



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

LKR.410.007.03.2020

Pani

Krystyna Domaradzka

Dyrektor Oddziału

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Oddział w Nowym Sączu

ul. Henryka Sienkiewicza 77

33-300 Nowy Sącz

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

ul. Łobzowska 67, 30-038 Kraków

T +48 12 342 34 00, F +48 12 342 34 44

lkr@nik.gov.pl

## I. Dane identyfikacyjne

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Jednostka kontrolowana              | Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Oddział w Nowym Sączu, ul. Henryka Sienkiewicza 77, 33-300 Nowy Sącz ( <i>Oddział</i> )   |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Krystyna Domaradzka, Dyrektor Oddziału, od 1 grudnia 2019 r.<br>W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Krzysztof Saczka, Dyrektor Oddziału, od 1 lipca 2011 r. do 30 listopada 2019 r. |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | Realizacja zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym warunki kadrowe i organizacyjne.<br>Prawidłowość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej.   |
| Okres objęty kontrolą               | Lata 2018-2019. Dla realizacji celów kontroli mogły 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<br>Delegatura w Krakowie  |
| Kontroler                           | Marta Wojnarska, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LKR/85/2020 z 29 maja 2020 r.   |

(akta kontroli str. 1-3)

---

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

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

### OCENA OGÓLNA

Wprawdzie w okresie objętym kontrolą Oddział prawidłowo realizował zadania zapewniające osobom uprawnionym dostęp do rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, jednak warunki kadrowe i organizacyjne nie pozwalały na niezwłoczne kierowanie ubezpieczonych do lekarzy orzeczników oraz ośrodków rehabilitacyjnych. Wynikało to przede wszystkim z braku lekarzy chętnych do podjęcia zatrudnienia w ZUS, jak również z niewystarczającej liczby miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych. Zauważyć należy, że w latach 2018-2019 przeciętne zatrudnienie lekarzy orzecznictwa lekarskiego zmniejszyło się o 23,4% (z 9,27 do 7,1 osób w przeliczeniu na pełny etat), przy nieznacznym (1,1%) wzroście liczby orzeczeń wydanych w Oddziale w poszczególnych latach. Dodatkowo od 1 października 2019 r. realizowano nowe zadanie związane z przyznawaniem świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

W latach 2018-2019 do Oddziału wpłynęło ogółem 1570 wniosków i wydano 2060 orzeczeń w sprawie rehabilitacji leczniczej. W tym okresie z tej formy świadczenia skorzystało łącznie 1486 osób. Średni czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji (liczony od dnia wpływu wniosku), w ramach badanej próby 72 spraw, wyniósł ponad trzy miesiące (od 28 do 217 dni), co wynikało przede wszystkim z niewystarczającej liczby miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że długotrwałe oczekiwanie na rozpoczęcie rehabilitacji leczniczej może mieć wpływ na stopień jej skuteczności.

Analiza 72 spraw dotyczących rehabilitacji leczniczej osób zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy<sup>3</sup> wykazała, że rehabilitacja ta nie była we wszystkich przypadkach skuteczna. Wprawdzie w ciągu 12 miesięcy od zakończenia rehabilitacji, w porównaniu do roku przed rehabilitacją<sup>4</sup>, ubezpieczeni pobierali świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych przez mniejszą liczbę dni o 3781 dni, tj. 28,3% (średnio na osobę o 51 dni, tj. 23,6%) i kwota wypłaconych im świadczeń była mniejsza o 171,3 tys. zł, tj. 23% (średnio na osobę o 2,1 tys. zł, tj. 17,5%), a poprawę ich stanu funkcjonalnego stwierdzono w 68% przypadków, to jednak jedynie 14 osób (19,4%) w tym okresie nie pobierało żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, natomiast 44 osoby (61,1%) przebywały na długotrwałych świadczeniach (powyżej 30 dni), spośród których blisko 2/3 ubezpieczonych (61,4%) pobierało świadczenia z tytułu schorzeń, które były podstawą skierowania na rehabilitację. Ponadto połowa badanych osób przebywała na świadczeniach z tytułu niezdolności do pracy przez taki sam lub dłuższy okres niż przed rehabilitacją, a 18,1% badanych osób nadal pobierało świadczenia przez cały rok (365 dni przed i po zakończeniu rehabilitacji).

W okresie jednego roku po odbyciu rehabilitacji 53 osoby (73,6% badanych) były zatrudnione na umowę o pracę, umowę zlecenia lub prowadziły działalność gospodarczą, w tym 16 pobierało także świadczenie rentowe i/lub emerytalne<sup>5</sup>. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku po rehabilitacji była mniejsza o 5,2%.

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

<sup>3</sup> Według czterech grup osób uprawnionych do rehabilitacji: niepobierających świadczeń z tych samych schorzeń, z których byli rehabilitowani, pobierających zasiłki chorobowe, pobierających świadczenia rehabilitacyjne, pobierających renty okresowe w okresie roku przed rehabilitacją.

<sup>4</sup> Tj. przed datą złożenia wniosku o rehabilitację lub wydania orzeczenia przy orzekaniu w sprawie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego lub renty okresowej z tytułu niezdolności do pracy.

<sup>5</sup> Spośród pozostałych badanych osób, 10 pobierało świadczenie rentowe (w tym jedna przeszła na emeryturę), jedna pobierała świadczenie rehabilitacyjne, a osiem osób było bezrobotnych.

Poziom skuteczności rehabilitacji leczniczej w zbadanej próbie 72 osób różnił się w poszczególnych grupach badanych spraw. W ciągu 12 miesięcy od zakończenia rehabilitacji, w porównaniu do roku przed rehabilitacją:

- w grupie 18 osób, które przed rehabilitacją nie pobierały żadnych świadczeń z tytułu schorzeń, z których byli rehabilitowani: liczba dni, za które ubezpieczeni pobierali świadczenia z tytułu niezdolności do pracy była większa o 414 dni, tj. 460% (średnio o 45 dni na osobę, tj. 409,1%), a kwota wypłaconych świadczeń – większa o 48,8 tys. zł, tj. 739,4% (średnio o 5,4 tys. zł na osobę, tj. 93,8%). Jednak świadczenia pobierane przez siedmiu ubezpieczonych (77,8%), z dziewięciu je pobierających, dotyczyły innych schorzeń niż te, które były podstawą skierowania na rehabilitację. W okresie roku po rehabilitacji 17 osób (94,4% badanych) było zatrudnionych na umowę o pracę, umowę zlecenia lub prowadziło działalność gospodarczą, w tym cztery przeszły na emeryturę. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne była mniejsza o 15,6%;
- w grupie 18 osób pobierających wcześniej świadczenia z tych samych schorzeń, z których byli rehabilitowani: liczba dni, za które ubezpieczeni pobierali świadczenia z tytułu niezdolności do pracy była mniejsza o 381 dni, tj. o 20,1% (o cztery dni na osobę, tj. 3,8%), a kwota wypłaconych świadczeń – mniejsza łącznie o 4,1 tys. zł, tj. 3,1% (o 1,2 tys. zł na osobę, tj. 16,4%). Dodatkowo świadczenia pobierane przez siedmiu ubezpieczonych (46,7%), z 15 je pobierających, dotyczyły innych schorzeń niż te, które były podstawą skierowania na rehabilitację. W okresie roku po rehabilitacji 16 osób (88,9%) było zatrudnionych na umowę o pracę, umowę zlecenia lub prowadziło działalność gospodarczą, w tym jedna przeszła na emeryturę. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne była mniejsza o 26,8%;
- w grupie 18 osób pobierających wcześniej świadczenie rehabilitacyjne: liczba dni, za które ubezpieczeni pobierali świadczenia z tytułu niezdolności do pracy była mniejsza o 2932 dni, tj. 59,1% (o 156 dni na osobę, tj. 56,5%), a kwota wypłaconych świadczeń – mniejsza o 191,2 tys. zł, tj. 58,9% (o 10,2 tys. zł na osobę, tj. 56,7%). Świadczenia pobierane przez 11 ubezpieczonych (64,7%), z 17 je pobierających, dotyczyły innych schorzeń niż te, które były podstawą skierowania na rehabilitację. W okresie roku po rehabilitacji 13 osób (72,2%) było zatrudnionych na umowę o pracę, umowę zlecenia lub prowadziło działalność gospodarczą, w tym dwie pobierały rentę, a jedna przeszła na emeryturę. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne była większa o 61%;
- w grupie 18 osób pobierających przed rehabilitacją rentę okresową: liczba dni, za które ubezpieczeni pobierali świadczenia z tytułu niezdolności do pracy była mniejsza o 882 dni, tj. 13,7% (o 31 dni na osobę, tj. 8,7%), a kwota wypłaconych świadczeń – mniejsza o 24,8 tys. zł, tj. 8,7% (o 1,4 tys. zł na osobę, tj. 8,9%). Świadczenia pobierane przez 12 ubezpieczonych (70,6%), z 17 je pobierających, dotyczyły innych schorzeń niż te, które były podstawą skierowania na rehabilitację. W okresie roku po rehabilitacji siedem osób (38,9%), oprócz pobierania renty, było zatrudnionych na umowę o pracę, umowę zlecenia lub prowadziło działalność gospodarczą, w tym jedna przeszła na emeryturę. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne była mniejsza o 9,5%.

W badanej próbie odnotowano osiem przypadków kierowania na rehabilitację leczniczą osób, które pobierały emeryturę lub w krótkim czasie po jej ukończeniu przeszły emeryturę, co w ocenie NIK było niezgodne z celem rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Osoby pobierające świadczenia emerytalne lub korzystające z tego prawa wkrótce po zakończeniu rehabilitacji nie były zagrożone przejściem na rentę, ponieważ takich uprawnień już nabyć nie mogły.

W toku kontroli stwierdzono nieprawidłowości polegające na nieprzestrzeganiu uregulowań wewnętrznych dotyczących nadzoru sprawowanego przez Głównego Lekarza Orzecznika nad działalnością lekarzy orzeczników, a dotyczących przeprowadzania analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia lub opinii na wymaganym poziomie (60%) oraz dokumentowania tych czynności, a także terminowego przekazywania dokumentacji medycznej do ośrodka rehabilitacyjnego. Stwierdzone uchybienia nie miały jednak wpływu na ocenę prawidłowości i skuteczności postępowań prowadzonych w Oddziale.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>6</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą w Oddziale wydano łącznie 40 032 orzeczenia (19 903 w 2018 r. i 20 129 orzeczeń w 2019 r.), w tym 2060 (5,1%) dotyczyło skierowania ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej.

Liczba orzeczeń w sprawie rehabilitacji leczniczej, wydanych na wniosek lekarza leczącego, zwiększyła się z 691 do 730 orzeczeń, tj. o 5,6% (o 39 orzeczeń), natomiast wydanych w związku z:

- kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich zmniejszyła się o 55,4% (z 168 do 75),
- ustaleniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego zmniejszyła się o 11,6% (z 164 do 145),
- ustalaniem niezdolności do pracy do celów rentowych zmniejszyła się o 30% (z 50 do 35 orzeczeń).

P.o. Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnił, że zmniejszenie się w 2019 r. liczby wydanych orzeczeń wynikało z realizacji przez pion orzecznictwa nowego zadania wynikającego z ustawy z 31 lipca 2019 r. *o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji*<sup>7</sup>. W IV kwartale 2019 r. lekarze orzecznicy wydali 2625 orzeczeń z zakresu nowego zadania, dotyczących świadczenia uzupełniającego. Spowodowało to obniżenie liczby wydanych orzeczeń w innych sprawach, w tym w zakresie rehabilitacji leczniczej. Dodatkowo zmniejszyła się ogólna liczba orzeczeń w sprawach kontroli zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy – z 6705 w 2018 r. do 5361 w 2019 r. (o 20%), a także orzeczeń o niezdolności do pracy do celów rentowych – z 5304 w 2018 r. do 4512 w 2019 r. (o 14,9%). P.o. Główny Lekarz Orzecznik podkreślił, że *decyzję o potrzebie skierowania badanego na rehabilitację leczniczą podejmują lekarze orzecznicy stwierdzając, że taka rehabilitacja przyniesie efekt w postaci skrócenia okresu niezdolności do pracy (czasowa niezdolność do pracy, okres pobierania świadczenia rehabilitacyjnego) lub odzyskania zdolności do pracy (świadczenia rentowe). W przypadku kierowania na rehabilitację leczniczą podczas wykonywania kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy brane są pod uwagę rodzaje schorzeń (ostre, czy przewlekłe) oraz czas trwania niezdolności do pracy. W przypadku schorzeń ostrych, kiedy niezdolność do pracy trwa kilkanaście dni i rokuje w trakcie prowadzonego leczenia odzyskanie zdolności do pracy w okresie kolejnych kilkunastu dni, nie ma potrzeby kierowania na rehabilitację leczniczą. W przypadkach schorzeń przewlekłych, kiedy kontrola zwolnienia*

<sup>6</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>7</sup> Dz. U. poz. 2473 ze zm., dalej: *ustawa o świadczeniu uzupełniającym*.

*lekarskiego odbywa się pod koniec okresu zasiłkowego (tj. pod koniec 182 dni) i pozostaje miesiąc do końca tego okresu, realizacja rehabilitacji nie jest możliwa z przyczyn czasowych. Optymalnym czasem kierowania na rehabilitację leczniczą podczas kontroli zwolnień lekarskich jest okres niezdolności do pracy przypadający na drugi do czwartego miesiąca w przypadku schorzeń przewlekłych. Tak więc spadek ilości skierowań na rehabilitację podczas kontroli zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy zależy od statystycznej zmienności występowania okoliczności wspomnianych powyżej. Najwyższa efektywność rehabilitacji leczniczej następuje w przypadkach pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, co potwierdza najniższy wskaźnik procentowy spadku skierowań w tych przypadkach. W przypadkach ustalania niezdolności do pracy dla celów rentowych istnieje statystycznie potwierdzone przekonanie lekarzy orzeczników o najniższej skuteczności rehabilitacji leczniczej, zwłaszcza w odniesieniu do osób pobierających świadczenia rentowe przez okres wieloletni. Takie zjawisko, jak sądzę, ugruntowało stanowisko lekarzy orzeczników w przekonaniu o niewielkiej celowości kierowania na rehabilitację leczniczą w sprawach rentowych, co potwierdza wskaźnik spadku skierowań o 30%. Opisane uwarunkowania tłumaczą, obok wykazanych na początku uwarunkowań statystycznych, zmniejszenie się w 2019 r. liczby orzeczeń w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą.*

(akta kontroli str. 13-17, 28-31, 37-39, 118-224, 1060-1064)

W okresie objętym kontrolą wpłynęło łącznie 1570 wniosków o skierowanie na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, z tego 731 w 2018 r. i 839 w 2019 r. Spośród złożonych wniosków 45 (2,9%) odrzucono z przyczyn formalnych, natomiast 346 (22%) z przyczyn merytorycznych i w tych sprawach wydano odmowę w formie orzeczenia.

W latach 2018-2019 wniesiono łącznie 64 sprzeciwy do orzeczeń wydanych na wnioski zainteresowanych osób (do 4,5% orzeczeń), z tego 22 w 2018 r. i 42 sprzeciwy w 2019 r. W zdecydowanej większości spraw orzeczenia lekarza orzecznika zostały podtrzymane przez komisję lekarską (odpowiednio 91% i 90,5% orzeczeń). Główny Lekarz Orzecznik zgłosił zarzut wadliwości do siedmiu orzeczeń (sześciu w 2018 r. i jednego w 2019 r.) i we wszystkich tych sprawach orzeczenie lekarza orzecznika zostało zmienione.

W okresie objętym kontrolą na rehabilitację leczniczą skierowano łącznie 1499 osób (818 w 2018 r. i 681 w 2019 r.), a rehabilitację odbyło 1486 osób (818 i 668 osób). Różnica dotyczyła głównie spraw z przełomu lat. W 31 przypadkach czas pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym był krótszy niż przewidywany okres 24 dni (16 spraw w 2018 r. i 15 spraw w 2019 r.).

(akta kontroli str. 13-17, 28-31, 37-39, 118-224)

W latach 2018-2019 w Oddziale było zatrudnionych 11 lekarzy orzeczników oraz w nadzorze Główny Lekarz Orzecznik i jego zastępca. Przeciętne zatrudnienie lekarzy orzeczników, w przeliczeniu na pełny etat, wyniosło, odpowiednio: 9,27 etatu w 2018 r. i 7,1 etatu w 2019 r. i w porównaniu do planu zatrudnienia było niższe, odpowiednio o: 2,73 etatu (22,8%) i 7,9 etatu (52,7%). Plan zatrudnienia lekarzy orzeczników, w przeliczeniu na pełny etat, zwiększył się od 1 września 2019 r. z 12 do 15 osób.

Spośród lekarzy zatrudnionych w 2018 r. czterech miało specjalizację z chorób wewnętrznych, dwóch z chorób wewnętrznych i drugą specjalizację, odpowiednio z: chorób płuc i chirurgii ogólnej, dwóch lekarzy z chirurgii ogólnej oraz po jednym specjalizację z: psychiatrii, ortopedii i traumatologii oraz medycyny ogólnej.

W 2019 r., poza jednym lekarzem, zatrudnione były te same osoby<sup>8</sup>. Lekarz ze specjalizacją ortopedia i traumatologia był zatrudniony do 30 września 2018 r., a od 27 grudnia 2019 r. zatrudniono lekarza ze specjalizacją ortopedia i traumatologia narządu ruchu.

(akta kontroli str. 13-17, 28-31, 37-39, 118-224, 675-676, 1074-1113)

Dyrektor Oddziału wskazała, że w okresie objętym kontrolą wystąpiły problemy z niewystarczającym stanem zatrudnienia lekarzy orzeczników, oraz że problem ten był zgłaszany do Centrali ZUS. W szczególności był on omawiany przez ówczesnego Dyrektora Oddziału na posiedzeniu Rady Regionu w lipcu 2019 r., z udziałem członków Zarządu ZUS, przedstawicieli komórek organizacyjnych Centrali ZUS i dyrektorów oddziałów. Odnosząc się do zgłoszonych wówczas problemów z zatrudnieniem lekarzy orzeczników, Dyrektor Departamentu Orzecznictwa Kontrolnego, wskazała, że *Departament liczy, że niedawne podwyżki wynagrodzeń zachęcą nowych lekarzy do podjęcia pracy w ZUS, a aktualnie zatrudnionych do pozostania na stanowisku*. Jej zdaniem *oddziały ZUS nie powinny mieć pretensji do Departamentu Orzecznictwa Kontrolnego w związku ze stale malejącą liczbą lekarzy orzeczników*. Według Dyrektora Departamentu szansą na zniwelowanie braków kadrowych w sektorze orzeczniczym mogą być lekarze konsultanci ZUS i celem oddziałów powinno być zachęcenie ich do podjęcia etatowej pracy w Zakładzie. Ponadto Zastępca Głównego Lekarza Orzecznika na spotkaniu w Departamencie Orzecznictwa Lekarskiego we wrześniu 2019 r. przedstawił działania podjęte w zakresie zatrudnienia dodatkowych lekarzy orzeczników, w kontekście stanu przygotowań do realizacji zadań z ustawy *o świadczeniu uzupełniającym*, która weszła w życie 1 października 2019 r. i nałożyła na ZUS dodatkowe zadania.

(akta kontroli str. 13-17, 28-36, 225-241)

W Oddziale nie wprowadzono wewnętrznych norm w zakresie obciążenia lekarzy pracą. Funkcjonowały natomiast, wyznaczone przez Departament Orzecznictwa Lekarskiego, normy czasowe na rozpatrzenie sprawy przez lekarza orzecznika. W okresie objętym kontrolą, do końca września 2019 r. przewidziane było 40 minut na badanie bezpośrednie i 20 minut na zaoczne wydanie orzeczenia, a od 1 października 2019 r. czas ten był krótszy i wynosił, odpowiednio: 30 i 15 minut.

Dyrektor Oddziału wskazała, że liczba spraw przydzielanych lekarzom do rozpatrzenia w danym dniu może ulec zmianie, możliwe jest kierowanie dwóch spraw na godzinę w sytuacjach awaryjnych, np. niezapowiedzianej nieobecności lekarza w pracy, czy też zagrożenia terminowości rozpatrywania spraw przy dużym wpływie wniosków.

P.o. Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnił, że wprowadzone normy czasowe mają charakter ramowego uśrednionego statystycznie czasu przyjętego na realizację postępowania orzeczniczego w odniesieniu do spraw o różnicowanym poziomie skomplikowania merytorycznego. *Wprowadzenie takiego założenia pozwala ustalić harmonogram pracy lekarza orzecznika oraz ustalić godzinę wezwania dla każdego badanego. Ilość czasu wymaganego na przeprowadzenie badania i wydanie orzeczenia zależy od ilości i rodzaju schorzeń występujących u badanego, ilości i rodzaju dokumentacji medycznej, która wymaga przeanalizowania oraz zakresu czynności wykonywanych podczas przeprowadzania badania przedmiotowego w zależności od stwierdzonych odchyleń od stanu prawidłowego, które wymagają jednocześnie opisu w protokole badania. Charakterystyka tych czynności pozwala zakończyć jedno postępowanie przed upływem 40 minut, a inne po przekroczeniu*

<sup>8</sup> Jeden z lekarzy był zatrudniony do 9 listopada w 2018 r. (0,75 etatu), a następnie ponownie od 6 listopada 2019 r. (0,125 etatu).

tego czasu. Osoby wzywane na badanie dojeżdżają z różnych, często odległych miejscowości o zróżnicowanej strukturze komunikacyjnej, co sprawia, że zgłaszalność na wyznaczoną godzinę nie jest faktycznie precyzyjna i utrudnia organizację czasu pracy lekarzy orzeczników. Wskazał również, że godzina wezwana na badanie nie jest równoznaczna z rozpoczęciem badania i wydania orzeczenia. Nie możemy określić: godziny wejścia do gabinetu, czasu poświęconego przez lekarza na zebranie wywiadu, przeprowadzenia badania bezpośredniego i analizy dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia. Zapis orzeczenia w aplikacji Wspomaganie Orzecnictwa (WO) wskazuje tylko na czas otwarcia i zamknięcia danej sprawy w aplikacji, w celu zapisania ustaleń orzecznicznych. W Oddziale nie prowadzono weryfikacji przestrzegania ustalonych norm czasu na wydanie orzeczenia.

(akta kontroli str. 13-17, 28-36, 1042-1048, 1149-1157, 1484-1489)

P.o. Główny Lekarz Orzecznik wskazał, że jakość realizowanych zadań pozostaje zawsze priorytetem, niemniej jednak niedobory kadrowe w grupie lekarzy orzeczników miały istotny wpływ na terminowość realizowanych zadań, a tym samym na okresowe pogorszenie się wskaźników w tym obszarze. Wskazał, że za zwiększenie realizowanych zadań w 2019 r. lekarze orzecznicy otrzymywali dodatki specjalne, a dwóch lekarzy orzeczników, pod koniec 2019 r., realizowało dodatkowe zadania w ramach nadgodzin.

(akta kontroli str. 1060-1064)

W okresie objętym kontrolą przeprowadzono łącznie osiem naborów na stanowisko lekarza orzecznika, z tego jeden rozpoczął się w 2018 r., a zakończył w 2019 r., cztery przeprowadzono w 2019 r., natomiast trzy rozpoczęły się w 2019 r., a zakończyły w 2020 r. Dwa pierwsze nabory (na 1,5 i 2 etaty) nie zostały rozstrzygnięte z powodu niezgłoszenia się żadnego kandydata. W wyniku rozstrzygnięcia pozostałych sześciu naborów zatrudniono łącznie ośmiu lekarzy na 2,525 etatu, przy czym tylko dwóch lekarzy zatrudniono w okresie objętym kontrolą, a pozostałych w 2020 r.

Dyrektor Oddziału wskazała, że w Oddziale nie wypracowano własnych, wewnętrznych procedur dotyczących naboru, oraz że w tym zakresie w ZUS funkcjonowała procedura naboru. W ogłoszeniu oferty o pracę wymaganiem niezbędnym stawianym kandydatom na lekarza orzecznika było posiadanie tytułu specjalisty bez określania specjalizacji, natomiast w wymaganiach pożądanym zostały określone specjalizacje zawarte w karcie opisu stanowiska pracy, takie jak: choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria, ortopedia, medycyna rodzinna i medycyna pracy.

(akta kontroli str. 13-17, 28-36, 40-76)

Nabory na stanowisko lekarza orzecznika ZUS przeprowadzono zgodnie z art. 74a-74g ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych<sup>9</sup> oraz uregulowaniami wewnętrznymi ZUS<sup>10</sup>. Ogłoszenia o naborze, listy kandydatów spełniających wymagania formalne oraz informacje o wyniku naborów były zamieszczone w Biuletynie Informacji Publicznej oraz w miejscu powszechnie dostępnym w Oddziale<sup>11</sup>, w wymaganych terminach. Termin na składanie dokumentów, określony w ogłoszeniach o naborze, we wszystkich przypadkach był dłuższy niż 14 dni od daty opublikowania ogłoszenia w BIP.

(akta kontroli str. 569-674, 1067-1069)

<sup>9</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 2020 ze zm., dalej: *ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych*.

<sup>10</sup> Procedura 13.1 *Obsługa kadrowo-płacowa oraz podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników, Instrukcja – Nabór pracowników*.

<sup>11</sup> Tablica informacyjna przy sali obsługi klientów.



Stan zatrudnienia lekarzy orzeczników na początku 2018 r. wynosił 11 osób (9,5 etatu), w trakcie roku odeszły z pracy dwie osoby (1,25 etatu), nikogo nie zatrudniono i w efekcie na koniec roku stan zatrudnienia wyniósł dziewięć osób (8,25 etatu). W 2019 r. odeszła z pracy jedna osoba (1 etat), zatrudniono dwie (0,825 etatu), a od 1 października 2019 r. jednemu lekarzowi powierzono pełnienie obowiązków głównego lekarza orzecznika. W rezultacie stan zatrudnienia lekarzy orzeczników na koniec 2019 r. wyniósł dziewięć osób (7,075 etatu). Odejścia z pracy lekarzy orzeczników wynikały z rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron lub zakończenia stosunku pracy z upływem czasu na jaki była zawarta umowa (lekarz nie zdecydował się na kontynuowanie stosunku pracy). Średni wiek lekarzy orzeczników w 2018 r. wyniósł 62 lata, a w 2019 r. – 61 lat.

(akta kontroli str. 569, 675-676, 1007-1008, 1014-1015)

W okresie objętym kontrolą średni poziom wynagrodzeń<sup>12</sup> lekarzy orzeczników zwiększył się z 7,9 tys. zł w 2018 r. do 9,7 tys. zł w 2019 r., tj. o 22,8%. P.o. Główny Lekarz Orzecznik wskazał, że w latach 2017-2018 zwiększenie wynagrodzeń lekarzy orzeczników nie obejmowało wszystkich lekarzy i było na poziomie minimalnym. Nie zaobserwowano jednak destabilizacji zatrudnienia o charakterze odpływu kadry lekarskiej z tego powodu. Brak kandydatów na lekarzy orzeczników, mimo ogłaszanych rekrutacji, spowodowany był zapewne ogólnym brakiem lekarzy na rynku pracy. Z kolei w 2019 r. wynagrodzenie wszystkich lekarzy orzeczników uległo znacznemu podwyższeniu. Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest atrakcyjnym pracodawcą. Zawarty ze stroną związkową zakładowy układ zbiorowy pracy gwarantuje pracownikom prawo do: nagrody z zakładowego funduszu nagród zwanej „trzynastką” po przepracowaniu minimum 6 miesięcy w danym roku kalendarzowym, nagrody jubileuszowej, przysługującej, odpowiednio za: 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40 i 45 lat przepracowanych w ZUS, a także odprawy, przysługującej w związku z nabyciem uprawnień do renty z tytułu niezdolności do pracy lub emerytury. Ponadto w Zakładzie wypłacane są nagrody kwartalne, funkcjonuje zakładowy fundusz świadczeń socjalnych, jak również jest możliwość rozwoju zawodowego (udział w szkoleniach, seminariach, dodatkowy urlop szkoleniowy, punkty edukacyjne za udział w szkoleniach organizowanych przez ZUS). P.o. Główny Lekarz Orzecznik zaznaczył, że w 2020 r. pozyskano 12 nowych lekarzy orzeczników, zatrudnionych w dogodnym dla nich wymiarze etatowym, co w znacznym stopniu wzmocniło aparat orzecznictwa.

(akta kontroli str. 1007-1008, 1014-1015, 1059-1064)

W okresie objętym kontrolą Oddział ZUS współpracował z lekarzami konsultantami oraz psychologami na podstawie umów o dzieło, zawartych po przeprowadzonych negocjacjach. W 2018 i 2019 r. współpracowano z 25 konsultantami, z tego w każdym roku z trzema psychologami i 22 lekarzami.

W 2018 r. współpracowano z lekarzami o specjalności: neurologia (cztery osoby), psychiatria (trzy osoby), okulistyka (dwie osoby), chirurgia urazowa i ortopedyczna (dwie osoby), ortopedia (dwie osoby) oraz po jednej osobie ze specjalizacją: laryngologia, onkologia, reumatologia, stomatologia, gastrologia, chirurgia ogólna, ginekologia, kardiologia oraz diabetologia. Umowy z tymi lekarzami zawarto po przeprowadzeniu w listopadzie 2017 r. negocjacji dotyczących określenia stawki za sporządzenie jednostkowej opinii przez konsultanta Zakładu na 2018 r.

W 2019 r. współpracowano z lekarzami o specjalności: neurologia (cztery osoby), psychiatria (trzy osoby), ortopedia (trzy osoby), okulistyka (dwie osoby) oraz po jednej osobie ze specjalizacją: laryngologia, onkologia, reumatologia, stomatologia, gastrologia, chirurgia ogólna, chirurgia urazowa i ortopedia, ginekologia, kardiologia

<sup>12</sup> Przyjęto wynagrodzenie zasadnicze brutto.

oraz diabetologia. Umowy z tymi lekarzami zawarto po przeprowadzeniu w listopadzie 2018 r. negocjacji dotyczących określenia stawki za sporządzenie jednostkowej opinii przez konsultanta Zakładu na 2019 r.

Według obowiązującej wewnętrznej procedury<sup>13</sup> każdy Oddział ZUS powinien współpracować z co najmniej dwoma konsultantami posiadającymi tę samą specjalizację. W tym zakresie p.o. Naczelnik Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji wskazała, że pomimo prowadzonych corocznie naborów na lekarzy konsultantów, a także zapraszania do składania ofert lekarzy konsultantów dotychczas współpracujących z ZUS, w ostatnich latach nie udało się pozyskać lekarzy konsultantów z takich dziedzin, aby zapewnić realizację ww. procedury. Wskazała również, że w ostatnich latach liczba konsultantów zmniejszyła się z powodu rezygnacji lekarzy ze współpracy z ZUS z różnych przyczyn (rodziny, zdrowotnych, zawodowych). Jednak zintensyfikowanie działań pod koniec 2019 r. przyczyniło się do pozyskania ośmiu nowych lekarzy konsultantów (jeden z nich rozwiązał umowę, a kolejny został zatrudniony na stanowisku lekarza orzecznika). Dodała, że mając na uwadze fakt, że nadal nie we wszystkich dziedzinach medycyny Oddział współpracuje z co najmniej dwoma lekarzami tej samej specjalizacji nie został zakończony ostatecznie nabór na lekarzy konsultantów (ogłoszony w październiku 2019 r.) i z chwilą pojawienia się kandydata, zwłaszcza w poszukiwanych dziedzinach, Oddział podejmie taką współpracę.

(akta kontroli str. 13-17, 28-36, 77-80, 1007-1008, 1011-1013)

Nabory na konsultantów były prowadzone w formie konkursów ofert, ogłaszanych pod koniec roku na rok następny na stronie internetowej ZUS. Ponadto zapraszano do złożenia oferty wstępnej i negocjacji lekarzy, z którymi Oddział ZUS poprzednio współpracował. Po złożeniu przez lekarzy ofert wstępnych, negocjowano stawki za sporządzenie jednostkowych opinii przez konsultantów na kolejne lata, a następnie zawierano z nimi umowy o dzieło. Z zakończenia negocjacji sporządzano protokół. Konsultanci spełniali wymogi określone w wewnętrznych uregulowaniach ZUS<sup>14</sup>.

P.o. Naczelnik Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji wskazała, że ogłaszając konkurs ofert na pełnienie funkcji lekarza konsultanta, przedmiotem zamówienia każdorazowo były opinie lekarza konsultanta w dziedzinach: kardiologia, neurologia, psychiatria, chirurgia urazowa i ortopedia, chirurgia ogólna, onkologia, gastrologia, endokrynologia, reumatologia, diabetologia, dermatologia, nefrologia, okulistyka, ginekologia, pulmonologia, stomatologia, laryngologia, medycyna rodzinna, jak również opinie konsultanta psychologa. Zapotrzebowanie na takie specjalizacje wynikało ze statystycznie zróżnicowanego występowania określonych schorzeń w społeczeństwie, co się przekładało na zwiększoną liczbę wniosków o świadczenia z ZUS w takim zakresie. Wskazała również, że w ogłoszeniu nie ograniczono liczby poszukiwanych lekarzy w danej dziedzinie. Zapraszano także do współpracy lekarzy, z którymi Oddział współpracował w latach poprzednich. Udzielano zamówienia lekarzom konsultantom i psychologom, których oferty odpowiadały wszystkim wymogom określonym w ogłoszeniu. Podkreśliła, że Oddział jest otwarty na współpracę z każdym kandydatem, spełniającym wymogi określone w ogłoszeniu bądź zaproszeniu do złożenia oferty.

(akta kontroli str. 13-17, 28-36, 77-80, 569, 678-827, 1007-1008, 1011-1013)

W wyniku konkursu przeprowadzonego w listopadzie 2019 r. na 2020 r. zawarto umowy z 29 konsultantami, jednak dwie z nich zostały rozwiązane w trakcie roku.

<sup>13</sup> Załącznik nr 9 do Procedury do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*, wprowadzonej zarządzeniem Nr 39 Prezesa ZUS z 31 marca 2017 r.

<sup>14</sup> Procedura 9.1 *Wydawanie orzeczeń*, załącznik nr 9 – *Instrukcja – ogólne warunki postępowania orzeczniczego*, pkt II *Współpraca z konsultantami Zakładu, wykonywanie badań dodatkowych*.

Rekrutacja w ramach tego konkursu, do 29 września 2020 r., nadal trwała. Sporządzono protokół częściowy z zakończenia negocjacji.

(akta kontroli str. 569, 678-827)

W okresie objętym kontrolą konsultanci, z którymi współpracował Oddział ZUS, w:

- 2018 r. przeprowadzili badania i wydali łącznie 1704 opinie (średniorocznie na osobę 68 opinii), z tego psychologów 130 opinii (43), a lekarze 1574 opinie (72); wypłacone z tego tytułu wynagrodzenie wyniosło łącznie 290 tys. zł (11,6 tys. zł średnie roczne wynagrodzenie na osobę), z tego wynagrodzenie psychologów stanowiło kwotę 22,1 tys. zł (7,4 tys. zł), a lekarzy 267,9 tys. zł (12,2 tys. zł);
- 2019 r. przeprowadzili badania i wydali łącznie 1659 opinii (średniorocznie na osobę 69 opinii), z tego psychologów 118 opinii (39), a lekarze 1541 opinii (73); wypłacone z tego tytułu wynagrodzenie wyniosło łącznie 282 tys. zł (11,7 tys. zł średnie roczne wynagrodzenie na osobę), z tego wynagrodzenie psychologów stanowiło kwotę 20,1 tys. zł (6,7 tys. zł), a lekarzy 267,9 tys. zł (12,5 tys. zł)<sup>15</sup>.

(akta kontroli str. 1007-1008, 1011-1013, 1065-1066)

W 2018 i 2019 r. Oddział współpracował z dwoma podmiotami leczniczymi, świadczącymi usługi w zakresie wykonywania badań dodatkowych, przy czym z jednym podmiotem w zakresie badania diagnostycznego (spirometria) i badań analitycznych (diagnostyka laboratoryjna) dla celów orzeczniczych, a z drugim – w zakresie badań diagnostycznych obejmujących: echo serca, próbę wysiłkową na bieżni ruchomej, EKG Holter i Doppler naczyń dużych. Do współpracy na 2018 r. zaproszono dwóch wykonawców do złożenia oferty na wykonywanie badań analitycznych i diagnostycznych, a na 2019 r. – trzech wykonawców. W obydwu latach oferty złożyły dwa te same podmioty lecznicze, z którymi następnie zawarto umowy na okres od 2 stycznia do 31 grudnia każdego roku. Z przeprowadzonych postępowań w trybie zapytania ofertowego sporządzono formularz wyboru najkorzystniejszej oferty. Wybrane podmioty spełniały warunki udziału w prowadzonych postępowaniach. W 2019 r. przeprowadzono postępowanie w trybie zapytania ofertowego na wykonywanie badań diagnostycznych i analitycznych w 2020 r. Wystąpiono do trzech podmiotów leczniczych, w tym z dwoma, które złożyły oferty i spełniały warunki, zawarto umowy.

(akta kontroli str. 13-17, 28-36, 81-82, 569, 828-956)

Wszyscy lekarze orzecznicy zatrudnieni w Oddziale w 2019 r. spełniali wymogi formalne określone w § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy<sup>16</sup>, tj. mieli wymagane specjalizacje i ukończyli przeszkolenie dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników. Nowo zatrudniony w okresie objętym kontrolą lekarz rozpoczął wydawanie orzeczeń po ukończeniu przeszkolenia<sup>17</sup>.

(akta kontroli str. 1007-1008, 1014, 1058, 1074-1113)

W Oddziale nie opracowywano wewnętrznych wytycznych w zakresie liczby odbytych szkoleń przez lekarzy. Jedyne wytyczne funkcjonujące w ZUS w obszarze szkoleń dotyczyły programu szkolenia dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich i były określane przez Centralę ZUS<sup>18</sup>.

(akta kontroli str. 13-17, 28-36, 83-94, 569, 998-1006)

<sup>15</sup> W 2019 r. jeden lekarz konsultant o specjalizacji ginekologia w 2019 r. nie wydał żadnej opinii.

<sup>16</sup> Dz. U. z 2011 r. Nr 286 poz. 1683, dalej: *rozporządzenie w sprawie orzekania o niezdolności do pracy*.

<sup>17</sup> Lekarz zatrudniony 27 grudnia 2019 r., przeszkolenie ukończył 16 stycznia 2020 r., a pierwsze orzeczenie wydał 20 stycznia 2020 r. W listopadzie 2019 r. zawarto umowę z lekarzem, który był ponownie zatrudniony w Oddziale ZUS i przeszkolenie dla nowo zatrudnionych lekarzy odbył w czasie poprzedniego zatrudnienia.

<sup>18</sup> *Program szkolenia dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich* z lutego 2013 r., zaktualizowany we wrześniu 2019 r.

W okresie objętym kontrolą lekarze uczestniczyli w 11 szkoleniach prowadzonych w formie tradycyjnej, z tego w sześciu w 2018 r. i pięciu w 2019 r. Oddział zorganizował po dwa szkolenia<sup>19</sup> w każdym roku, w których uczestniczyło łącznie pięć osób. Centrala ZUS zorganizowała trzy szkolenia – dwa w 2018 r. i jedno w 2019 r., w których uczestniczyły łącznie trzy osoby. Jedno z tych szkoleń<sup>20</sup> dotyczyło rehabilitacji leczniczej pt. *Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne – zespół stresu pourazowego, astenia poobozowa. Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy*. Lekarze orzecznicy uczestniczyli również w czterech szkoleniach<sup>21</sup> zorganizowanych przez podmioty prywatne (po dwa w każdym roku), w których uczestniczyły łącznie cztery osoby. Ponadto w okresie objętym kontrolą lekarze uczestniczyli w dwóch szkoleniach e-learningowych – jedno dotyczyło szkolenia dla nowo zatrudnionego lekarza orzecznika (w ramach samokształcenia), a drugie bezpieczeństwa informacji w ZUS (uczestniczyło 10 osób).

(akta kontroli str. 13-17, 28-36, 93-94, 569, 677)

Wszyscy lekarze orzecznicy, zatrudnieni w czasie organizacji szkolenia z zakresu bezpieczeństwa informacji (XI-XII 2019 r.), w nim uczestniczyli. Dodatkowo dwóch lekarzy uczestniczyło w szkoleniu dotyczącym uprawnień i pracy w aplikacjach w aspekcie bezpieczeństwa informacji, a jeden lekarz – w szkoleniu z zakresu postępów w chorobach wewnętrznych (w 2018 i 2019 r.). W pozostałych ośmiu szkoleniach uczestniczył Główny Lekarz Orzecznik.

W Oddziale nie było informacji, aby któryś z lekarzy orzeczników, w okresie objętym kontrolą, podnosił kwalifikacje zawodowe, tj. był w trakcie i uzyskał tytuł naukowy prof. n. med. lub stopnia naukowego dr/dr hab. n. med., czy też, że był w trakcie i skończył inną specjalizację.

(akta kontroli str. 569, 677, 1065-1066, 1074-1113)

W okresie objętym kontrolą prowadzono działania informacyjno-promocyjne dotyczące Oddziału i systemu ubezpieczeń społecznych, w tym rehabilitacji leczniczej. W 2018 r. przeprowadzono osiem akcji edukacyjnych i 25 przedsięwzięć informacyjnych, a w 2019 r. – sześć akcji edukacyjnych i 15 przedsięwzięć informacyjnych. W obydwu latach Oddział był partnerem wydarzenia organizowanego przez Fundację Sądecką – Seminarium *O zdrowiu Sądeczan*. W ramach kolejnych edycji tego wydarzenia ogłoszono prelekcje, w szczególności w temacie: *Rola rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS okiem eksperta i praktyka; Kompleksowa i interdyscyplinarna kardiologia odpowiedzią na potrzeby starzejącego się społeczeństwa. Rehabilitacja kardiologiczna jako zapewnienie prewencji rentowej ZUS; Zdrowy powrót do pracy za przyczyną prowadzonej przez ZUS rehabilitacji leczniczej; Rehabilitacja w schorzeniach onkologicznych po leczeniu nowotworu*. Ponadto w ramach corocznej akcji *Mobilny urząd – poznaj swoje prawa!* organizowano spotkania z klientami ZUS w miastach odległych od urzędów, podczas których przekazywano informacje dotyczące m.in. prewencji i rehabilitacji. Zagadnienie to było również przedstawiane na stoiskach informacyjnych podczas: *Festiwalu Zdrowia* zorganizowanego przez Dobry Tygodnik Sądecki (2018 r.), *Sądeckiego Forum Mam* zorganizowanego przez Klub Aktywnych

<sup>19</sup> Szkolenia te dotyczyły: uprawnień i pracy w aplikacjach w aspekcie bezpieczeństwa informacji, budowania pozytywnego wizerunku instytucji publicznej oraz postępów w chorobach wewnętrznych (dwa szkolenia).

<sup>20</sup> Pozostałe dwa szkolenia dotyczyły: chorób tarczycy w orzekaniu o niezdolności do pracy oraz postępowań przed sądem w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych.

<sup>21</sup> Dotyczyły: efektywnej rekrutacji opartej o model STAR, zmiany modelu kontroli zarządczej w ZUS, manager w obliczu konfliktów i trudnych sytuacji, a także regionalne szkolenie dla lekarzy orzeczników, przewodniczących komisji, lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich z Oddziałów ZUS: *Zasady orzekania o niezdolności do pracy w schorzeniach laryngologicznych ze szczególnym uwzględnieniem chorób zawodowych* oraz *Orzekanie o procentowym uszczerbku na zdrowiu z tytułu chorób zawodowych*.

Mam (2019 r.) oraz dnia otwartego w Narodowym Funduszu Zdrowia (2018 r.). W okresie objętym kontrolą z tytułu prowadzonych działań informacyjno-promocyjnych wydatkowano łącznie 11,6 tys. zł, w tym 4,9 tys. zł na Seminarium O zdrowiu Sądeczan.

(akta kontroli str. 13-17, 28-36, 95-99, 242-310, 569, 957-992)

Wykonanie planu finansowego Oddziału wyniosło: 80 917,5 tys. zł w 2018 r. i 91 706,8 tys. zł w 2019 r. W zrealizowanych wydatkach ujęto koszty planowane na poziomie Centrali ZUS<sup>22</sup>. Plan finansowy (po zmianach) w zakresie kosztów planowanych przez Oddział wyniósł: 76 779,1 tys. zł w 2018 r. i 86 994,7 tys. zł w 2019 r. i został zrealizowany na poziomie, odpowiednio: 97,3% i 97%.

Plan finansowy Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji, w zakresie kosztów obsługi postępowań orzeczniczych, wyniósł 633,8 tys. zł w 2018 r. i 688,6 tys. zł w 2019 r. i został wykonany na poziomie, odpowiednio: 542,8 tys. zł (85,6% planu) i 456,7 tys. zł (66,3%), w tym<sup>23</sup>:

- koszty zakupu usług zdrowotnych na rzecz osób ubiegających się o świadczenie rentowe wyniosły, odpowiednio: 120,1 tys. zł (78,5% planu) i 130,2 tys. zł (80,6%),
- koszty świadczeń wypłacanych lekarzom i psychologom za przeprowadzane badania i wydawane opinie stanowiły, odpowiednio: 181,5 tys. zł (89%) i 157,9 tys. zł (63,2%),
- z tytułu zwrotu kosztów przejazdu wzywaniem na badania lekarskie wydatkowano: 217 tys. zł (86,1%) i 151,8 tys. zł (60,2%).

P.o. Naczelnik Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji wyjaśniła, że niższa niż planowano realizacja kosztów w 2019 r. wynikała z niedoboru kadrowego lekarzy orzeczników oraz długotrwałych zwolnień lekarskich dwóch lekarzy orzeczników, co się przełożyło na mniejszą liczbę spraw rozpatrzonych w trybie badań bezpośrednich i tym samym mniejszą liczbę zleceń konsultacji lekarskich. Niższe były również zwroty kosztów przejazdu osobom wezwanym na badania. Ponadto w IV kwartale 2019 r. otrzymano dodatkowe środki (45,9 tys. zł) na realizację zadań związanych z wdrożeniem ustawy o świadczeniu uzupełniającym. Nie zostały one jednak w większości wykorzystane z powodu braków kadrowych lekarzy orzeczników i chętnych lekarzy do współpracy (z dotychczasowymi konsultantami podpisano aneksy na większą liczbę badań, co nieznacznie wpłynęło na wykorzystanie środków). Znaczną liczbę wniosków o świadczenie uzupełniające rozpatrzono w trybie zaocznym, na podstawie zgromadzonej dokumentacji w aktach. P.o. Naczelnik wskazała, że poniesienie niższych niż planowano kosztów nie miało wpływu na wykonanie przewidzianych zadań.

Pozostałe koszty pionu orzecznictwa w Oddziale wyniosły: 2 762,3 tys. zł w 2018 r. i 2 923,3 tys. zł w 2019 r., a ich główną pozycję stanowiły wynagrodzenia (odpowiednio: 60,4% i 60,2%). Koszty te obejmowały również dodatkowe wynagrodzenie roczne, nagrody, składki na ubezpieczenia społeczne, a także koszty mediów, opłat pocztowych, utrzymania budynków i ochrony mienia.

(akta kontroli str. 13-17, 28-36, 119-224, 1070-1071, 1114-1118)

W okresie objętym kontrolą w Oddziale przeprowadzono łącznie 18 kontroli, w tym jedną kontrolę zewnętrzną, którą przeprowadziła Komenda Miejska Państwowej Straży Pożarnej w Nowym Sączu w zakresie przestrzegania przepisów przeciwpożarowych w budynkach ZUS (2018 r.). Spośród 17 kontroli wewnętrznych 10

<sup>22</sup> Dotyczyły one m.in. amortyzacji środków trwałych, dodatkowego wynagrodzenia rocznego, odpisów aktualizujących oraz utworzonych rezerw na zobowiązania (postępowania sądowe, niewykorzystane urlopy).

<sup>23</sup> Dodatkowo poniesiono koszty tłumaczeń, które wyniosły: 24,2 tys. zł (97,2% planu) w 2018 r. i 16,8 tys. zł (66,7%) w 2019 r.

przeprowadził Wydział Kontroli Wewnętrznej (kontrole instytucjonalne)<sup>24</sup>, a siedem – departamenty merytoryczne Centrali ZUS (kontrole funkcjonalne).

W 2018 r. Departament Orzecznictwa Lekarskiego przeprowadził kontrolę w temacie *Działalność głównego lekarza orzecznika, ocena orzeczeń o niezdolności do pracy, organizacja pracy orzecznictwa lekarskiego*, w wyniku której stwierdzono osiem przypadków (4,1% badanych spraw) braku zgodności ustaleń orzeczniczych z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności lekarzy orzeczników (nieprawidłowości ustaleń orzeczniczych, niedostateczne udokumentowanie). Wskutek tego zespół kontrolny przekazał te sprawy do rozpatrzenia przez komisję lekarską w trybie nadzoru Prezesa ZUS. W tym zakresie wydano zalecenie o podjęcie działań w ramach nadzoru głównego lekarza orzecznika, które pozwoliłyby zapewnić prawidłowe ustalenia orzecznicze i ich dokumentowanie. Dyrektor Oddziału poinformował o sposobie realizacji tego zalecenia. Wskazał, że ustalenia pokontrolne i przyczyny stwierdzonych nieprawidłowości zostały przedstawione na naradzie z lekarzami orzecznikami przez Głównego Lekarza Orzecznika, który zwrócił szczególną uwagę na przebieg badania lekarskiego, gromadzenie istotnej orzeczniczo dokumentacji oraz celowości korzystania z konsultacji specjalistycznych, zwłaszcza w sprawach pierwszorazowych, w których istnieją wątpliwości orzecznicze. Główny Lekarz Orzecznik oraz zastępca zostali zobowiązani do zwrócenia większej uwagi podczas dekretacji na pozyskiwanie dokumentacji z przebiegu leczenia oraz konsultacji specjalistycznych przed skierowaniem wniosku do rozpatrzenia przez lekarza orzecznika. Poprzednia kontrola w tym obszarze była przeprowadzona w 2016 r.

W 2019 r. Departament Prewencji i Rehabilitacji przeprowadził kontrolę w temacie *Kontrola prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej i rozpatrywaniem wniosków o świadczenie zdrowotne*, w której nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości ani uchybień i nie sformułowano żadnych zaleceń pokontrolnych.

(akta kontroli str. 13-17, 28-36, 100-102, 311-544, 545-568)

Nadzór Głównego Lekarza Orzecznika nad działalnością lekarzy orzeczników w Oddziale polegał m.in. na analizie dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia lub opinii, a jej wynikiem była akceptacja orzeczenia przez złożenie podpisu lub zgłoszenie zarzutu wadliwości. Zgodnie z obowiązującymi w ZUS procedurami obowiązek przeprowadzania analizy dokumentacji przez Głównego Lekarza Orzecznika lub zastępcę dotyczył nie mniej niż 60% spraw średnio w miesiącu. Badanie sześciu ostatnich miesięcy 2019 r. wykazało, że wskaźnik ten został osiągnięty tylko w listopadzie, natomiast we wszystkich pozostałych miesiącach był niższy niż wymagany, co szczegółowo przedstawiono w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 1007-1008, 1009-1010)

W okresie objętym kontrolą do Oddziału wpłynęło łącznie 31 skarg, z tego 17 w 2018 r. i 14 w 2019 r. Nie wpłynął żaden wniosek. Żadna ze skarg nie została zakwalifikowana jako dotycząca rehabilitacji leczniczej i prewencji rentowej. Trzy skargi dotyczyły Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji, z czego dwie niewłaściwego zachowania lekarza orzecznika podczas badania, a jedna niekorzystnego orzeczenia lekarza orzecznika i wydania zaświadczenia korygującego ZUS ZLA. Zostały one rozpatrzone w terminie wskazanym w art. 237 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego*<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Wydział Kontroli Wewnętrznej funkcjonował w Oddziale ZUS do 30 kwietnia 2020 r. Od 1 maja 2020 r. zadania kontroli wewnętrznej w Oddziale realizowało Centrum Kontroli Wewnętrznej w Chorzowie.

<sup>25</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 256 ze zm.

W skargach tych ustalono przebieg postępowania orzeczniczego, w szczególności pozyskano pisemne stanowisko lekarza, którego dotyczyła sytuacja opisana w skardze, a następnie poinformowano osobę skarżącą o sposobie rozpatrzenia. Dwie skargi uznano za niezasadne – nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości lub nie potwierdzono zarzutów, a w jednej sprawie przeprowadzone postępowanie potwierdziło podniesione w skardze zarzuty. Dotyczyło to wezwania na badanie pacjenta po nazwisku, tj. z naruszeniem przepisów RODO<sup>26</sup>. Pacjent został przeproszony, a lekarze orzecznicy ponownie przeszkoleni w tym zakresie.

(akta kontroli str. 13-17, 28-36, 103-104, 993-997)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

W pięciu miesiącach II półrocza 2019 r. Główny Lekarz Orzecznik lub jego zastępca nie przeprowadzili analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia lub opinii na poziomie co najmniej 60% spraw w miesiącu, co było niezgodne z wymaganiami określonymi w załączniku nr 6 – *Instrukcja sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie do Procedury 9.1 Wydawanie orzeczeń*. Wymagany wskaźnik analizy dokumentacji wyniósł, odpowiednio: 18,3% spraw w lipcu, 49% w sierpniu, 29,5% we wrześniu, 52,2% w październiku i 9,3% spraw w grudniu 2019 r.

P.o. Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnił, że *przyczyną zaistniałej sytuacji były braki kadrowe w nadzorze lekarskim, na co nałożyła się realizacja nowego zadania w zakresie wydawania orzeczeń w związku z ustawą o świadczeniu uzupełniającym*. Wskazał, że w okresie od 23 lipca do 31 grudnia 2019 r. Główny Lekarz Orzecznik (zatrudniony na pełnym etacie) był długotrwale nieobecny, a jego Zastępca był nieobecny w okresie od 1 do 25 lipca 2019 r. Pełnienie obowiązków Głównego Lekarza Orzecznika powierzono lekarzowi z grona lekarzy orzeczników 1 października 2019 r. Wskazał ponadto, że *ustawa o świadczeniu uzupełniającym weszła w życie 1 października 2019 r. i w związku z tym zanotowano masowy wpływ wniosków o świadczenia uzupełniające do rozpatrzenia przez pion orzecznictwa*. Przykładowo w grudniu 2019 r. zarejestrowano ok. 7000 wniosków, które wpłynęły w okresie od października do grudnia 2019 r. *Równoległe z realizacją zadań bieżących, każdy z wniosków o świadczenie uzupełniające (obszar zadania dodatkowego) wymagał ze strony nadzoru lekarskiego obszernej analizy zgromadzonej dokumentacji medycznej, pod kątem trybu rozpatrzenia sprawy*. *Od dekretacji Głównego Lekarza Orzecznika i Jego Zastępcy, co do sposobu rozpatrzenia wniosku (tj. zlecenia badań dodatkowych, konsultacji lub pozyskania dokumentacji medycznej) było uzależnione dalsze rozpatrzenie każdej sprawy*. *Miało to istotny wpływ na sprawną realizację nałożonego ustawowo zadania*. *Biorąc pod uwagę fakt, że zespół lekarzy orzeczników składał się z lekarzy wykwalifikowanych, z długoletnią praktyką orzeczniczą, skoncentrowano się w głównej mierze na działaniach nadzoru, które były bezpośrednio skierowane na dekretację wniosków o świadczenia uzupełniające, a nie na analizę wydanych już orzeczeń przez wykwalifikowany zespół lekarzy orzeczników*. P.o. Główny Lekarz Orzecznik podkreślił, że w Oddziale analiza dokumentacji stanowiącej podstawę do wydania orzeczenia jest prowadzona zgodnie z procedurą w co najmniej 60% spraw. Przykładowo podał, że wskaźnik ten w analogicznym okresie 2018 r. wyniósł: 77,6% w sierpniu, 76,7% we wrześniu i 65,2% w październiku 2018 r.

(akta kontroli str. 1007-1008, 1009-1010)

<sup>26</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Dz. Urz. UE. L 119/1.

W okresie objętym kontrolą Oddział podejmował działania w celu zapewnienia warunków organizacyjno-kadrowych do realizacji zadań z zakresu orzecznictwa lekarskiego, w tym orzekania w sprawie rehabilitacji leczniczej. Podejmowane działania na rzecz uzupełnienia zatrudnienia w grupie lekarzy orzecznictwa lekarskiego nie były w pełni skuteczne, gdyż nie doprowadziły do pełnej obsady tych stanowisk. Zastrzeżenia NIK dotyczyły nieprzeprowadzenia analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania opinii lekarskiej i orzeczenia przez Głównego Lekarza Orzecznika na założonym poziomie w pięciu z sześciu badanych miesięcy.

## 2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

W latach 2018-2019 wydano 2060 orzeczeń w sprawie skierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, z tego 1421 (69% orzeczeń) na wniosek lekarza leczącego, 309 (15%) w związku z ustaleniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, 243 (11,8%) w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich, a 85 (4,2%) w związku z ustaleniem niezdolności do pracy do celów rentowych<sup>27</sup>.

(akta kontroli str. 13-17, 37-38, 120-122, 370)

Szczegółowe badanie w zakresie prawidłowości wydawania orzeczeń i skuteczności rehabilitacji leczniczej przeprowadzono na próbie 90 spraw z 2018 r.<sup>28</sup>, z tego 18 spraw rozpatrzonych odmownie i 72 spraw, w których wydano orzeczenie pozytywne. Badania przeprowadzono na pięciu grupach (po 18 spraw), w których:

- lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji<sup>29</sup>,
- wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji, a wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierał świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z schorzeniami, na które miał być rehabilitowany,
- wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji, a wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał zasiłki chorobowe związane ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana),
- wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji, a wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał świadczenie rehabilitacyjne,
- wydano orzeczenie o potrzebie rehabilitacji, a wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1484-1489)

Analiza formalnej poprawności 90 orzeczeń w sprawie rehabilitacji leczniczej wykazała, że wszystkie badane orzeczenia wydano zgodnie z uregulowaniami określonymi w rozporządzeniu 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<sup>30</sup>. Jednak w 11 sprawach (12,2%) fakt przeprowadzenia przez Głównego Lekarza Orzecznika lub jego zastępcę analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia nie został odnotowany jednocześnie na egzemplarzu

<sup>27</sup> Liczby orzeczeń w poszczególnych grupach nie sumują się do kwoty łącznej (różnica o dwa orzeczenia) z uwagi na pozyskiwanie danych z dwóch różnych raportów aplikacji WL, które zaciągają dane według różnych parametrów. Niezgodność tę Oddział ZUS zgłosił do Departamentu Prewencji i Rehabilitacji.

<sup>28</sup> Sprawy, w których wnioski wpłynęły i zostały rozpatrzone w 2018 r.

<sup>29</sup> Do kontroli wybrano sprawy, w których lekarz orzecznik uznał rehabilitację za niecelową, tj. osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokuje odzyskania zdolności do pracy.

<sup>30</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 277, dalej: rozporządzenie w sprawie rehabilitacji leczniczej.



orzeczenia, znajdującym się w aktach sprawy oraz w aplikacji WO, co szczegółowo przedstawiono w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1119-1148, 1423-1483, 1484-1489)

89 badanych spraw przydzielono do lekarza orzecznika poprzez losowanie w aplikacji WO, natomiast jedną<sup>31</sup> sprawę system informatyczny automatycznie przypisał do lekarza, do którego była przydzielona, rozpatrywana w tym samym dniu, sprawa dotycząca kontroli zwolnienia lekarskiego (ZLA) tego ubezpieczonego.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1423-1483, 1484-1489)

Spośród badanych 90 orzeczeń 84 (93,3%) wydano na wniosek lekarza leczącego, a sześć orzeczeń (6,7%) przy okazji orzekania w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1484-1489)

We wszystkich 66 sprawach, w których orzeczenie o skierowaniu na rehabilitację leczniczą wydano na wniosek lekarza leczącego, zachowano 8-dniowy termin obsługi wniosku, liczony od daty wpływu wniosku do ZUS do daty emisji wniosku o wydanie orzeczenia w sprawie potrzeby rehabilitacji. Dodatkowo w 26 sprawach, w których wniosek wpłynął po 24 czerwca 2018 r. (zmiana procedury 9.3. *Realizacja rehabilitacji leczniczej*), rejestracja wniosku i założenie sprawy nastąpiły nie później niż w następnym dniu roboczym od daty wpływu wniosku do ZUS. Z kolei w sześciu sprawach, w których orzeczenie o skierowaniu na rehabilitację leczniczą wydano przy okazji orzekania o niezdolności do pracy do celów rentowych, sprawę o rehabilitację założono w aplikacji Wspomaganie Prewencji (WL) nie później niż w następnym dniu roboczym po dniu wydania orzeczenia.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1119-1148, 1416-1420, 1423-1483, 1484-1489)

Spośród 84 spraw, w których orzeczenia w sprawie rehabilitacji wydano na wniosek lekarza leczącego, jeden wniosek był niekompletny i ubezpieczony został prawidłowo wezwany do jego uzupełnienia. Jeden wniosek wpłynął do ZUS przez Platformę Usług Elektronicznych i zawierał podpis elektroniczny lekarza, a pozostałe wnioski zostały złożone przez ubezpieczonych w wersji papierowej, z uzupełnioną odpowiednią częścią formularza przez lekarza leczącego.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1130-1134, 1146-1148, 1484-1489)

W badanej próbie 72 spraw, w których skierowano ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, rehabilitacja lecznicza dotyczyła głównie schorzeń z układu ruchu (56 spraw), a następnie układu krążenia (7), nowotworu gruczołu piersiowego (3), narządu głosu (3) i układu oddechowego (3). W tych sprawach orzekali lekarze specjaliści z: chorób wewnętrznych (30 spraw), psychiatrii (13), medycyny ogólnej (12), chirurgii ogólnej i chorób wewnętrznych (8), chorób wewnętrznych i chorób płuc (7) oraz ortopedii i traumatologii (2).

W 13 sprawach orzeczenia wydał lekarz orzecznik mający specjalizację nieodpowiadającą schorzeniu, z którego miała być przeprowadzona rehabilitacja. Dotyczyło to lekarza psychiatry, który orzekał w: dziewięciu<sup>32</sup> sprawach o profilu narząd ruchu, przy czym w jednej z nich zlecono konsultację ortopedyczną, a w innej odroczone wydanie opinii do czasu dostarczenia kartoteki z poradni

<sup>31</sup> Sprawa z grupy odmów nr PRL/443/2018.

<sup>32</sup> Dotyczyło to spraw z grupy: brak świadczeń: PRL/238/2018/OLP, PRL/927/2018/OLP i PRL/589/2018/OLP; zasiłki chorobowe: PRL/638/2018/OLP i PRL/798/2018/OLP; świadczenie rehabilitacyjne: PRL/596/2018/OLP i PRL/626/2018/OLP; renta okresowa: PRL/105/2018/OLP i PRL/419/2018/OLP.

neurochirurgicznej i badania MR kręgosłupa, a także w dwóch<sup>33</sup> sprawach z układu krążenia oraz po jednej<sup>34</sup> z układu oddechowego i nowotworu gruczołu piersiowego.

P.o. Główny Lekarz Orzecznik wskazał, że przydział spraw do lekarzy orzeczników odbywa się drogą losową i nie dedykuje ich z uwzględnieniem specjalizacji, oraz że lekarzem orzecznikiem może być lekarz, który łącznie spełnia następujące warunki: jest specjalistą, w szczególności w zakresie następujących dziedzin medycyny: chorób wewnętrznych, chirurgii, neurologii, psychiatrii, medycyny pracy, medycyny społecznej oraz odbył przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa Zakładu. P.o. Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnił, że *każdy lekarz orzecznik posiada wiedzę ogólnolekarską oraz przeszkolenie i doświadczenie orzecznicze pozwalające podjąć właściwą decyzję, niezależnie od posiadanej specjalizacji. W dyspozycji lekarzy orzeczników jest literatura fachowa, taka jak m.in. Zeszyty Szkoleniowe Orzecznictwa Lekarskiego, wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych – Naczelny Lekarz Zakładu, gdzie w Nr 5 z 2006 r. omówiono szczegółowo wskazania i przeciwwskazania do przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Materiały te pomagają lekarzom przeprowadzić właściwą merytorycznie ocenę stanu zdrowia badanego oraz podjąć ustalenia orzecznicze. W przypadku wątpliwości lekarz orzecznik może odroczyć sprawę w celu pozyskania opinii lekarza konsultanta ZUS o specjalizacji właściwej dla schorzeń występujących u badanego. Ponadto lekarz orzecznik dysponuje w systemie KSI ZUS informacją o historii choroby badanego, jak również o wcześniejszych opiniach i orzeczeniach, co pozwala na całościową analizę celowości skierowania na rehabilitację leczniczą, właściwą dla profilu schorzenia podstawowego.*

(akta kontroli str. 1016-1047, 1050, 1119-1148, 1257-1264, 1484-1489)

W żadnej z 90 badanych spraw, w opiniach lekarskich lekarzy orzeczników nie odniesiono się do możliwości przekwalifikowania zawodowego ubezpieczonego ani wprost do rokowań poprawy lub odzyskania zdolności do pracy<sup>35</sup>. W sprawach tych wskazywano natomiast przykładowo, że: rehabilitacja jest wskazana, celowa, badany kwalifikuje się do jej przeprowadzenia, spełnia wskazania do rehabilitacji, stwierdzono celowość przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej. P.o. Główny Lekarz Orzecznik wskazał, że *rozpatrzenie sprawy o rehabilitację leczniczą odbywa się na podstawie wniosku w sprawie skierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS (wniosek lekarza leczącego). Nie ma we wniosku pytania dotyczącego możliwości przekwalifikowania zawodowego. Lekarz orzecznik wydając orzeczenie w sprawie rehabilitacji leczniczej odnosi się do udzielenia odpowiedzi na pytanie zawarte we wniosku, a nie możliwości przekwalifikowania zawodowego. Wyjaśnił, że uznanie celowości przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej jest jednocześnie założeniem uznania możliwości poprawy stanu zdrowia na zasadzie spójności logicznej, co nie wymaga dodatkowo potwierdzenia tekstowego w uzasadnieniu. Wskazał również, że kierowanie na rehabilitację leczniczą z jednoczesnym wskazaniem potrzeby przekwalifikowania zawodowego byłoby sprzecznością wewnętrzną zakładającą, że stan zdrowia nie rokuje poprawy i nastąpiła trwała utrata zdolności do pracy zgodnej z posiadanym zawodem. Rozważanie możliwości przekwalifikowania zawodowego jest uzasadnione w przypadkach rozpatrywania wniosków o rentę z tytułu niezdolności do pracy, zwłaszcza w odniesieniu do osób młodych w wieku produkcyjnym.*

(akta kontroli str. 1016-1041, 1044, 1051, 1423-1483, 1484-1489)

<sup>33</sup> Dotyczyło to spraw z grupy renta okresowa: PRL/693/2018/OLP i PRL/771/2018/OLP.

<sup>34</sup> Dotyczyło to spraw z grupy: zasilki chorobowe: PRL/117/2018/OLP (układ oddechowy) i renta okresowa: PRL/983/2018/OLP (nowotwór gruczołu piersiowego).

<sup>35</sup> Procedura do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*, w której ujęto m.in. *Wzór Uzasadnienia i podsumowania ustaleń orzecznicych*, dotyczyła wszystkich rodzajów orzeczeń, wydawanych przez ZUS.

W badanej próbie 72 spraw nie wystąpiły przypadki osób uchylających się od rehabilitacji, tj. osób, które nie podjęły rehabilitacji leczniczej pomimo skierowania na nią. W sześciu przypadkach rehabilitacja trwała krócej niż 24 dni, przy czym w jednej sprawie trwała jedynie pięć dni w związku z doznaniem przez ubezpieczonego zawałem serca, a w pozostałych pięciu<sup>36</sup> sprawach – od 20 do 23 dni. P.o. Główny Lekarz Orzecznik wskazał, że zgodę na skrócenie (lub wydłużenie) pobytu ubezpieczonego w ośrodku rehabilitacyjnym wyraża Departament Prewencji Rentowej, oraz że Oddział nie uczestniczy w tych ustaleniach, a także w ustaleniach związanych z dodatkowymi kosztami wynikającymi ze skrócenia rehabilitacji leczniczej. Fakt akceptacji i powód zmiany czasookresu rehabilitacji odnotowany jest w aplikacji WL przez pracownika Departamentu Prewencji Rentowej. Wskazał, że zdarzają się sytuacje, w których ubezpieczony rozpoczyna turnus rehabilitacyjny z opóźnieniem lub kończy go wcześniej, a uzgodnienia w tym zakresie czyni bezpośrednio z ośrodkiem rehabilitacyjnym. Nie są one prowadzone w porozumieniu z Oddziałem. Wskazał, że w jednej sprawie powodem skrócenia rehabilitacji był powód medyczny (zawał, hospitalizacja), w dwóch ubezpieczeni zakończyli rehabilitację dwa i cztery dni wcześniej, a w kolejnych dwóch – zgłosili się na rehabilitację dzień później.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1045, 1053, 1348-1358, 1484-1489)

W badanej próbie 90 spraw stwierdzono, że w 19 przypadkach dokumentacja medyczna była niewiarygodna<sup>37</sup>, przy czym w całości w sześciu sprawach, a częściowo w 13 sprawach. We wszystkich tych sprawach nie było zlecenia potwierdzenia kserokopii dokumentacji medycznej przez Głównego Lekarza Orzecznika. W przypadku sześciu<sup>38</sup> spraw w teczce MED nie było żadnej dokumentacji medycznej ubezpieczonego. P.o. Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnił, że w sprawach, w których ubezpieczony zgłasza się na bezpośrednie badanie do lekarza orzecznika z dokumentacją lekarską w oryginale, wykonywana jest kserokopia, potwierdzana pieczęcią: *kopię z oryginału sporządził* i włączana do teczki MED. Są przypadki, gdzie badany przedkłada lekarzowi orzecznikowi kserokopię dokumentacji lekarskiej niewiarygodną i nie posiada oryginału, jest ona włączana do teczki MED bez uwierzytelnienia. Niewiarygodna dokumentacja przesyłana jest też często pocztą przez wnioskodawców do Zakładu. Gromadzi się ją również w teczce MED. Wskazał, że występowanie do podmiotów leczniczych o uwierzytelnianie dokumentacji medycznej wszczyna procedurę trwającą często kilka tygodni, co odwleka wydanie orzeczenia. Ponadto ZUS w wielu sprawach ma trudności z pozyskaniem dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia ubezpieczonego. Problemem jest także pozyskiwanie potwierdzenia zgodności z oryginałem posiadanych dokumentów. Wiele placówek medycznych odmawia potwierdzania za zgodność z oryginałem przetwarzanych dokumentów. W wielu przypadkach ubezpieczony przedkłada lekarzowi orzecznikowi oryginalną dokumentację z badań obrazowych w formie kliszy RTG lub płytki CD, którą lekarz orzecznik, po zapoznaniu się, jest zobowiązany zwrócić badanemu. P.o. Główny Lekarz Orzecznik zaznaczył również, że nie każdy dokument medyczny jest istotny do rozstrzygnięcia orzeczniczego. W wielu przypadkach najistotniejszym dokumentem medycznym do podjęcia orzeczenia jest wniosek lekarza leczącego o rehabilitację leczniczą (druk PR-4) lub zaświadczenie o stanie zdrowia (OL-9), które są zawsze w oryginale. Odnosząc się do spraw, w których w teczce MED nie

<sup>36</sup> Dotyczyło to spraw z grupy: zasiłki chorobowe: 7\_647/2018 (23 dni) i 10\_131/2018 (22), świadczenie rehabilitacyjne: 3\_464/2018 (23) i renta okresowa: 12\_983/2018 (23) i 18\_257/2018 (20).

<sup>37</sup> Nie była poświadczona za zgodność z oryginałem przez podmiot leczniczy lub opatrzona adnotacją *Kopię z oryginału sporządził* przez pracownika ZUS.

<sup>38</sup> Dotyczyło to spraw z grupy: brak świadczeń: 3\_674/2018, 6\_238/2018 i 13\_549/2018 i zasiłki chorobowe: 1\_861/2018, 10\_131/2018 i 11\_08/2018.

było żadnej dokumentacji medycznej, p.o. Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnił, że w pięciu sprawach orzeczenia zostały wydane na podstawie wniosku o rehabilitację leczniczą oraz zebranego wywiadu i wyniku przeprowadzonego badania przedmiotowego, a w jednej dodatkowo opinii specjalistycznej lekarza konsultanta ZUS, potwierdzającej potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1043-1044, 1048-1049, 1178-1205, 1484-1489)

W pięciu sprawach (6,9% badanych spraw) lekarz orzecznik skierował badanego na konsultację i odroczył wydanie opinii lekarskiej i orzeczenia do czasu otrzymania opinii lekarza konsultanta ZUS. Dotyczyło to czterech spraw, w których zlecono łącznie dwie konsultacje ortopedyczne, dwie neurologiczne i jedną psychologiczną. Nie zlecano przeprowadzenia badań dodatkowych.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1484-1489)

Średni wiek ubezpieczonych, którzy zostali skierowani na rehabilitację leczniczą wyniósł średnio 52 lata, a w poszczególnych grupach kształtował się na poziomie:

- 54 lata (od 40 do 61 lat) w grupie osób niepobierających rok przed rehabilitacją żadnych świadczeń ze schorzeń, z których byli rehabilitowani,
- 53 lata (od 33 do 62 lat) w grupie osób pobierających w okresie roku przed rehabilitacją zasiłki chorobowe,
- 51 lat (od 36 do 61 lat) w grupie osób pobierających w okresie roku przed rehabilitacją świadczenie rehabilitacyjne,
- 51 lat (od 26 do 65 lat) w grupie osób pobierających w okresie roku przed rehabilitacją rentę okresową.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1484-1489)

Spośród 72 spraw na rehabilitację leczniczą skierowano 28 ubezpieczonych (38,9%), którzy wykonywali pracę umysłową (w tym 5 pielęgniarek) oraz 44 ubezpieczonych (61,1%), którzy wykonywali pracę fizyczną (w tym 8 sprzedawców).

(akta kontroli str. 1016-1041, 1484-1489)

Spośród badanych 72 spraw w pięciu<sup>39</sup> na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS skierowano ubezpieczonych, którzy w dniu wydania orzeczenia spełniali warunki do uzyskania emerytury, w tym dwie osoby miały ustalone prawo do emerytury, przy czym jedna z nich ją pobierała, a druga nie.

P.o. Główny Lekarz Orzecznik wskazał, że zgodnie z art. 69 ust. 1 *ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych* rehabilitacja lecznicza obejmuje ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osoby uprawnione do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osoby pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy. Osoby będące w wieku emerytalnym lub zbliżonym do emerytalnego, ale opłacające składki na ubezpieczenie społeczne, mają uprawnienia do odbycia rehabilitacji leczniczej. Wielu emerytów pozostaje nadal w zatrudnieniu i odprowadza składki do ZUS. Jeśli lekarz stwierdzi podczas badania zagrożenie utraty zdolności do wykonywania pracy zawodowej oraz możliwość uzyskania poprawy w wyniku przeprowadzonej rehabilitacji, kwalifikacja będzie pozytywna niezależnie od wieku ubezpieczonego. *W bieżącym procesie orzekania lekarze nie kierują się wiekiem ubezpieczonego, w tym również zbliżającym się wiekiem emerytalnym, gdyż skorzystanie z uprawnień emerytalnych jest ich prawem, a nie obowiązkiem. Nie ma również ustawowego zakazu pracy dla emerytów, którym na to pozwala stan zdrowia, a rehabilitacja lecznicza służy właśnie jego poprawie.*

<sup>39</sup> Dotyczyło to spraw z grupy: brak świadczeń: PRL/530/2018/OLP, PRL/657/2018/OLP i PRL/37/2018/OLP; zasiłki chorobowe: PRL/724/2018/OLP i renta okresowa: PRL/469/2018/OLP.

Najwyższa Izba Kontroli, przyjmując do wiadomości przesłanki kierowania na rehabilitację leczniczą osób mających ustalone prawo do emerytury lub spełniających warunki do jej uzyskania, zwraca jednak uwagę na wątpliwości co do celowości kierowania takich osób na rehabilitację w ramach prewencji rentowej. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej prowadzony przez ZUS jest skierowany do osób w wieku produkcyjnym, które w wyniku następstw chorób i urazów są zagrożone utratą zdolności do pracy, ale rokują odzyskanie tej zdolności po zastosowaniu odpowiedniego leczenia rehabilitacyjnego. Należy zauważyć, że zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa osobom, które mają ustalone prawo do emerytury z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub spełniają warunki do uzyskania emerytury, nie może zostać przyznana renta z tytułu niezdolności do pracy. Trudno więc w przypadku takich osób dostrzec cel rehabilitacji ZUS jakim jest prewencja rentowa.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1045, 1051, 1265-1321, 1484-1489)

Analizy 90 spraw objętych próbą wykazała, że średni czas oczekiwania na wydanie orzeczenia (liczony od dnia wpływu wniosku do Oddziału ZUS do dnia wydania orzeczenia) wyniósł 20 dni (od dziewięciu do 57 dni), przy czym średnio:

- 20 dni (od 15 do 33 dni) w grupie osób, którym odmówiono rehabilitacji,
- 17 dni (od 11 do 26 dni) w grupie osób niepobierających rok przed rehabilitacją żadnych świadczeń ze schorzeń, z których byli rehabilitowani,
- 18 dni (od 11 do 34 dni) w grupie osób pobierających w okresie roku przed rehabilitacją zasiłki chorobowe,
- 23 dni (od dziewięciu do 48 dni) w grupie osób pobierających w okresie roku przed rehabilitacją świadczenie rehabilitacyjne,
- 27 dni (od 14 do 57 dni) w grupie osób pobierających w okresie roku przed rehabilitacją rentę okresową.

Najdłuższe okresy pomiędzy datą wpływu wniosku a datą wydania orzeczenia wynikały z uzasadnionych przyczyn, w szczególności z próśb wnioskodawców o przesunięcie terminu badania, niezgłoszenia się ubezpieczonego na badanie, odroczenia wydania orzeczenia w związku ze skierowaniem badanego na konsultację, czy też konieczności oczekiwania na rozstrzygnięcie Komisji Lekarskiej w sprawie zdolności do pracy ubezpieczonego.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1423-1483, 1484-1489)

W 65 sprawach, spośród 66, w których orzeczenie wydano na wniosek lekarza leczącego, emisja zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację nastąpiła po upływie 14 dni od daty doręczenia orzeczenia, a więc po jego uprawomocnieniu się. W jednej sprawie dokonano emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację w 13 dniu od daty wydania i doręczenia orzeczenia<sup>40</sup>. Dotyczyło to rehabilitacji z narządu głosu. P.o. Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnił, że terminy rehabilitacji z narządu głosu nie są tak dostępne jak w innych profilach, dlatego w tej sprawie przyspieszono emisję skierowania. Ubezpieczona odebrała skierowanie na rehabilitację osobiście, co przyjęto jako brak sprzeciwu do wydanego orzeczenia przez lekarza orzecznika. Najdłuższy okres od daty doręczenia orzeczenia do emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację dotyczył dwóch<sup>41</sup> spraw i wyniósł, odpowiednio: 37 i 33 dni. P.o. Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnił, że w pierwszej sprawie orzeczenie uprawomocniło się w okresie, w którym ubezpieczony nie zdążyłby odbyć rehabilitacji w okresie przyznanego wówczas świadczenia

<sup>40</sup> Dotyczyło to sprawy PRL/724/2018/OLP (z grupy zasiłki chorobowe), w której orzeczenie odebrano osobiście 30 sierpnia 2018 r., emisja zawiadomienia o skierowaniu nastąpiła 12 września 2018 r., a turnus rozpoczął się 13 września 2018 r.

<sup>41</sup> Dotyczyło to sprawy z grupy świadczenie rehabilitacyjne PRL/700/2018/OLP i sprawy z grupy renty okresowe PRL/710/2019/OLP.

rehabilitacyjnego. Celowo oczekiwano na kolejne orzeczenie w sprawie świadczenia rehabilitacyjnego i niezwłocznie po wydaniu decyzji w tej sprawie dokonano emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację (w 15 dniu od uprawomocnienia się orzeczenia). W drugiej sprawie ubezpieczonemu kończył się okres zasiłkowy, w którym musiał odbyć rehabilitację, a jednocześnie nie było dostępnych miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych. Emisja zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację nastąpiła w dniu, w którym uzyskano miejsce w ośrodku do odbycia rehabilitacji w optymalnym terminie.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1045, 1052, 1322-1334, 1335-1347, 1484-1489)

Spośród sześciu spraw, w których orzeczenia w sprawie skierowania na rehabilitację leczniczą wydano przy okazji orzekania o niezdolności do pracy do celów rentowych, w pięciu zachowano termin 30 dni na obsługę orzeczenia, liczony od daty wydania orzeczenia do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację, natomiast w jednej sprawie wyniósł on 34 dni, co przedstawiono w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1046, 1055, 1421-1422, 1484-1489)

W 54 sprawach (75%), z 72 badanych, dokumentację medyczną osób skierowanych na rehabilitację przekazano do ośrodka rehabilitacyjnego nie wcześniej niż na dwa tygodnie i nie później niż na 10 dni przed rozpoczęciem turnusu. W 16 sprawach przekazano ją w okresie krótszym niż 10 dni, a w dwóch – w okresie dłuższym niż dwa tygodnie, co szczegółowo przedstawiono w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1045, 1054, 1359-1412, 1484-1489)

Badanie próby 72 spraw wykazało, że okres od wydania orzeczenia do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację wyniósł średnio 17 dni (od trzech do 50 dni), a w poszczególnych grupach badanych spraw, odpowiednio:

- 16 dni (od 14 do 28 dni) – w grupie osób niepobierających rok przed rehabilitacją żadnych świadczeń ze schorzeń, z których byli rehabilitowani,
- 17 dni (od 13 do 18 dni) w grupie osób pobierających w okresie roku przed rehabilitacją zasiłki chorobowe,
- 18 dni (od czterech do 50 dni) w grupie osób pobierających w okresie roku przed rehabilitacją świadczenie rehabilitacyjne,
- 16 dni (od trzech do 34 dni) w grupie osób pobierających w okresie roku przed rehabilitacją rentę okresową.

Okres od emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację do czasu jej rozpoczęcia wyniósł średnio 59 dni (od jednego do 142 dni), a w poszczególnych grupach badanych spraw, odpowiednio:

- 70 dni (od siedmiu do 117 dni) w grupie osób niepobierających rok przed rehabilitacją żadnych świadczeń ze schorzeń, z których byli rehabilitowani,
- 36 dni (od jednego do 100 dni) w grupie osób pobierających w okresie roku przed rehabilitacją zasiłki chorobowe,
- 50 dni (od jednego do 142 dni) w grupie osób pobierających w okresie roku przed rehabilitacją świadczenie rehabilitacyjne,
- 82 dni (od 11 do 142 dni) w grupie osób pobierających w okresie roku przed rehabilitacją rentę okresową.

Odnosząc się do przyczyn tak dużych różnic w czasie oczekiwania na rehabilitację w każdej z badanych grup, a także pomiędzy średnimi czasami oczekiwania w grupach, p.o. Główny Lekarz Orzecznik wskazał, że w sprawach, w których:

- przyznano rehabilitację leczniczą na wniosek lekarza leczącego, a wnioskodawcy nie pobierają świadczeń z ubezpieczenia społecznego, procedura pozwala na ustalenie z osobą uprawnioną miejsca i terminu

rehabilitacji, stąd rozbieżność w tej grupie w okresach od emisji skierowania do rozpoczęcia rehabilitacji,

- ustalono potrzebę rehabilitacji leczniczej w trakcie pobierania przez wnioskodawcę zasiłku chorobowego, skierowanie na rehabilitację powinno nastąpić niezwłocznie, tak aby odbyła się ona w trakcie przysługującego podstawowego okresu zasiłkowego. Jest to jednak uzależnione od dostępności miejsc w aplikacji WL lub przydzielonych przez Departament Prewencji i Rehabilitacji;
- ustalono potrzebę rehabilitacji leczniczej, a ubezpieczony pobiera świadczenie rehabilitacyjne lub rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy terminy rehabilitacji uzależnione są od: dostępności terminów i miejsc odbycia rehabilitacji leczniczej w danym okresie i dla określonego profilu schorzenia, indywidualnej sytuacji ubezpieczonych, która wymusza skierowanie ich na rehabilitację leczniczą w konkretnym terminie, z uwagi np. na ważne sprawy rodzinne, planowane wizyty lekarskie, weryfikacji dotyczącej formalnych uprawnień do pobierania danego świadczenia i czasookresu przyznanego świadczenia, a także sugestii lekarza orzecznika stwierdzającego potrzebę rehabilitacji w zakresie terminu rehabilitacji, z uwagi na wskazania medyczne, rodzaj i zaawansowanie schorzenia.

P.o. Główny Lekarz Orzecznik wskazał również, że termin ustalonej rehabilitacji ma istotny wpływ na jej skuteczność, ale jest uzależniony od wielu czynników, o których mowa powyżej.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1045, 1052-1053, 1423-1483, 1484-1489)

Dyrektor Oddziału podała, że *długotrwałe oczekiwanie na rehabilitację leczniczą nie pozostaje bez wpływu na skuteczność rehabilitacji. Jak w każdym procesie leczenia, szybkość udzielenia świadczenia zdrowotnego, wpływa na zahamowanie procesów chorobowych i ograniczenie pogłębiania utraty dobrostanu człowieka. Podobnie w przypadku rehabilitacji leczniczej, im szybciej przeprowadzona zostanie rehabilitacja, tym szybsze i lepsze powinny być spodziewane rezultaty.*

(akta kontroli str. 18-19, 24-27)

Analiza próby 18 spraw<sup>42</sup>, które zakończyły się wydaniem orzeczenia lekarskiego o braku potrzeby rehabilitacji, wykazała, że:

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed wydaniem orzeczenia wyniosła łącznie 62,8 tys. zł, a w okresie roku po wydaniu orzeczenia 66,2 tys. zł (wzrost o 5,4%), w tym kwota naliczonych składek na ubezpieczenie rentowe wyniosła, odpowiednio: 16 tys. zł i 17 tys. zł (wzrost o 40,1%);
- w okresie roku przed wydaniem orzeczenia wszystkie osoby objęte próbą pobierały świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, średnio przez 281 dni (łącznie 5050 dni), przy czym 10 osób przez cały rok, a osiem od 38 do 250 dni; wysokość wypłaconych z tego tytułu świadczeń ZUS wyniosła średnio 15,5 tys. zł na osobę (łącznie 278,5 tys. zł); w okresie roku po odmowie rehabilitacji 17 osób pobierało świadczenia średnio przez 288 dni (4610 dni), przy czym osiem osób przez cały rok, a kolejne osiem od pięciu do 350 dni; wysokość wypłaconych z tego tytułu świadczeń wyniosła średnio 15,5 tys. zł na osobę pobierającą świadczenia (łącznie 248,3 tys. zł);
- w okresie roku po odmowie rehabilitacji jedna osoba nie pobierała żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy (podlegała ubezpieczeniu; odmowa rehabilitacji wynikała z przeciwwskazań kardiologicznych), cztery pobierały

<sup>42</sup> Wszystkie analizowane orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji zostały wydane z powodu stanu zdrowia ubezpieczonych, który nie rokował poprawy lub nie pozwalał na przeprowadzenie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej.

zasilek chorobowy lub wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z tytułu zatrudnienia lub prowadzenia działalności gospodarczej (w tym jedna osoba przeszła na emeryturę), jedna przebywała na świadczeniu rehabilitacyjnym, trzy osoby pobierały świadczenie rehabilitacyjne, a następnie przeszły na rentę okresową, osiem osób pobierało renty okresowe (w tym dwie jednocześnie prowadziły działalność gospodarczą, a jedna była zatrudniona), natomiast jedna osoba przeszła z renty okresowej na emeryturę.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1119-1148, 1423-1430, 1484-1489)

Analiza próby 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierał żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z schorzeniami, na które miał być rehabilitowany, wykazała, że:

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed rehabilitacją<sup>43</sup> wyniosła 253,7 tys. zł, a w okresie roku po rehabilitacji<sup>44</sup> 214,1 tys. zł (spadek o 15,6%), w tym kwota naliczonych składek na ubezpieczenie rentowe wyniosła, odpowiednio: 65,6 tys. zł i 55,4 tys. zł (spadek o 10,2%);
- w okresie roku przed rehabilitacją 10 osób nie pobierało żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, a pozostałe osiem osób przebywało na zwolnieniach lekarskich przez 90 dni (średnio 11 dni na osobę) z tytułu innych schorzeń, niż te, z których byli rehabilitowani; kwota wypłaconych świadczeń wyniosła łącznie 6,6 tys. zł (średnio 0,8 tys. zł na osobę);
- w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji dziewięć osób nie pobierało żadnych świadczeń, a kolejne dziewięć osób pobierało zasilek chorobowy (lub wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy) łącznie przez 504 dni (średnio 56 dni na osobę). Jedna osoba przebywała na zwolnieniu lekarskim przez 182 dni w związku ze schorzeniem, na który była rehabilitowana (nowotwór gruczołu piersiowego), a kolejna – m.in. w związku z tym samym schorzeniem<sup>45</sup> (zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa), natomiast pozostałe siedem osób przebywało na zwolnieniach lekarskich z innym kodem choroby niż byli rehabilitowani, łącznie przez 263 dni (średnio 38 dni na osobę)<sup>46</sup>; kwota wypłaconych świadczeń wyniosła łącznie 55,4 tys. zł i była ponad ośmiokrotnie (o 739,4%) wyższa niż przed rehabilitacją (średnio 6,2 tys. zł na osobę);
- według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji u 14 osób (77,8%) nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego, a stan funkcjonalny czterech osób (22,2%) nie zmienił się<sup>47</sup>;
- 17 osób w badanej próbie w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji było zatrudnionych lub prowadziło działalność gospodarczą, przy czym cztery osoby przeszły na emeryturę (w dniu wydania orzeczenia trzy osoby spełniały warunki do uzyskania emerytury, w tym jedna z nich miała ustalone prawo do emerytury), natomiast jedna osoba nie była zatrudniona.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1119-1148, 1431-1444, 1484-1489)

<sup>43</sup> Wykazywane dane dotyczyły okresu jednego roku (365 dni) przed datą wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji.

<sup>44</sup> Wykazywane dane dotyczyły okresu jednego roku (365 dni) po zakończeniu rehabilitacji.

<sup>45</sup> We wszystkich analizowanych grupach ujęto przypadki rehabilitacji leczniczej i pobierania świadczeń z tych samych kodów choroby, niezależnie od liczby dni pobierania świadczeń z tego tytułu.

<sup>46</sup> Cztery osoby przebywały na zwolnieniach lekarskich z innym kodem choroby niż byli rehabilitowani nie dłużej niż 30 dni, a trzy średnio przez 66 dni (od 56 do 81 dni).

<sup>47</sup> Dotyczyło to osób rehabilitowanych w schorzeniach narządu ruchu: M47 Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, M25 Inne choroby stawów, niesklasyfikowane gdzie indziej i G54 Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych.



Analiza próby 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał zasiłki chorobowe związane z schorzeniami, na które miał być rehabilitowany, wykazała, że:

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed rehabilitacją wyniosła 167,8 tys. zł, a w okresie roku po rehabilitacji 122,8 tys. zł (spadek o 26,8%), w tym kwota naliczonych składek na ubezpieczenie rentowe wyniosła, odpowiednio: 42,9 tys. zł i 31,5 tys. zł (spadek o 11,4%);
- w okresie roku przed rehabilitacją wszystkie osoby pobierały świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, średnio przez 105 dni (łącznie 1891 dni); wysokość wypłaconych świadczeń wyniosła średnio 7,3 tys. zł na osobę pobierającą świadczenie (łącznie 130,9 tys. zł);
- w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji trzy osoby nie pobierały żadnych świadczeń, a pozostałe 15 osób pobierało świadczenia średnio przez 101 dni (łącznie 1510 dni). Jedna osoba przebywała na świadczeniu rehabilitacyjnym przez 365 dni, ale z innym kodem choroby niż była rehabilitowana, cztery osoby przebywały na świadczeniu rehabilitacyjnym przez okres od 90 do 275 dni, w tym dwie z tym samym kodem choroby, z których byli rehabilitowani, natomiast pozostałe 10 osób przebywało na zwolnieniach lekarskich od dwóch do 120 dni, w tym pięć osób z tym samym kodem choroby, z których byli rehabilitowani (trzy osoby powyżej 30 dni); wysokość wypłaconych świadczeń wyniosła łącznie 126,8 tys. zł i była mniejsza o 3,1% w stosunku do roku przed rehabilitacją (średnio 8,5 tys. zł na osobę pobierającą świadczenie);
- według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji u 14 osób (77,8%) nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego, a stan funkcjonalny czterech osób (22,2%) nie zmienił się<sup>48</sup>;
- 16 osób w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji było zatrudnionych lub prowadziło działalność gospodarczą (w tym jedna pobierała równocześnie świadczenie emerytalne), a dwie osoby były bezrobotne (jedna pobierała zasiłek i świadczenie rehabilitacyjne po ustaniu zatrudnienia, a druga nie pobierała zasiłku); spośród 16 zatrudnionych osób, trzy nie pobierały żadnych świadczeń w okresie roku po rehabilitacji, dziewięć pobierało zasiłek chorobowy (lub wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy), a cztery pobierały świadczenie rehabilitacyjne (w tym jedna również zasiłek chorobowy).  
(akta kontroli str. 1016-1041, 1119-1148, 1445-1457, 1484-1489)

Analiza próby 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał świadczenie rehabilitacyjne, wykazała, że:

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed rehabilitacją wyniosła 72 tys. zł, a w okresie roku po rehabilitacji 133 tys. zł (wzrost o 61%), w tym kwota naliczonych składek na ubezpieczenie rentowe wyniosła, odpowiednio: 18,5 tys. zł i 34,3 tys. zł (wzrost o 15,8%);
- w okresie roku przed rehabilitacją wszystkie osoby pobierały świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, średnio przez 276 dni (łącznie 4965 dni), w tym cztery osoby pobierały świadczenie rehabilitacyjne przez 365 dni; wysokość wypłaconych świadczeń wyniosła średnio 18 tys. zł na osobę pobierającą świadczenie (łącznie 324,4 tys. zł);
- w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji jedna osoba nie pobierała żadnych świadczeń, a pozostałe 17 osób pobierało świadczenia średnio przez 120 dni (łącznie 2033 dni). Trzy osoby pobierały świadczenia przez cały rok – po

<sup>48</sup> Dotyczyło to osób rehabilitowanych w schorzeniach narządu ruchu: M23 Wewnętrzne uszkodzenie stawu kolanowego i G54 Zaburzenia korzeni i splotów nerwowych oraz układu oddechowego D38 Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej.

zakończeniu okresu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego pobierały rentę<sup>49</sup>, w tym dwie osoby z tym samym kodem choroby, z którego byli rehabilitowani. 13 osób pobierało świadczenie rehabilitacyjne przez okres od czterech do 182 dni (średnio 71 dni), w tym dziewięć z tym samym kodem choroby, z którego byli rehabilitowani (sześć osób powyżej 30 dni). Jedna osoba pobierała zasiłek chorobowy przez 12 dni i z innym kodem choroby, niż kod, z którego była rehabilitowana; wysokość wypłaconych świadczeń wyniosła łącznie 133,2 tys. zł i była mniejsza o 58,9% w stosunku do roku przed rehabilitacją (średnio 7,8 tys. zł na osobę pobierającą świadczenie);

- według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji u 13 osób (72,2%) nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego, a stan funkcjonalny pięciu osób (27,8%) nie zmienił się<sup>50</sup>;
- 13 osób w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji było zatrudnionych (w tym dwie pobierały równocześnie świadczenie rentowe, a jedna świadczenie emerytalne), jedna osoba była na rencie z tytułu niezdolności do pracy, trzy były bezrobotne (pobierały świadczenie rehabilitacyjne), a jedna pobierała świadczenie rehabilitacyjne (przez 5 dni)<sup>51</sup>.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1119-1148, 1458-1470, 1484-1489)

Analiza próby 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy, wykazała, że:

- kwota naliczonych składek na ubezpieczenia społeczne w okresie roku przed rehabilitacją wyniosła 49,7 tys. zł, a w okresie roku po rehabilitacji 45 tys. zł (spadek o 9,5%), w tym kwota naliczonych składek na ubezpieczenie rentowe wyniosła, odpowiednio: 12,7 tys. zł i 11,6 tys. zł (spadek o 8,7%);
- w okresie roku przed rehabilitacją wszystkie osoby pobierały rentę okresową, a 13 z nich dodatkowo zasiłek chorobowy lub wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy (z tytułu dodatkowego zatrudnienia lub prowadzenia działalności gospodarczej), średnio przez 357 dni (łącznie 6423 dni); 16 osób pobierało świadczenia z tytułu niezdolności do pracy przez 365 dni, a dwie przez, odpowiednio: 225 i 358 dni; wysokość wypłaconych świadczeń wyniosła średnio 15,8 tys. zł na osobę (łącznie 283,5 tys. zł);
- w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji jedna osoba nie pobierała żadnych świadczeń<sup>52</sup>, a pozostałe 17 osób pobierało świadczenia z tytułu niezdolności do pracy średnio przez 327 dni (łącznie 5553 dni). 12 osób pobierało świadczenie rentowe<sup>53</sup> przez 365 dni, w tym 10 osób z tym samym kodem choroby, z którego byli rehabilitowani, a pięć osób – świadczenie rentowe przez okres od 113 do 353 dni (średnio 232 dni)<sup>54</sup>, w tym dwie z tym samym kodem choroby, z którego byli rehabilitowani; wysokość wypłaconych świadczeń wyniosła łącznie 258,7 tys. zł i była mniejsza o 8,7% w stosunku do roku przed rehabilitacją (średnio 14,4 tys. zł na osobę);

<sup>49</sup> Dwie osoby pobierały rentę z tytułu niezdolności do pracy, a jedna rentę wypadkową.

<sup>50</sup> Dotyczyło to osób rehabilitowanych w schorzeniach narządu ruchu: M16 *Koksartroza [choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego]*, M23 *Wewnętrzne uszkodzenie stawu kolanowego*, M51 *Inne choroby krążka międzykręgowego* i M87 *Martwica kości* i T90 *Następstwa urazów głowy*.

<sup>51</sup> W styczniu 2019 r. Komisja lekarska podtrzymała orzeczenie lekarza orzecznika z listopada 2018 r. i orzekła, że ubezpieczona nie jest niezdolna do pracy.

<sup>52</sup> Była to osoba bezrobotna pobierająca zasiłek, w przypadku której Komisja lekarska 15 marca 2019 r. podtrzymała orzeczenie lekarza orzecznika z 7 lutego 2019 r. i orzekła brak niezdolności do pracy.

<sup>53</sup> 11 osób pobierało rentę z tytułu niezdolności do pracy, a jedna rentę wypadkową.

<sup>54</sup> Dwie osoby pobierające rentę przez, odpowiednio: 204 i 274 dni po osiągnięciu wieku emerytalnego przeszły na emeryturę, w tym jedna osoba zmarła, a w przypadku dwóch kolejnych osób, które pobierały rentę przez, odpowiednio: 113 i 217 dni Komisja lekarska podtrzymała orzeczenia lekarzy orzeczników i orzekła brak niezdolności tych osób do pracy.

- według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji u ośmiu osób (44,4%) nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego, u dziewięciu osób (50%) stan funkcjonalny nie zmienił się<sup>55</sup>, a u jednej osoby nastąpiło pogorszenie<sup>56</sup>;
- siedem osób (38,9%) w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji było zatrudnionych lub prowadziło działalność gospodarczą (równocześnie pobierali świadczenie rentowe, a jedna osoba w trakcie tego okresu przeszła na emeryturę), dwie osoby były bezrobotne, a dziewięć miało przyznaną rentę okresową z tytułu częściowej niezdolności do pracy, w tym jedna osoba po osiągnięciu wieku emerytalnego przeszła na emeryturę.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1119-1148, 1471-1483, 1484-1489)

W okresie 12 miesięcy po odbyciu rehabilitacji ubezpieczeni przebywali na świadczeniach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych przez okres krótszy o 28,3% (średnio na osobę o 23,6%), a kwota wypłaconych im świadczeń była mniejsza o 23% (średnio na osobę o 17,5%). Poprawę stanu funkcjonalnego stwierdzono u 68% osób. Kwota składek na ubezpieczenia społeczne była mniejsza o 5,2%.

Poziom skuteczności rehabilitacji leczniczej w zbadanej próbie 72 osób, mierzonej na podstawie faktu pobierania (lub nie) świadczeń z ubezpieczenia społecznego w okresie 12 miesięcy po zakończeniu leczenia w ośrodku rehabilitacyjnym<sup>57</sup>, wyniósł jedynie 19,4%, przy czym różnił się w poszczególnych grupach analizowanych spraw i wynosił: 50% w grupie osób, które przed rehabilitacją nie pobierały żadnych świadczeń, 16,7% w grupie osób pobierających wcześniej świadczenia z tych samych schorzeń, z których byli rehabilitowani oraz po 5,6% w grupach osób pobierających przed rehabilitacją odpowiednio świadczenie rehabilitacyjne i rentę okresową.

Spośród zbadanej próby 72 spraw 14 osób (19,4%) w okresie jednego roku po zakończeniu rehabilitacji nie pobierało żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, kolejne 14 osób (19,4%) pobierało świadczenia przez okres do 30 dni, a 44 osoby (61,1%) – przez okres powyżej 30 dni, w tym 17 osób przez 365 dni. Spośród osób długotrwale przebywających na świadczeniach blisko 2/3 ubezpieczonych (61,4%) pobierało świadczenia z tytułu schorzeń, które były podstawą skierowania na rehabilitację. Połowa badanych osób przebywała na świadczeniach z tytułu niezdolności do pracy przez taki sam lub dłuższy okres niż przed rehabilitacją, a 18,1% badanych osób nadal pobierało świadczenia przez cały rok (365 dni przed i po zakończeniu rehabilitacji).

(akta kontroli str. 1016-1041, 1484-1489)

*Dyrektor Oddziału wskazała, że na przestrzeni ostatnich lat skuteczność rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez ZUS odnotowuje tendencje wzrostowe. Jej efektywność jest jednak w głównej mierze uzależniona od wielu czynników niezależnych od Zakładu, a związanych z osobistą sytuacją danego ubezpieczonego. Należą do nich m.in.: przebieg schorzeń i chorób współistniejących oraz wiek, dalsze zachowanie zaleceń przez ubezpieczonego,*

<sup>55</sup> Dotyczyło to głównie osób rehabilitowanych w schorzeniach narządu ruchu: M15 Zwyródnienie wielostawowe, M45 Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, M51 Inne choroby krążka międzykręgowego, T90 Następstwa urazów głowy, T92 Następstwa urazów kończyny górnej, T93 Następstwa urazów kończyny dolnej oraz układu krążenia oraz układu krążenia: I10 Nadciśnienie samoistne (pierwotne), I25 Przewlekła choroba niedokrwienna serca.

<sup>56</sup> W trakcie pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym ubezpieczona doznała zawału serca, w wyniku czego rehabilitacja została skrócona do pięciu dni, a pacjenta przekazano do szpitala, celem dalszego leczenia. Była rehabilitowana z układu krążenia (I25 Przewlekła choroba niedokrwienna serca).

<sup>57</sup> Wskaźnik zastosowany w opracowaniu ZUS pn. *Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2017 r. w 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji*, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, Warszawa 2019 (<https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/ubezpieczeni-poddani-rehabilitacji-leczniczej-w-ramach-prewencji-rentowej-zus>, dostęp na 24 września 2020 r.).

*sytuacja społeczna, zawodowa i rodzinna ubezpieczonego. Czynnikiem wpływającym na mniejszą skuteczność rehabilitacji może być także postawa samego ubezpieczonego, zainteresowanego dalszym otrzymywaniem świadczeń. Wskazała również, że rehabilitacja lecznicza prowadzona przez Zakład nie ma na celu wyłącznie poprawy stanu zdrowia. Zasadniczym celem jest podjęcie działań zmierzających do odzyskania przez ubezpieczonych zdolności do pracy. (...) Poprawa stanu zdrowia nie jest równoznaczna z odzyskaniem zdolności do pracy przez danego ubezpieczonego. Nawet jeśli w danym roku przywrócona została zdolność do pracy w 50% przypadków, to oznacza to, że taka skuteczność została uzyskana w stosunku do populacji objętej rehabilitacją w danym roku. Rehabilitacja lecznicza proponowana jest również osobom, które są zagrożone utratą zdolności do pracy, a które przed rozpoczęciem rehabilitacji nie pobierały żadnych świadczeń. (...) W części przypadków, pomimo wdrożonej rehabilitacji, procesy chorobowe są na tyle zaawansowane, że pomimo istnienia rokowań odzyskania zdolności do pracy, nie udaje się uzyskać spodziewanych rezultatów. Nie oznacza to, że program rehabilitacji jest nieskuteczny.*

(akta kontroli str. 18-19, 24-27)

*W ocenie p.o. Głównego Lekarza Orzecznika rehabilitacja lecznicza realizowana przez ZUS jest skutecznym narzędziem umożliwiającym powrót do pracy osobom zainteresowanym powrotem do pracy, w której realizują swoje ambicje życiowe. Nie spełnia ona jednak roli w odniesieniu do wieloletnich rencistów, którzy wypadli z rynku pracy i nie posiadają wysokich kwalifikacji, bądź przywykli do stylu życia, jaki zapewnia im stałe świadczenie ZUS. Według danych statystycznych największą grupę osób kierowanych na rehabilitację stanowią osoby pobierające świadczenie rehabilitacyjne, a następnie osoby pobierające zasiłek chorobowy. U tych osób obserwuje się największą skuteczność rehabilitacji prowadzącą do odzyskania zdolności do pracy. U osób kierowanych na rehabilitację w trakcie pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy efekt w postaci odzyskania zdolności do pracy jest niewielki, gdyż poprawa stanu zdrowia jest krótkotrwała, a wieloletnie przewlekłe schorzenia zazwyczaj mają charakter progresywny, bądź dołączają się inne schorzenia, wcześniej nie występujące.*

(akta kontroli str. 111-117)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W 11<sup>58</sup> sprawach (12,2%) z 90 badanych fakt akceptacji orzeczenia, potwierdzający przeprowadzenie przez Głównego Lekarza Orzecznika analizy dokumentacji stanowiącej podstawę wydania opinii lekarskiej i orzeczeń nie był odnotowany jednocześnie na egzemplarzu orzeczenia znajdującym się w aktach oraz w aplikacji WO.

Zgodnie z uregulowaniami wewnętrznymi ZUS (pkt 4 części III załącznika nr 6 do ówczesnie obowiązującej Procedury do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*) fakt akceptacji orzeczenia główny lekarz orzecznik albo jego zastępca odnotowuje na egzemplarzu orzeczenia znajdującym się w aktach sprawy oraz w aplikacji WO. Tymczasem w przypadku czterech spraw zdarzenie to nie było odnotowane w aplikacji WO, a na siedmiu orzeczeniach nie było zamieszczonej adnotacji o przeprowadzeniu analizy.

<sup>58</sup> Dotyczyło to spraw z grupy: odmowy: PRL/915/2018/OLP i PRL/41/2018/OLP; zasiłki chorobowe: PRL/860/2018/OLP, PRL/780/2018/OLP i PRL/227/2018/OLP; świadczenie rehabilitacyjne: PRL/543/2018/OLP, PRL/788/2018/OLP i PRL/79/2018/OLP; renta okresowa: PRL/32/2018/OLP, PRL/710/2019/OLP i PRL/401/2018.

P.o. Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnił, że w jednej z tych spraw pracownik Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji wprowadził *zdarzenie akceptacji* do aplikacji WO na podstawie akceptacji Głównego Lekarza Orzecznika widniejącej na orzeczeniu lekarza orzecznika w sprawie niezdolności do pracy, na którym był zapis o potrzebie rehabilitacji leczniczej (z tego samego dnia co orzeczenie w sprawie rehabilitacji leczniczej), a w dwóch kolejnych – na podstawie akceptacji Głównego Lekarza Orzecznika zamieszczonej na orzeczeniu lekarza orzecznika w sprawie o świadczenie rehabilitacyjne (z tego samego dnia). W pozostałych ośmiu sprawach *zdarzenie akceptacji* nie zostało wprowadzone do aplikacji WO lub zostało wprowadzone do aplikacji, pomimo braku takiej adnotacji na orzeczeniu lekarza orzecznika, z powodu niedopatrzenia.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1044, 1048-1049, 1206-1236, 1484-1489)

2. W jednej sprawie (PRL/739/2018/OLP) obowiązujący w ZUS termin 30 dni na obsługę orzeczenia, wydanego przy orzekaniu w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych przekroczone o cztery dni – orzeczenie wydano 31 lipca 2018 r., a emisja zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację nastąpiła 3 września 2018 r., tj. po upływie 34 dni.

P.o. Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnił, że wynikało to z konieczności ustalenia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy przez organ rentowy. Decyzję w tej sprawie wydano 27 sierpnia 2018 r., na podstawie prawomocnego orzeczenia lekarza orzecznika z 31 lipca 2018 r. Informację mailową w tym zakresie otrzymano 29 sierpnia 2018 r. (w aplikacji WO zamieszczono stosowną adnotację), a emisji skierowania dokonano 3 września 2018 r. tj. po upływie trzech dni roboczych. Wskazał, że ustalenie terminu rehabilitacji, a tym samym emisja skierowania uzależniona jest od dostępności miejsc na turnusach rehabilitacyjnych w danym terminie, z równoczesnym uwzględnieniem profilu schorzenia. Zaznaczył, że w każdym przypadku emisja skierowania dokonywana była niezwłocznie, ale dopiero wówczas, gdy było dostępne miejsce w ośrodku rehabilitacyjnym w określonym terminie z uwzględnieniem pożądanego profilu rehabilitacji. Dodał, że czynność związana z rezerwacją miejsca, uwzględniająca określone kryteria, trwa w niektórych przypadkach od kilku do kilkunastu dni. Liczba dostępnych miejsc w ośrodkach rehabilitacji nie jest przypisana oddzielnie dla każdego Oddziału. Rezerwacja miejsca polega na codziennym monitorowaniu dostępności miejsc w aplikacji WL. Dostępne terminy mogą się pojawić w aplikacji w przypadku zwolnienia miejsca przez inny Oddział (rezygnacja, zmiana terminu). W przypadku braku możliwości skutecznej rezerwacji miejsca w aplikacji WL, pracownik przekazuje sprawę do Departamentu Prewencji Rentowej celem dokonania rezerwacji.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1046, 1055, 1421-1422, 1484-1489)

3. W 16<sup>59</sup> sprawach (22,2%) z 72 badanych dokumentację medyczną ubezpieczonych przekazano do ośrodka rehabilitacyjnego w okresie krótszym niż 10 dni przed planowanym rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego, a w dwóch<sup>60</sup> (2,8%) w okresie dłuższym niż dwa tygodnie, podczas gdy zgodnie z Procedurą 9.3 *Realizacja rehabilitacji leczniczej* dokumentacja medyczna winna być przekazana do ośrodka rehabilitacyjnego nie wcześniej niż na dwa tygodnie i nie później niż na

<sup>59</sup> Dotyczyło to spraw z grupy: brak świadczeń: PRL/674/2018/OLP (8 dni), PRL/19/2018/OLP (6), PRL/530/2018/OLP (9), PRL/657/2018/OLP (8) i PRL/927/2018/OLP (8); zasiłki chorobowe: PRL/724/2018/OLP (1) i PRL/919/2018/OLP, świadczenie rehabilitacyjne: PRL/161/2018/OLP (2), PRL/328/2018/OLP (9), PRL/38/2018/OLP (9), PRL/596/2018/OLP (2), PRL/788/2018/OLP (1) i PRL/626/2018/OLP (w tym samym dniu) i renta okresowa: PRL/182/2018/OLP (6), PRL/178/2018/OLP (9) i PRL/257/2018/OLP (9).

<sup>60</sup> Dotyczyło to spraw z grupy renta okresowa: PRL/983/2018/OLP (17 dni) i PRL/419/2018/OLP (17).

10 dni przed rozpoczęciem turnusu. Spośród spraw, w których rezerwacja miejsca w ośrodku nastąpiła w okresie krótszym niż 10 dni przed rozpoczęciem turnusu, w jednej dokumentację medyczną wydano ubezpieczonej wraz ze skierowaniem w tym samym dniu, z uwagi na rozpoczynający się następnego dnia turnus, a w pozostałych sprawach nie było potwierdzenia przesłania skanu dokumentacji drogą elektroniczną.

P.o. Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnił, że przekazanie dokumentacji medycznej ubezpieczonych do ośrodka rehabilitacyjnego w okresie krótszym niż 10 dni przed planowanym rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego w ośmiu sprawach wynikało z krótszego niż 10 dni okresu pomiędzy emisją skierowania a datą rozpoczęcia turnusu, a w kolejnych ośmiu nie było uzasadnienia na przekazanie dokumentacji medycznej w takim terminie. P.o. Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnił, że we wszystkich sprawach dokumentacja medyczna dotarła do ośrodka przed rozpoczęciem turnusu. W sytuacji wysyłki dokumentacji medycznej pocztą, każdorazowo uzgadniano telefonicznie z pracownikiem ośrodka, że w razie jej nieotrzymania przed rozpoczęciem turnusu, zostanie ona przekazana pilnie mailem. W Wydziale Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji nie archiwizowano maili w tych sprawach. P.o. Główny Lekarz Orzecznik wyjaśnił również, że w dwóch ww. sprawach nie było uzasadnienia dla przekazania dokumentacji na 17 dni przed planowanym rozpoczęciem turnusu.

(akta kontroli str. 1016-1041, 1045, 1054, 1359-1415, 1484-1489)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Rehabilitacja lecznicza, w badanej próbie 72, nie była skuteczna we wszystkich przypadkach. Jedynie 14 osób (19,4%) w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji nie pobierało żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, a 44 osoby (61,1%) przebywały na długotrwałych świadczeniach powyżej 30 dni, w tym 17 osób przez 365 dni. Spośród osób długotrwale przebywających na świadczeniach blisko 2/3 ubezpieczonych (61,4%) pobierało świadczenia z tytułu schorzeń, które były podstawą skierowania na rehabilitację. NIK zwraca uwagę na długi okres oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji, który w badanej próbie wyniósł średnio trzy miesiące od wpływu wniosku o rehabilitację. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczące obsługi wydawania orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej i przekazywania dokumentacji do ośrodka rehabilitacji, jak również czynności nadzoru Głównego Lekarza Orzecznika nie miały istotnego wpływu na ocenę kontrolowanej działalności w tym obszarze.

## IV. Uwagi i wnioski

- Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.
- Wnioski W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:
- 1) zapewnienie formalnego dokumentowania czynności wykonywanych w ramach nadzoru sprawowanego przez Głównego Lekarza Orzecznika zgodnie z wymogami wewnętrznymi poprzez każdorazowe odnotowywanie faktu akceptacji orzeczenia oraz przeprowadzanie analiz dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia lub opinii na poziomie co najmniej 60% spraw w każdym miesiącu;
  - 2) przekazywanie dokumentacji medycznej do ośrodka rehabilitacyjnego w przewidzianych terminach.

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

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

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

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

Kraków,     września 2020 r.

Kontroler  
Marta Wojnarska  
doradca ekonomiczny

.....  
*podpis*