacjentów skierowano na pierwszy wolny turnus, po uprawomocnieniu się orzeczenia w sprawie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego, w dziewięciu sprawach sugerowano się prośbą pacjentów bądź o skierowanie w konkretnym terminie, bądź do konkretnego sanatorium, w jednym przypadku, przyznano świadczenie tylko na 30 dni i pacjent musiał przepracować 61 dni, potrzebnych aby nabyć ponownie prawo do kolejnego świadczenia. Czas oczekiwania na rehabilitację, od dnia wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji do dnia rozpoczęcia rehabilitacji (po odliczeniu 30 dni, tj. zgodnie z procedurami okres oczekiwania na potwierdzenie prawa do rehabilitacji - decyzja w sprawie świadczenia), wynosił w sześciu sprawach do 30 dni i w 12 sprawach od 31 do 99 dni, w tym czas maksymalny to 99 dni. We wszystkich 12 sprawach, trwających dłużej niż 30 dni, spowodowane było to brakiem miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych oraz realizacją prośb pacjentów o skierowanie do konkretnego ośrodka lub w zaproponowanym terminie.

(akta kontroli str. 233-236)

d) w grupie 18 spraw, w których w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji, wnioskodawcy pobierali rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy<sup>35</sup>, wykorzystano na świadczenia ZUS 5858 dni po roku od daty zakończenia rehabilitacji - 5477 dni, zanotowano spadek o około 7%. U 10 osób (55,6%) odnotowano po odbytej rehabilitacji poprawę stanu funkcjonalnego, u ośmiu stwierdzono brak zmiany tego stanu (44,4%). Nadal 14 osób pobierało rentę okresową (77,8%), pracowały trzy osoby (16,7%), co do jednej osoby ZUS nie posiadał informacji – brak tytułu do ubezpieczenia społecznego. We wszystkich przypadkach renta została przyznana na te same schorzenia, na które pacjent był rehabilitowany (opinia lekarska po zakończeniu rehabilitacji – w sześciu przypadkach bez zmiany stanu funkcjonalnego, w ośmiu sprawach - poprawa stanu funkcjonalnego). Orzeczenie lekarskie w dziewięciu przypadkach (50%) nie zostało wydane przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia<sup>36</sup>, w żadnym przypadku nie zlecono dodatkowych badań. ZUS w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji wypłacił świadczenia w wysokości 268,8 tys. zł natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji świadczenia w wysokości 218,4 tys. zł (spadek o 18,7%). W ciągu roku przed rozpoczęciem rehabilitacji ww. pracownicy wpłacili z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe kwotę w wysokości 25,2 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji kwotę w wysokości 37,9 tys. zł (wzrost o 50,3%).

Dyrektor wyjaśniła, że w przypadku osób przebywających na rencie, każdy przypadek musi być rozpatrywany indywidualnie. Często niezdolność do pracy spowodowana jest współistnieniem kilku schorzeń powodujących upośledzenie pracy organizmu. Poza poprawą stanu klinicznego, wynikającą ze skutecznego leczenia schorzenia, dużą rolę odgrywa również stopień adaptacji ubezpieczonego do istniejących dysfunkcji. ZUS nie ma wpływu na przebieg diagnostyki i leczenia. Osoby po urazach często pozostają w obserwacji z zaleceniem leczenia zachowawczego (usprawnianie), a w związku z powstaniem powikłań, podejmowana jest decyzja o konieczności leczenia operacyjnego. Fakt ten istotnie może wpływać na decyzje orzecznicze. Odnotowuje się przypadki zdarzeń losowych (np. wypadek w toku rehabilitacji) lub dynamiczny przebieg schorzeń, które istotnie

<sup>35</sup> W tym ze schorzeniami: narządu ruchu „NR” – 11 osób, psychosomatycznymi „PS” – jedna osoba, układu krążenia – pięć osób, układu oddechowego – jedna osoba

<sup>36</sup> O rehabilitacji osób ze schorzeniami: narządu ruchu – w ośmiu sprawach decydował lekarz o specjalności: medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne; chorób psychosomatycznych – w jednej sprawie lekarz o specjalności medycyna pracy;

zmieniają kwalifikację dokonaną przez lekarza orzecznika. Zauważalne korzyści wynikające z rehabilitacji leczniczej to nie tylko te medyczne przywracające pełne możliwości funkcjonalne, lub jeśli to niemożliwe poprawę stanu funkcjonalnego i wypracowanie prawidłowych wzorców kompensacyjnych umożliwiających powrót do pracy ale także społeczne zapobiegające skutkom niezdolności i niesamodzielności, a także ekonomiczne zmniejszające wydatki na skutki pogorszenia niezdolności lub niesamodzielności.

(akta kontroli str. 284-291)

NIK stwierdziła, że wydawanie orzeczeń w ww. sprawach odbywało się na podstawie Procedury 9.1. „Wydawania orzeczeń”, i dotyczyło:

- przydzielenia sprawy przez Głównego lekarza orzecznika (albo jego zastępcę) do rozpatrzenia przez LO poprzez losowanie w aplikacji WO – we wszystkich sprawach,
- sporządzenia orzeczeń lekarskich w dwóch egzemplarzach – we wszystkich sprawach,
- przeprowadzenia, przez Głównego Lekarza Orzecznika, albo jego zastępcę, analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii i potwierdzenie faktu akceptacji orzeczenia na jego egzemplarzu znajdującym się w aktach sprawy lub odnotowania tego faktu w aplikacji WO – w 13 sprawach (72,2%),
- poświadczenia kserokopii dokumentacji medycznej, która miała wpływ na ustalenia orzecznicze za zgodność z oryginałem, albo opatrzenia adnotacją „Kopię z oryginału sporządził” – w 10 przypadkach, w sześciu sprawach nie było dokumentacji wymagającej poświadczenia.

W żadnej sprawie nie wniesiono sprzeciwu od decyzji kierującej na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, ani Prezes ZUS nie zgłosił zarzutu wadliwości orzeczenia.

Na podstawie badania 18 opinii lekarskich wydanych w ww. sprawach, NIK stwierdziła, że lekarze orzecznicy zamieścili w nich informacje m.in. w zakresie:

- funkcji i struktur organizmu, które zostały naruszone oraz wyników badania bezpośredniego lub danych ze zgromadzonej dokumentacji medycznej, które na to wskazują – we wszystkich sprawach,
- stwierdzenia celowości przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS – w 17 sprawach, a w 10 podano profil rehabilitacji<sup>37</sup>,
- stopnia i charakteru, w jakim wyżej wymienione dysfunkcje naruszają sprawność całego organizmu – odpowiednio w 16 i 13 sprawach,
- zmiany naruszenia sprawności organizmu w porównaniu do poprzedniego badania przez lekarza orzecznika ZUS – w siedmiu przypadkach, w trzech sprawach było to pierwsze badanie,
- rokowań poprawy stanu zdrowia po odbyciu rehabilitacji – w 10 sprawach,
- w 10 opiniach lekarskich podano, że naruszona sprawność organizmu uniemożliwia wykonywanie pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Postępowanie w Oddziale w zakresie kierowania na rehabilitację leczniczą w ww. sprawach prowadzone było zgodnie z Procedurą 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej, obowiązującej w badanym okresie<sup>38</sup> w Oddziale dotyczyło:

- prawidłowego przechowywania dokumentacji dotyczącej: rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej - w teczce PRL, a dokumentacji medycznej - w teczce MED – we wszystkich sprawach,

<sup>37</sup> Tiret drugi, trzeci, czwarty, piąty, szósty opisano szerzej w niniejszym wystąpieniu w części „Stwierdzone nieprawidłowości”

<sup>38</sup> W podziale wg stanu do 24 czerwca 2018 r. i po 24 czerwca 2018 r.

- terminu obsługi orzeczenia - wydanego przy orzekaniu o świadczeniu rehabilitacyjnym - liczonego od daty wydania orzeczenia do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację, który w 16 sprawach nie przekroczył 30 dni, w dwóch przekroczył raz o 5 a raz o 10 dni ze względu na oczekiwanie od Wydziału Emerytalno-Rentowego Oddziału ZUS; dalej „SER”, na decyzję o przyznaniu renty (w obu sprawach przekazywano do SER trzykrotne ponaglenia)<sup>39</sup>,
- terminowego założenia w aplikacji WL sprawy o rehabilitację – we wszystkich sprawach,
- założenia w aplikacji WL sprawy o rehabilitację, w dniu wydania orzeczenia lub w dniu otrzymania tego orzeczenia przez właściwego pracownika – we wszystkich sprawach,
- realizacji orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, wydanego przy orzekaniu o świadczeniu rehabilitacyjnym, nie wcześniej niż po 14 dniach od daty wydania orzeczenia o przyznanej świadczeniu – we wszystkich sprawach,
- przesyłania dokumentacji medycznej ubezpieczonego do ośrodka rehabilitacyjnego, nie wcześniej niż na 2 tygodnie i nie później niż na 10 dni przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego – we wszystkich sprawach.

(akta kontroli str. 228-232;247-251)

Czas oczekiwania na rehabilitację ww. grupie, liczony od daty emisji skierowania do dnia rozpoczęcia rehabilitacji w 14 przypadkach był dłuższy niż 30 dni. W jednej sprawie pacjenta skierowano na pierwszy wolny turnus, po uprawomocnieniu się orzeczenia w sprawie przyznania świadczenia rentowego, w 13 sprawach sugerowano się prośbą pacjentów bądź o skierowanie w konkretnym terminie, bądź do konkretnego sanatorium. Czas oczekiwania na rehabilitację, od daty wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji do dnia skierowania na rehabilitację (po odliczeniu 30 dni, tj. zgodnie z procedurami okresu oczekiwania na potwierdzenie prawa do rehabilitacji - decyzja w sprawie renty), wynosił: w trzech sprawach do 30 dni, w dziewięciu sprawach od 31 do 99 dni i w sześciu sprawach powyżej 100 dni, w tym maksymalnie 131 dni. We wszystkich 15 sprawach, trwających dłużej niż 30 dni, spowodowane było to brakiem miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych oraz skierowaniem na pierwszy wolny termin z uwzględnieniem prośb pacjentów o skierowanie do konkretnego ośrodka lub w zaproponowanym przez wnioskodawcę terminie.

(akta kontroli str. 233-236)

Dyrektor wyjaśniła, że w kwestii poświadczania kserokopii dokumentacji medycznej LO podczas badania bezpośredniego pozostawiają przy wniosku jedynie kserokopie, odpisy dokumentacji medycznej opatrzone adnotacją „Kopię z oryginału sporządził”, która wnosi istotne znaczenie dla wydania orzeczenia. Pozostała dokumentacja, dołączona do wniosku na prośbę badanego lub niepoświadczona z powodu braku oryginału podczas badania, traktowana jest jako dokumentacja niemająca wpływu na treść orzeczenia. Ponadto odnośnie nieodnotowania w aplikacji WO jednocześnie z poświadczeniem na dokumentach faktu przeprowadzenia analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia, to w Procedurze 9.1 „Wydawanie orzeczeń” w załączniku nr 6 jest zapis mówiący o akceptacji orzeczenia w formie papierowej lub w formie elektronicznej w aplikacji WO. W większości przypadków lekarze nadzoru akceptują orzeczenia w obu tych formach.

(akta kontroli str. 263-266)

<sup>39</sup> opisano szerzej w niniejszym wystąpieniu w części „Stwierdzone nieprawidłowości”

2.2. W grupie 18 spraw, w których wnioski o rehabilitację skierowali LL, a lekarze orzecznicy wydali orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji<sup>40</sup> (rehabilitacja niecelowa), w okresie jednego roku przed datą wydania ww. orzeczenia wnioskodawcy przebywali na świadczeniach z ZUS przez okres 4 963 dni (75,5% rocznego czasu badanej grupy). Po roku od daty wydania orzeczenia o odmowie rehabilitacji wnioskodawcy przebywali na świadczeniach ZUS przez 5 120 dni (odpowiednio 77,9%), pracowały dwie osoby (11,1%), 11 osób pobierało rentę okresową (61,1%), dwie osoby – świadczenie rehabilitacyjne (11,1%), trzy osoby przeszły na emeryturę (16,7%). Orzeczenie lekarskie w 11 przypadkach (61,1%) nie zostało wydane przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia<sup>41</sup>, w żadnym przypadku nie zlecono dodatkowych badań. ZUS w ciągu roku przed wydaniem orzeczenia o odmowie wypłacił świadczenia w wysokości 363,1 tys. zł natomiast w ciągu roku po tej dacie, świadczenia w wysokości 322,9 tys. zł (spadek o 11,1%). W ciągu roku przed stwierdzeniem braku celowości rehabilitacji ww. wnioskodawcy wpłacili z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe kwotę w wysokości 61,7 tys. zł, natomiast w ciągu roku po tej dacie kwotę w wysokości 37,7 tys. zł (spadek o 38,9%). Postępowanie w Oddziale ZUS w zakresie wydawania w ww. sprawach orzeczeń lekarskich, było zgodne z Procedurą 9.1. „Wydawania orzeczeń” w niżej wymienionych kwestiach:

- przydzielenia sprawy przez Głównego lekarza orzecznika (albo jego zastępcę) do rozpatrzenia przez LO poprzez losowanie w aplikacji WO – we wszystkich sprawach,
- sporządzenia orzeczeń lekarskich w dwóch egzemplarzach – we wszystkich sprawach,
- przeprowadzenia, przez Głównego Lekarza Orzecznika, albo jego zastępcę, analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii i potwierdzenie faktu akceptacji orzeczenia na jego egzemplarzu znajdującym się w aktach sprawy lub odnotowania tego faktu w aplikacji WO – w 12 przypadkach (66,7%),
- poświadczenia kserokopii dokumentacji medycznej, która miała wpływ na ustalenia orzecznicze za zgodność z oryginałem, albo opatrzenia adnotacją „Kopię z oryginału sporządził” – w 10 przypadkach, w siedmiu sprawach nie było dokumentacji wymagającej poświadczenia.

W trzech sprawach wniesiono sprzeciw od orzeczenia o odmowie skierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, Prezes ZUS nie zgłosił zarzutu wadliwości orzeczenia w żadnej sprawie.

W uzasadnieniach 18 opinii lekarskich wydanych w ww. sprawach, lekarze orzecznicy zamieścili informacje, m.in. w zakresie:

- funkcji i struktur organizmu, które zostały naruszone oraz wyników badania bezpośredniego lub danych ze zgromadzonej dokumentacji medycznej, które na to wskazują – we wszystkich sprawach,
- stopnia i charakteru, w jakim dysfunkcje naruszają sprawność całego organizmu – odpowiednio w sześciu i pięciu sprawach<sup>42</sup>,

<sup>40</sup> W tym ze schorzeniami: narządu ruchu „NR” – dziewięć osób, układu krążenia – cztery osoby, układu oddechowego – jedna osoba, onkologii gruczołu piersiowego – jedna osoba, narządu ruchu/układu krążenia – trzy osoby

<sup>41</sup> O braku celowości rehabilitacji osób ze schorzeniami: narządu ruchu – w siedmiu sprawach decydował lekarz o specjalności: medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne; onkologii gruczołu piersiowego – w jednej sprawie lekarz chorób wewnętrznych, narządu ruchu/układu krążenia – w trzech sprawach lekarze chorób wewnętrznych, medycyny pracy

<sup>42</sup> Tirety drugi, trzeci, czwarty opisano szerzej w niniejszym wystąpieniu w części „Stwierdzone nieprawidłowości”

- zmiany naruszenia sprawności organizmu w porównaniu do poprzedniego badania przez lekarza orzecznika ZUS – w pięciu przypadkach, a w pięciu sprawach było to pierwsze badanie,
- w trzech opiniach lekarskich podano, że naruszona sprawność organizmu uniemożliwia wykonywanie pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji,
- stwierdzenia celowości przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS – we wszystkich stwierdzono brak celowości skierowania na rehabilitację, m.in. z powodu konieczności dalszego leczenia w NFZ, po poprzednich rehabilitacjach stan funkcjonalny pogorszył się lub nie uległ poprawie, zaostrzenia choroby, które uniemożliwia w danym momencie korzystanie z rehabilitacji.

Postępowanie w Oddziale ZUS w zakresie kierowania na rehabilitację leczniczą w ww. sprawach zgodne było z Procedurą 9.3. „Realizacja rehabilitacji leczniczej”. I tak we wszystkich sprawach:

- rejestracja wniosku o rehabilitację i założenie sprawy, nastąpiło nie później niż w następnym dniu roboczym od daty wpływu wniosku,
- dokumentację dotyczącą rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej przechowywano w teczce PRL, a dokumentację medyczną w teczce MED,
- wnioski kierowane przez LL były kompletne,
- nie został przekroczony 30 dniowy termin obsługi orzeczenia (liczony od daty wydania orzeczenia do daty odmowy skierowania na rehabilitację),
- po 14 dniach od daty doręczenia uprawomocnionego orzeczenia sporządzono odmowę skierowania na rehabilitację leczniczą i przesłano ją do osoby zainteresowanej.

(akta kontroli str. 228-232;252-256)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Brak, w uzasadnieniu i podsumowaniu ustaleń orzeczniczych (przy orzekaniu o konieczności przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej), informacji dotyczących:

- a) oceny naruszenia sprawności organizmu w zakresie: stopnia i charakteru, w jakim wymienione dysfunkcje naruszają sprawność całego organizmu – odpowiednio w 36 i 48 sprawach (50% i 66,7%), zmiany naruszenia sprawności organizmu w porównaniu do poprzedniego badania przez lekarza orzecznika ZUS – w 28 przypadkach (38,9%), rokowań poprawy stanu zdrowia po odbyciu rehabilitacji – w 28 sprawach (38,9%), informacji stwierdzenia czy naruszona sprawność organizmu uniemożliwia wykonywanie pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji – w 59 przypadkach (81,9%),
- b) oceny konieczności przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS – w pięciu badanych sprawach (6,9, %), a w 20 (27,8%) nie podano profilu tej rehabilitacji.

(akta kontroli str. 237-262;294-297)

Działanie takie było niezgodne z załącznikiem Nr 3 pkt 6 Procedury 9.1. „Wydawanie orzeczeń” - Wzór Uzasadnienia i podsumowania ustaleń orzeczniczych – zgodnie z którą uzasadnienie i posumowanie ustaleń orzeczniczych powinno zawierać m.in. ocenę naruszenia sprawności organizmu (m.in. w jakim stopniu dysfunkcje naruszają sprawność całego organizmu, jaki charakter ma to naruszenie, czy nastąpiła zmiana naruszenia sprawności organizmu w porównaniu



do poprzedniego badania, czy naruszona sprawność organizmu uniemożliwia mu wykonywanie pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji), ocenę potrzeby rehabilitacji ZUS (czy celowe jest przeprowadzenie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS, z powodu upośledzenia których funkcji organizmu i o jakim profilu).

W odniesieniu do stwierdzonych nieprawidłowości występujących w uzasadnieniach opinii lekarskich, wyszczególnionych w Procedurze 9.1 „Wydawanie orzeczeń” (załącznik 3), Dyrektor wyjaśniła, że Główny Lekarz Orzecznik wyda polecenie o konieczności stosowania zaleceń w zakresie uzasadnienia i podsumowania ustaleń orzecznich.

(akta kontroli str. 263-266)

2. Stwierdzono przekroczenia terminu obsługi orzeczeń - wydanych przy orzekaniu o świadczenie w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych - liczonego od daty wydania orzeczeń do daty emisji zawiadomień o skierowaniu na rehabilitację, który w dwóch sprawach wynosił: 35 dni (przekroczenie o 5 dni) i 40 dni (przekroczenie o 10 dni), ze względu na oczekiwanie od SER na decyzję o przyznaniu renty (w obu sprawach OLP przekazywał do SER trzykrotne ponaglenia).

(akta kontroli str. 228-232;247-251)

Zgodnie z pkt 20 załącznika nr 3 Instrukcja dotycząca kierowania na rehabilitację leczniczą Procedury 9.3. Realizacja rehabilitacji leczniczej termin ten nie powinien przekroczyć 30 dni.

Dyrektor wyjaśniła, że termin obsługi orzeczenia lekarza orzecznika, dotyczący kierowania na rehabilitację leczniczą, przy jednoczesnym orzekaniu o niezdolności do pracy dla celów rentowych, został przekroczony ze względu na prowadzenie postępowania wyjaśniającego dla celów prawidłowego ustalenia wysokości rent z tyt. niezdolności do pracy. Zostaną wydane dla Wydziału Świadczeń Emerytalno-Rentowych zalecenia zwiększenia nadzoru nad terminowością obsługi spraw o renty z tyt. niezdolności do pracy, w których jednocześnie orzeczono potrzebę rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str. 269-270)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, skierowany do osób zagrożonych utratą zdolności do pracy, ale rokujących odzyskanie tej zdolności, był realizowany przez Oddział w sposób skuteczny. Do pracy, po roku od zakończenia rehabilitacji, wróciło 52,8% korzystających z rehabilitacji<sup>43</sup>, a w zatrudnieniu nadal pozostawało 83,3% wnioskodawców. W ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji wypłacono niższe o 5,8% świadczenia niż w ciągu roku przed jej zakończeniem, a liczba dni wykorzystanych na świadczenia ZUS (w stosunku do roku poprzedzającego) zmniejszyła się o 5,2%. Niemniej jednak 38,9% wnioskodawców, pomimo odbytej rehabilitacji, przebywało w dalszym ciągu na świadczeniu rehabilitacyjnym lub rencie.

Prowadzone przez Oddział postępowania w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej prowadzone były zgodnie z przepisami §§ 2-5 rozporządzenia o rehabilitacji. Uzasadnienia i podsumowanie ustaleń orzeczeń o konieczności przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej nie zawierały niektórych elementów wymaganych wewnętrzną procedurą Zakładu

<sup>43</sup> Wartości poszczególnych wskaźników w rozbięciu na poszczególne grupy badanych spraw przedstawione zostały przy ocenie ogólnej

Ubezpieczeń Społecznych (Procedura do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń<sup>44</sup>), nie skutkujących jednakże nieważnością kierowania na turnusy rehabilitacyjne.

Losowy, zgodny w wymaganiami w. Procedury 9.1., przydział spraw do LO spowodował, że w 39 przypadkach orzeczenia wydali lekarze o specjalizacji niezgodnej z ocenianą jednostką chorobową.

Postępowania, przy rozpatrywaniu wniosków i kierowaniu na rehabilitację, prowadzone były terminowo i zgodnie z Procedurą do procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej, za wyjątkiem dwóch spraw, w których doszło do przekroczenia terminu obsługi orzeczeń - wydanych przy orzekaniu o świadczenie w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych - o 5 i o 10 dni. Powodem było oczekiwanie na wydanie przez Wydział Świadczeń Emerytalno-Rentowych decyzji o przyznaniu renty (w obu sprawach OLP przekazywał do ww. Wydziału trzykrotne ponaglenia).

Niemniej jednak wnioskodawcy, pomimo iż wczesność rehabilitacji jest jednym z elementów jej skuteczności, oczekiwali w niektórych przypadkach nawet do 148 dni, licząc od momentu przedłożenia wniosku, bądź orzeczenia o skierowaniu na rehabilitację do jej rozpoczęcia. Przyczyną oczekiwania na rehabilitację powyżej 30 dni, przez 57 osób (79,2%), była w większości spraw (44,4%%) – zgodna z Procedurą 9.1 – realizacja próśb pacjentów o kierowanie na turnusy rehabilitacyjne w podawanych przez nich terminach, bądź do wybranych przez nich ośrodków rehabilitacyjnych, a w pozostałych przypadkach (41,7%) brak miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych (przydzielanych centralnie).

Postępowanie we wszystkich sprawach, w których LO uznali brak potrzeby rehabilitacji, było zgodne z obowiązującymi w Oddziale procedurami.

## IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Wprowadzenie mechanizmów kontrolnych zapewniających opracowywanie przez lekarzy orzeczników uzasadnień i podsumowań z ustaleń orzeczniczych w sposób zgodny z wymogami pkt 6 załącznika Nr 3 Procedury 9.1. „Wydawanie orzeczeń”.
2. Wprowadzenie mechanizmów kontrolnych zapewniających terminowość obsługi spraw o renty z tyt. niezdolności do pracy, w których jednocześnie orzeczono potrzebę rehabilitacji leczniczej.

Uwagi

NIK nie formułuje uwag.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

<sup>44</sup> Procedura wprowadzona zarządzeniem nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

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

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

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

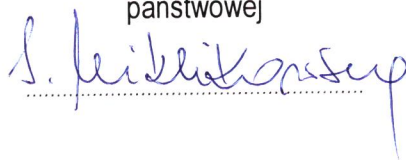
Gdańsk, września 2020 r.

Kontrolerzy:

Alicja Szczepaniak  
Doradca ekonomiczny



Iwona Miklikowska  
Główny specjalista kontroli  
państwowej



2 up.

p.o. WICEDYREKTOR DELEGATURY  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
w Gdańsku



Rafał Malchorek



