



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Lublinie

LLU.410.009.01.2020

**Pan  
Piotr Waszak  
Dyrektor Oddziału  
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych  
w Lublinie**

ul. Tomasza Zana 38C  
20-601 Lublin

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Kontrola nr P/20/040 „Rehabilitacja lecznicza realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych  
w ramach prewencji rentowej”

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Lublinie, ul. Tomasza Zana 38C, 20-601 Lublin (dalej: „Oddział”, lub „ZUS O/Lublin”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Waszak, Dyrektor Oddziału od 1 grudnia 2016 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym warunki kadrowe i organizacyjne. 2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2018-2019, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych w latach wcześniejszych oraz w okresie późniejszym, a także danych statystycznych z tych okresów.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontroler	Monika Cieniuch, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/75/2020 z 1.06.2020 r.

(akta kontroli str. 1-4)

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

### OCENA OGÓLNA

Realizowany przez Oddział program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany do osób zagrożonych utratą zdolności do pracy, ale rokujących jej odzyskanie był nie w pełni skuteczny. Pomimo, że w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji leczniczej zmalała zarówno liczba dni niezdolności do pracy z 14 994 do 10 101, tj. o 32,6%, jak również kwota świadczeń wypłaconych z FUS<sup>3</sup> z 812,7 tys. zł do 502,4 tys. zł (o 38,2%), a u 83,3% ubezpieczonych (wg opinii lekarzy) nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego, to jednak świadczenia z FUS pobierało nadal 61 ubezpieczonych (tj. 84,7%) spośród 72 objętych kontrolą<sup>4</sup>, z tego 40 osobom (55,6%) wypłacono świadczenia w związku ze schorzeniami, na które były rehabilitowane. Średni czas oczekiwania na rehabilitację liczony od dnia złożenia wniosku do dnia rozpoczęcia rehabilitacji wynosił 109 dni (od 27 dni do 261 dni) i w ocenie NIK mógł mieć wpływ na efektywność rehabilitacji.

Rehabilitacja lecznicza przyniosła najlepsze efekty w przypadku 18 osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierały żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które były rehabilitowane. Zmniejszyła się liczba dni, za które ubezpieczeni pobierali świadczenia z tytułu niezdolności do pracy (z 437 do 223 dni, tj. o 49,0%) oraz zmalała kwota wypłaconych świadczeń chorobowych (z 32,2 tys. zł do 18,0 tys. zł, tj. o 44,1%). W okresie roku od zakończenia rehabilitacji żadnych świadczeń z FUS nie pobierało 11 ubezpieczonych (61,1%), a świadczenia pobierane przez siedem

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

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

<sup>3</sup> Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

<sup>4</sup> Kontrolą objęto 72 sprawy dotyczące osób, które wnioski złożyły oraz ukończyły rehabilitację leczniczą w 2018 r., w tym po 18 osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku: nie pobierały żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, pobierały zasiłki chorobowe z przypadłościami, na które miały być rehabilitowane, pobierały świadczenie rehabilitacyjne oraz pobierały rentę.

osób (38,9%) dotyczyły schorzeń innych, niż te na które były rehabilitowane. Niezdolność do pracy wskutek choroby u trzech osób (tj. 16,7%) trwała dłużej niż 30 dni. Odnotowano spadek kwoty odprowadzonych składek o 11,6%. W tej grupie osób oczekiwanie na rehabilitację wynosiło średnio 138 dni, a w pięciu przypadkach (27,8%) powyżej sześciu miesięcy. Wszystkie osoby po upływie roku od zakończenia rehabilitacji były zatrudnione, przy czym dwie osoby po zakończeniu umowy o pracę przeszły na emeryturę.

W grupie 18 osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierały zasiłki chorobowe związane z przypadkościami, na które miały być rehabilitowane (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana), w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji liczba dni niezdolności do pracy uległa zmniejszeniu o 33,0% (z 1 836 do 1 231 dni), zmalała również kwota wypłaconych z tego tytułu świadczeń z 151,2 tys. zł do 97,8 tys. zł, tj. o 35,3%. Jednak wszystkie osoby z ww. grupy pobierały świadczenia z FUS, z tego 9 osób (50%) – związane ze schorzeniem, którego dotyczyła rehabilitacja. Niezdolność do pracy wskutek choroby trwała dłużej niż 30 dni w przypadku 13 ubezpieczonych (72,2%). Kwota odprowadzonych składek uległa zmniejszeniu o 5,1%. Do pracy powróciło 15 osób (83,3%), przy czym jedna z nich przeszła na emeryturę w okresie jednego miesiąca po powrocie do pracy. Zdaniem NIK, na skuteczność rehabilitacji leczniczej wpływ mógł mieć długi czas oczekiwania na rehabilitację, który w tej grupie objętej badaniem wynosił średnio 133 dni, przy czym dwie osoby (11,1%), które na rehabilitację oczekiwały powyżej sześciu miesięcy, po jej zakończeniu wróciły na rynek pracy.

Wśród 18 osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierały świadczenie rehabilitacyjne, liczba dni na świadczeniach z FUS po odbyciu rehabilitacji uległa zmniejszeniu z 6 151 do 2 359, tj. o 61,6%, zmalała również kwota wypłaconych świadczeń z 415,5 tys. zł do 166,7 tys. zł, tj. o 59,9%. Pomimo, że w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji wszystkie osoby pobierały świadczenia z FUS<sup>5</sup>, to w siedmiu przypadkach (38,9%) były to świadczenia rehabilitacyjne<sup>6</sup> przyznane przed rehabilitacją na okres od trzech do sześciu miesięcy i po ich zakończeniu nie przyznawano im kolejnych świadczeń, pięć osób (27,8%) pozostawało na świadczeniach związanych z inną jednostką chorobową, natomiast sześć osób (33,3%), pomimo odbycia rehabilitacji, pozostało na świadczeniach związanych z tą samą jednostką chorobową, która stanowiła podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. Kwota odprowadzonych składek ubezpieczenia społecznego uległa zwiększeniu z 14,6 tys. zł do 75,3 tys. zł, tj. o 80,6%. Do pracy powróciło 11 osób<sup>7</sup> (61,1%), dwie osoby pobierały świadczenia rehabilitacyjne<sup>8</sup>, dwóm osobom, po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przyznano rentę okresową<sup>9</sup>, a trzy osoby (16,7%) posiadały status bezrobotnego.

Najniższą skuteczność odnotowano w grupie 18 osób, które przed rehabilitacją pobierały rentę okresową. W grupie tej liczba dni na świadczeniach z FUS po odbyciu rehabilitacji uległa zmniejszeniu z 6 570 do 6 288, tj. o 4,3%. Kwota wypłaconych świadczeń wzrosła z 213,8 tys. zł do 219,9 tys. zł, tj. o 2,8%, również wzrosła kwota składek ubezpieczenia społecznego z 14,1 tys. zł do 19,8 tys. zł, tj. o 28,8%. W ciągu roku od zakończenia rehabilitacji wszystkie osoby pobierały rentę okresową, jednak w trzech przypadkach (16,7%) były to świadczenia przyznane przed rehabilitacją i po ich zakończeniu nie przyznano kolejnych świadczeń. Po wykorzystaniu świadczenia jedna osoba (5,6%) pracowała, dwie

<sup>5</sup> Związane ze schorzeniami, na które były rehabilitowane.

<sup>6</sup> Po zakończeniu rehabilitacji pozostawały od 0 do 57 dni na świadczeniu rehabilitacyjnym.

<sup>7</sup> Przy czym po zakończeniu rehabilitacji jedna osoba była zatrudniona przez cztery miesiące.

<sup>8</sup> Związane z inną jednostką chorobową.

<sup>9</sup> W tym jednej osobie, po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przyznano rentę okresową na to samo schorzenie.

osoby (11,1%) były bezrobotne, 10 osób<sup>10</sup> (55,6%) pozostało na świadczeniach związanych z tą samą jednostką chorobową, która stanowiła podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, pięć osób (27,8%) pozostało na świadczeniach związanych z inną jednostką chorobową, w tym jedna osoba nabyła prawo do stałej renty z tytułu niezdolności do pracy. Czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji w tej grupie badanych wynosił średnio 110 dni, przy czym ponad 100 dni na rehabilitację oczekiwało 38,9% ubezpieczonych.

NIK zauważyła jednocześnie, że w badanej próbie 18 ubezpieczonych, którym odmówiono prawa do rehabilitacji, z uwagi na to, że nie roszą szans na odzyskanie zdolności do pracy wzrosła zarówno liczba dni niezdolności do pracy (o 5,1%), jak również kwota wypłaconych świadczeń (o 6,8%), a pięć osób (27,8%) pozostało na świadczeniach związanych z jednostką chorobową wskazaną we wniosku o rehabilitację leczniczą. Po roku od dnia złożenia wniosku o potrzebie rehabilitacji 55,6% ubezpieczonych pracowało, a 16,7% - po zakończeniu umowy o pracę przeszło na emeryturę.

Zadania w zakresie orzecznictwa lekarskiego Oddział realizował przy prawie pełnej obsadzie lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskich (w 2018 r. nieobsadzone było 0,78 etatu, a w 2019 r. – 1,28 etatu). Nabory na stanowiska lekarzy orzeczników Oddział przeprowadził zgodnie z przepisami art. 74a-74g ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych<sup>11</sup> oraz wewnętrznymi procedurami dotyczącymi naboru pracowników<sup>12</sup>. Zatrudnieni w Oddziale lekarze orzecznicy spełniali wymogi formalne określone w przepisach § 11 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy<sup>13</sup>. Lekarze orzecznicy średniomiesięcznie wydali 180 w 2018 r. i 232 w 2019 r. orzeczeń lekarskich. Jednocześnie średnia liczba wydanych dziennie orzeczeń przez lekarzy orzeczników wzrosła z 11,9 do 14,8. W celu zapewnienia sprawnego wydawania orzeczeń w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji<sup>14</sup>, w 2019 r. w Oddziale skracano czas ustalony na wydanie orzeczenia.

Oddział współpracował z lekarzami konsultantami i podmiotami wykonującymi badania dodatkowe. Pomimo podjętych działań Oddział nie nawiązał współpracy z co najmniej dwoma konsultantami, posiadającymi tę samą specjalizację w ośmiu dziedzinach medycyny.

Lekarze orzecznicy wydawali orzeczenia oraz kierowali osoby na rehabilitację leczniczą zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne<sup>15</sup> oraz odpowiednio Procedurą 9.1 Wydawanie orzeczeń<sup>16</sup> i Procedurą 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej<sup>17</sup>.

<sup>10</sup> W tym jedna osoba była na rencie i pracowała, potem była bezrobotna; trzy osoby były na rencie i pracowały, sześć osób było tylko na rencie.

<sup>11</sup> Dz. U. z 2020 r., poz. 266, dalej: ustawa o sus.

<sup>12</sup> Załącznik Nr 3 Instrukcja – Nabór pracowników do Procedury 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników, dalej: załącznik nr 3 do Procedury 13.1.

<sup>13</sup> Dz. U. Nr 273 poz. 2711, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.

<sup>14</sup> Dz. U. poz. 1622, ze zm., dalej: ustawa o świadczeniu uzupełniającym.

<sup>15</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 277, dalej: rozporządzenie w sprawie kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą.

<sup>16</sup> Procedura 9.1 Wydawanie orzeczeń, wprowadzona Zarządzeniem nr 39 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1 „Wydawanie orzeczeń”, obowiązująca od 1.04.2017 r., dalej: Procedura 9.1.

<sup>17</sup> W okresie objętym kontrolą NIK obowiązywała Procedura 9.3. wersja 1.0. wprowadzona zarządzeniem nr 41 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3 „Realizacja rehabilitacji leczniczej”, dalej: Procedura 9.3, a następnie Procedura 9.3 wersja 1.1. wprowadzona zarządzeniem nr 40 Prezesa ZUS z dnia 25 czerwca 2018 r. zmieniającego wcześniejsze zarządzenie w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3 „Realizacja rehabilitacji leczniczej”, dalej: Procedura 9.3. wersja 1.1.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>18</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. W latach objętych kontrolą Oddział wydał łącznie 101 192 orzeczeń, z czego lekarze orzecznicy odpowiednio 42 405 i 53 339, a lekarze członkowie komisji lekarskiej odpowiednio 2 909 i 2 539. W związku z rehabilitacją leczniczą Oddział wydał odpowiednio 5 954 i 5 550 orzeczeń. Orzeczenia o potrzebie rehabilitacji wydano w 9 851 przypadkach, w tym 4 984 w 2018 r. i 4 867 w 2019 r. Natomiast orzeczeń odmownych wydano 1 770 (1 033 w 2018 r. i 737 w 2019 r.), w tym 1 653 stanowiły odmowy orzecznicze, a 117 odmowy formalne. W latach 2018-2019 wystawiono łącznie 8 714 skierowań na rehabilitację (odpowiednio 4 370 i 4 344), a odbyło ją 8 083 osób (odpowiednio 4 193 i 3 890). W badanym okresie 196 osób rozpoczęło, ale nie ukończyło rehabilitacji leczniczej. Łącznie do Oddziału wniesiono 580 sprzeciwów od orzeczenia, z czego pozytywnie rozpatrzono 198 oraz zgłoszono łącznie 124 zarzuty wadliwości orzeczeń, w tym 78 zmieniających orzeczenia.

Przeciętne zatrudnienie lekarzy orzeczników w stosunku do planu zatrudnienia w latach 2018-2019 w Oddziale kształtowało się odpowiednio:

- w 2018 r.: zatrudnienie - 19,63 etatów, plan - 20,33 etaty;
- w 2019 r.: zatrudnienie - 19,15 etatów, plan - 20,33 etaty.

Przeciętne zatrudnienie lekarzy członków komisji lekarskich w stosunku do planu zatrudnienia w latach 2018-2019 w Oddziale kształtowało się odpowiednio:

- w 2018 r.: zatrudnienie - 10,42 etatów, plan - 10,50 etatów;
- w 2019 r.: zatrudnienie - 10,40 etatów, plan - 10,50 etatów.

W kontrolowanym okresie specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych posiadali lekarze zatrudnieni odpowiednio<sup>19</sup>: na 10,9 i 10,6 etatu, w zakresie neurologii: 1,0 i 2,0 etatu, w zakresie psychiatrii po jednym etacie, w zakresie medycyny pracy po 0,5 etatu, w zakresie ortopedii i traumatologii po dwa etaty, w zakresie reumatologii jeden etat w 2019 r., w zakresie chorób płuc po jednym etacie, w zakresie otolaryngologii po dwa etaty, inne specjalizacje: 8,4 i 8,2 etatu.

(akta kontroli str. 7-11)

W 2019 r. w Centrali podjęto decyzję o przyznaniu Oddziałowi dodatkowych 2,34 etatów z przeznaczeniem na zatrudnienie lekarzy orzeczników w celu zapewnienia sprawnego wydawania orzeczeń w związku z wejściem w życie ustawy o świadczeniu uzupełniającym.

W okresie objętym kontrolą wzrosła liczba zatrudnionych lekarzy orzeczników z 27 do 28. Liczba zatrudnionych lekarzy członków komisji lekarskiej nie uległa zmianie i wynosiła 11 lekarzy.

W ocenie Głównego Lekarza Orzecznika (dalej: GLO) i Lekarza członka komisji lekarskiej, pełniącego funkcję przewodniczącego komisji, poziom zatrudnienia lekarzy orzeczników oraz poziom zatrudnienia lekarzy członków komisji lekarskich był adekwatny do ilości realizowanych zadań.

(akta kontroli str. 10, 22)

<sup>18</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>19</sup> W przeliczeniu na pełen etat.

W latach 2018-2019 Dyrektor Oddziału ogłosił siedem konkursów na dziesięć etatów na stanowisko lekarza orzecznika i lekarza członka komisji lekarskiej. Wszystkie nabory zakończyły się wyłonieniem kandydata. Badanie dokumentacji z wszystkich naborów wykazało, że nabory te odbywały się stosownie do art. 74a-74g ustawy o sus. W ogłoszeniach o naborze wskazywano, że preferowane specjalizacje lekarzy to: choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria, medycyna pracy, medycyna rodzinna, ortopedia. Podstawą wymagań wobec kandydata była karta opisu stanowiska pracy.

(akta kontroli str. 22-23, 46-52)

Ilość spraw kierowanych do lekarza orzecznika regulowały normy czasowe, określone przez Naczelnego Lekarza Zakładu<sup>20</sup>, w oparciu o które sporządzany był harmonogram badań. Do dnia 1 października 2019 r. czas ustalony na wydanie orzeczenia po przeprowadzeniu badania bezpośredniego wynosił 40 minut, a na wydanie orzeczenia na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej<sup>21</sup> – 20 minut. Z uwagi na wejście w życie od 1 października 2019 r. ustawy o świadczeniu uzupełniającym przyjęto 30 minut na badanie bezpośrednie i 15 minut na wydanie orzeczenia w trybie zaocznym. Analiza harmonogramów badań<sup>22</sup> na próbie 10 lekarzy (siedmiu lekarzy orzeczników i jednej trzyosobowej komisji lekarskiej) wykazała, że średni czas na badanie zaoczne został skrócony z 20 minut w 2018 r. do 15 minut w 2019 r. Pięciu lekarzy orzeczników<sup>23</sup> w 2019 r. poświęciło mniej czasu<sup>24</sup> na rozpatrzenie sprawy w trybie zaocznym niż czas ustalony przez Centralę. W przypadku dwóch lekarzy orzeczników i jednej trzyosobowej komisji lekarskiej w 2019 r. wystąpił jednorazowy odstęp między badaniami bezpośrednimi wynoszący jedną godzinę. W latach objętych badaniem lekarze orzecznicy nie realizowali zadań w ramach godzin nadliczbowych.

(akta kontroli str. 26-28, 53-55)

W latach objętych kontrolą liczba orzeczeń dotyczących rehabilitacji leczniczej wydanych na wnioski lekarza leczącego zmalała z 4 428 do 4 121. Zmniejszeniu uległa także liczba orzeczeń wydanych w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich z 93 do 47, a także liczba orzeczeń związanych z ustaleniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego (z 1 109 do 1 095) oraz ustaleniem niezdolności do pracy do celów rentowych (z 324 do 287). W 2018 r. na jednego lekarza orzecznika (w przeliczeniu na pełen etat) przypadło średnio w miesiącu 180 orzeczeń, a w 2019 r. - 232 orzeczenia, na jednego lekarza członka komisji lekarskiej odpowiednio 23 i 20 orzeczeń.

Średnia liczba orzeczeń wydanych przez lekarzy orzeczników w 2018 r. wynosiła 2 249 (od 1 186 do 3 935), w 2019 r. – 2 828 (od 1 383 do 4 907). Średnia dzienna liczba orzeczeń wydana przez lekarzy orzeczników w 2018 r. wynosiła 11,9 (od 8,5 do 19,4), w 2019 r. – 14,8 (od 11,3 do 22,5). Średnia liczba orzeczeń wydana przez komisję lekarską w 2018 r. wynosiła 1 416 (średnia dzienna liczba orzeczeń wyniosła 6,3), w 2019 r. – 1 154 (średnia dzienna liczba orzeczeń – 5,9)<sup>25</sup>.

(akta kontroli str. 7-9, 56)

<sup>20</sup> Pismem nr 991800/292/2017A z dnia 12.09.2017 r. i z dnia 18.09.2019 r.

<sup>21</sup> Dalej: orzeczenie wydane w trybie zaocznym.

<sup>22</sup> Z dnia 6 i 13 listopada 2018 r. i 5 listopada 2019 r.

<sup>23</sup> Lekarze oznaczeni kodem: LR16, LL43, LL70, LL52 i LL71 odpowiednio: czterokrotnie, ośmiokrotnie, sześciokrotnie, dziesięciokrotnie i sześciokrotnie.

<sup>24</sup> Odstęp między badaniami wynosił od siedmiu do ośmiu minut w 2019 r.

<sup>25</sup> Badanie przeprowadzono na próbie objęto 10 lekarzy (siedmiu lekarzy orzeczników i jedną trzyosobową komisję lekarską).

Średni poziom wynagrodzeń miesięcznych pracowników kształtował się na następującym poziomie: w grupie lekarzy orzeczników – 9,3 tys. zł w 2018 r. oraz 13,0 tys. zł w 2019 r., w grupie lekarzy członków komisji lekarskich – 9,1 tys. zł w 2018 r. i 12,3 tys. zł w 2019 r.

W ocenie Dyrektora poziom wynagrodzeń lekarzy w orzecznictwie lekarskim zapewniał warunki dla stabilnego i trwałego zatrudnienia w tej grupie pracowników w Oddziale. W latach 2018-2019 rozwiązano umowy z dziewięcioma lekarzami zatrudnionymi łącznie na 7,85 etatu (w tym trzy etaty lekarzy członków komisji lekarskiej i 4,85 etatu lekarzy orzeczników). W przypadku lekarzy członków komisji lekarskiej we wszystkich przypadkach umowy rozwiązywano za porozumieniem stron w związku z przejściem na emeryturę. W przypadku lekarzy orzeczników:

- z trzema osobami rozwiązano umowy o pracę w trybie art. 30 § 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeksu pracy<sup>26</sup>, tj. z upływem czasu, na który zostały zawarte umowy,
- jedna osoba przeszła do pracy w innym Oddziale Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- dwie osoby rozwiązały umowę na mocy porozumienia stron, w tym jedna w związku z przejściem na emeryturę.

Średni wiek lekarzy w każdym roku w latach objętych kontrolą wynosił 59 lat.

(akta kontroli str. 22-23, 57-59)

**1.2.** Oddział w latach 2018-2019 podejmował współpracę z konsultantami o specjalności w dziedzinie: chorób wewnętrznych, chirurgii, chorób płuc, otolaryngologii, audiologii i foniatrii, jak również nie podjęto współpracy z konsultantami posiadającymi specjalizację z medycyny pracy, medycyny społecznej i reumatologii. Zgodnie z załącznikiem nr 9 „Instrukcja – ogólne warunki postępowania orzeczniczego<sup>27</sup>, część II. Współpraca z konsultantami Zakładu” do Procedury 9.1 każdy oddział współpracuje z co najmniej dwoma konsultantami Zakładu posiadającymi tę samą specjalizację.

Dyrektor wyjaśnił, że Oddział nawiązując współpracę z lekarzami specjalistami z różnych dziedzin medycyny, uwzględniając najczęściej występujące grupy schorzeń, dążył w miarę możliwości, do zawarcia umów z co najmniej dwoma konsultantami, posiadającymi tę samą specjalizację. Ogłoszenia o możliwości podjęcia pracy w charakterze konsultanta umieszczane były w placówkach ochrony zdrowia. Informacja ta przekazywana była również w kontaktach bezpośrednich w środowisku lekarskim. Niestety od lat zainteresowanie lekarzy podjęciem zatrudnienia w Oddziale jest niewielkie, co skutkuje ryzykiem braku spełnienia zasad wynikających z obowiązujących procedur.

W latach objętych kontrolą Oddział zawarł łącznie 74 umowy z konsultantami, z czego w 2018 r. – 35, a w 2019 r. – 39. Umowy zawierały elementy określone w załączniku nr 9 do Procedury 9.1, m.in. stawkę za wydanie jednostkowej opinii, możliwość zażądania uzupełnienia opinii, jeżeli jest ona niekompletna, termin na wydanie opinii, ale nie dłuższy niż 7 dni od daty badania, zapis, że opinia powinna być sporządzona czytelnie, pismem maszynowym albo z wykorzystaniem edytora pism w komputerze. Konsultanci spełniali wymogi określone w załączniku nr 9 do Procedury 9.1.

W 2018 r. Oddział współpracował z 35 konsultantami (w tym 29 lekarzy specjalistów i 6 psychologów), w 2019 r. z 39 (odpowiednio 32 i 7).

<sup>26</sup> Dz. U z 2020 r., poz. 1320.

<sup>27</sup> Dalej: załącznik nr 9 do Procedury 9.1.

W latach 2018-2019 średnia liczba opinii wydanych przez lekarzy specjalistów wyniosła odpowiednio 1 139 i 1 330, a przez psychologów 148 i 119. Średnia liczba opinii przypadająca na jednego lekarza specjalistę wynosiła odpowiednio: 39 i 42. Natomiast średnia liczba opinii przypadająca na jednego psychologa wynosiła: 25 i 17 opinii.

Średnie roczne wynagrodzenie za wydane opinie w przeliczeniu na jednego konsultanta wyniosło odpowiednio: 11,4 tys. zł (w tym lekarze specjaliści 6,1 tys. zł, psychologzy 5,3 tys. zł) i 13,3 tys. zł (w tym lekarze specjaliści 8,1 tys. zł, psychologzy 5,2 tys. zł).

(akta kontroli str. 22-23, 31-32, 57, 60-73, 81-82, 86-93, 230-238)

W latach 2018-2019 Oddział współpracował z dwoma podmiotami świadczącymi usługi w zakresie wykonywania badań dodatkowych lub obserwacji szpitalnej. Oddział współpracował z podmiotami m.in. w zakresie następujących usług: 24 godzinne monitorowanie metodą Holtera, 24 godzinne monitorowanie ciśnienia metodą Holtera, próba wysiłkowa na bieżni, echo serca, tomografia komputerowa głowy, tomografia komputerowa kręgosłupa, badanie MR, badanie EEG z opisem, spirografia z oceną, gazometria z oceną, EKG, obserwacji szpitalnych w zakresie schorzeń kardiologicznych, neurologicznych, psychiatrycznych. Podmioty spełniały wymogi określone w załączniku nr 9 do Procedury 9.1.

W ocenie Dyrektora umowy na badania dodatkowe i obserwacje szpitalne zawarte były z podmiotami, które gwarantowały jakość i rzetelność przeprowadzenia i dokumentowania badań oraz dysponowały niezbędnymi warunkami technicznymi, sprzętowymi i wykwalifikowaną kadrą specjalistów w celu realizacji umowy.

Z podmiotami prowadzono negocjacje cenowe. Kryteriami wyboru były: cena badania diagnostycznego, termin realizacji, usytuowanie placówki medycznej (korzystny dojazd na badanie przez ubezpieczonego). Zgodnie z art. 68 ust. 2 ustawy o sus zamówienie na świadczenie tych usług było wyłączone ze stosowania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych<sup>28</sup>.

(akta kontroli str. 22-23, 94-100, 105, 230-238)

**1.3.** Lekarze orzecznicy zatrudnieni w Oddziale spełniali wymogi formalne określone w § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia grudnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy<sup>29</sup>, tj. posiadali specjalizację w zakresie m.in. chorób wewnętrznych, neurologii, psychiatrii, medycyny pracy, ortopedii i traumatologii, chorób płuc, otolaryngologii. Wszyscy lekarze nowo zatrudnieni w latach 2018-2019 odbyli przeszkolenie dla lekarzy orzeczników w zakresie ustalonym przez Prezesa Zakładu i nie wydawali orzeczeń przed ukończeniem przeszkolenia zgodnie z § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.

(akta kontroli str. 26-28, 31-33, 111-116)

W Oddziale nie wprowadzono wytycznych w zakresie liczby odbytych szkoleń przez lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskiej. W latach 2018-2019 Centrala zorganizowała pięć szkoleń dla lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskiej, a Oddział dziewięć. W 2018 r. w szkoleniach uczestniczyło 31 lekarzy (81,6%), w tym 10 lekarzy członków komisji lekarskiej i 21 lekarzy orzeczników. Trzech lekarzy (7,9%) wzięło udział w dwóch szkoleniach, a 28 lekarzy (73,7%) – w jednym szkoleniu. W 2019 r. w szkoleniach uczestniczyło 17 lekarzy (43,6%), w tym jeden lekarz członek komisji lekarskiej i 16 lekarzy orzeczników.

<sup>28</sup> Dz.U. z 2019, poz. 1843, ze zm.

<sup>29</sup> W trakcie szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy przeprowadzonego w dniach 5-8 listopada 2019 r. poruszano kwestie rehabilitacji leczniczej.



W czterech szkoleniach uczestniczyło 11 lekarzy (28,2%), trzech lekarzy wzięło udział w jednym szkoleniu, po jednym lekarzu odpowiednio w dwóch, trzech i pięciu szkoleniach. W 2018 r. w żadnym szkoleniu nie uczestniczyło siedmiu lekarzy (18,4%), w tym jeden lekarz członek komisji lekarskiej i sześciu lekarzy orzeczników, a w 2019 r. – 22 lekarzy (56,4%), w tym 10 lekarzy członków komisji lekarskiej i 12 lekarzy orzeczników. Żadne ze zorganizowanych szkoleń nie dotyczyło rehabilitacji leczniczej.

Dyrektor wyjaśnił, że terminy szkoleń wyznaczane są z kilkudniowym wyprzedzeniem, bez możliwości zmiany związanej z nieobecnością lekarzy spowodowanej m.in. absencją chorobową. Również godzina przeprowadzanych szkoleń wyznaczana jest pod koniec dnia pracy, po zakończeniu badań bezpośrednich, co utrudnia udział w szkoleniach lekarzom zatrudnionym w niepełnym wymiarze etatu.

Żaden z zatrudnionych w tym okresie lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskiej w okresie objętym kontrolą nie uzyskał tytułu naukowego prof. n. med. ani stopnia naukowego dr lub dr hab. n. med. oraz nie skończył innej specjalizacji.

Analiza próby 10 lekarzy orzeczników i pięciu lekarzy członków komisji lekarskiej wykazała, że spełniali oni wymogi formalne, w tym posiadali wymagane specjalizacje.

(akta kontroli str. 26-28, 31-33, 114-115, 117-120)

**1.4.** W Oddziale funkcjonowały ogólnozakładowe wewnętrzne uregulowania z zakresu podejmowania działań promocyjno-informacyjnych. Oparte były one na „Strategii Komunikacji ZUS” wprowadzonej uchwałą nr 49 Zarządu ZUS z dnia 5 grudnia 2016 r. W latach 2018-2019 Oddział uczestniczył w konferencjach „Włączeni 2018” i „Włączeni 2019” organizowanych przez PFRON (13.06.2018 r. i 22.05.2019 r.). Udział w ww. konferencjach miał charakter prelekcji nt. orzecznictwa lekarskiego i rehabilitacji leczniczej. Udział w dyżurze eksperckim Lubelskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 r. (27.06.2018 r.) miał charakter poradnictwa (bez prelekcji) i polegał na udzielaniu informacji na temat ubezpieczeń społecznych, orzecznictwa lekarskiego i rehabilitacji leczniczej. Działania te podejmowano doraźnie. Z inicjatywy Centrali Oddział organizował Dzień Seniora i Dni Ubezpieczonego, na których odbywały się prelekcje oraz zorganizowane były punkty poradnictwa m.in. o rehabilitacji leczniczej. Oddział nie poniósł kosztów na opisane wyżej działania.

(akta kontroli str. 28, 31-32, 144-147)

**1.5.** Plan finansowy Wydziału Orzecznictwa i Prewencji wyniósł 855,1 tys. zł w 2018 r. i 970,3 tys. zł w 2019 r. Wykonanie planu finansowego Wydziału wynosiło 739,6 tys. zł w 2018 r. (86,5%) i 879,1 tys. zł w 2019 r. (90,6%). Na zakup usług zdrowotnych na rzecz osób ubiegających się o świadczenia rentowe zaplanowano 134,4 tys. zł w 2018 r. i 94,3 tys. zł w 2019 r., natomiast wydatkowano 72,1 tys. zł w 2018 r. i 73,3 tys. zł w 2019 r. Na świadczenia wypłacane lekarzom i psychologom za przeprowadzane badania i wydawane opinie zaplanowano 138,4 tys. zł w 2018 r. i 232,5 tys. zł w 2019 r., natomiast wydatkowano 134,4 tys. zł w 2018 r. i 216,7 tys. zł w 2019 r. Na zwrot kosztów przejazdu wzywanych na badania lekarskie zaplanowano 570,0 tys. zł w 2018 r. i 579,7 tys. zł w 2019 r., natomiast wydatki z tego tytułu wyniosły 522,1 tys. zł w 2018 r. i 529,8 tys. zł w 2019 r.

Dyrektor wyjaśnił, że niewykonanie w pełnej wysokości planów finansowych Oddziału za lata 2018-2019 nie miało istotnego wpływu na wykonanie zadań przewidzianych dla Oddziału.

(akta kontroli str. 7-9, 37-38, 121-141)

1.6. W latach 2018-2019 przeprowadzono 31 kontroli w Oddziale, w tym trzy kontrole zewnętrzne i 28 kontroli wewnętrznych<sup>30</sup>.

W latach 2018-2019 w zakresie orzecznictwa lekarskiego i prewencji przeprowadzono dwie kontrole. Kontrola przeprowadzona w dniach 01-31.08.2018 r. przez Departament Prewencji i Rehabilitacji ZUS dotyczyła prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej i rozpatrywaniem wniosków o świadczenia zdrowotne. W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 13.09.2018 r. sformułowano dwa zalecenia: 1) wysłać pisma o odmowie skierowania na rehabilitację niezwłocznie po uprawomocnieniu orzeczenia; 2) sprawy w aplikacji WL (Wspomaganie prewencji) rejestrować najpóźniej w drugim dniu roboczym od dnia wpływu wniosku o rehabilitację do ZUS. Termin realizacji zaleceń wyznaczono na 30.09.2018 r. Dnia 29.09.2018 r. Dyrektor Oddziału poinformował Departament o sposobie realizacji zaleceń.

Kontrola przeprowadzona w dniach 18-20.09.2019 r. przez Departament prewencji i rehabilitacji ZUS dotyczyła prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej i rozpatrywaniem wniosków o świadczenia zdrowotne. W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 25.10.2019 r. sformułowano następujące zalecenie: zakładać sprawy na podstawie wydanego orzeczenia w aplikacji WL nie później niż w dniu następnym po wydaniu orzeczenia. Termin realizacji zalecenia wyznaczono na 30.11.2019 r. Dnia 26.11.2019 r. Dyrektor Oddziału poinformował Departament o sposobie realizacji zaleceń.

(akta kontroli str. 31-32, 148-164)

W 2018 r. do Oddziału wpłynęło 27 skarg, w tym jedna dotyczyła orzecznictwa lekarskiego i prewencji. Natomiast w 2019 r. wpłynęło łącznie 25 skarg, w tym jedna dotyczyła orzecznictwa lekarskiego i prewencji. Żadna ze złożonych skarg nie odnosiła się do rehabilitacji leczniczej realizowanej przez ZUS w ramach prewencji rentowej.

Szczegółowym badaniem objęto dwie skargi dotyczące orzecznictwa lekarskiego. Skargi były prawidłowo rejestrowane i zostały załatwione w terminie od 25 do 30 dni, tj. zgodnie z art. 237 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego<sup>31</sup>.

(akta kontroli str. 31-32, 252-255)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA**

W latach 2018-2019 liczba zatrudnionych lekarzy orzeczników była nieznacznie niższa od planowanej i wynosiła odpowiednio: 19,63 i 19,15 etatów, natomiast liczba zatrudnionych lekarzy członków komisji lekarskiej wynosiła odpowiednio: 10,42 i 10,40 etatów. W okresie objętym kontrolą zatrudniono dziesięciu, a odeszło dziewięciu lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskiej. Liczba orzeczeń dotyczących rehabilitacji leczniczej wydanych na wniosek lekarza leczącego zmalała z 4 428 do 4 121. Jednocześnie średnia liczba wydanych dziennie orzeczeń przez lekarzy orzeczników wzrosła z 11,9 do 14,8. W celu zapewnienia sprawnego wydawania orzeczeń w związku z wprowadzeniem ustawy

<sup>30</sup> Kontrolę wewnętrzną w Zakładzie realizowano w formie kontroli instytucjonalnej i kontroli funkcjonalnej. Komórka kontroli wewnętrznej przeprowadziła 21 kontroli instytucjonalnych, natomiast departamenty merytoryczne Centrali ZUS przeprowadziły 7 kontroli funkcjonalnych zwierzchnich.

<sup>31</sup> Dz. U. z 2020 r., poz. 256, ze zm.

o świadczeniu uzupełniającym, w 2019 r. w Oddziale skracano czas ustalony na wydanie orzeczenia.

Nabory na stanowiska lekarzy orzeczników Oddział przeprowadził zgodnie z przepisami art. 74a-74f ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz wewnętrznymi procedurami dotyczącymi naboru pracowników. Zatrudnieni w Oddziale lekarze orzecznicy spełniali wymogi formalne określone w przepisach § 11 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.

Pomimo podjętych działań, w ośmiu dziedzinach medycyny Oddział nie nawiązał współpracy z co najmniej dwoma konsultantami, posiadającymi tę samą specjalizację.

Kontrola przeprowadzona w 2019 r. przez Departament prewencji i rehabilitacji ZUS dotycząca prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej i rozpatrywaniem wniosków o świadczenia zdrowotne, nie stwierdziła występowania tych samych nieprawidłowości stwierdzonych w 2018 r.

OBSZAR

## 2. Prawidłowość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

Opis stanu faktycznego

2.1. Wydawanie orzeczeń było uregulowane rozporządzeniem w sprawie kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz Procedurą 9.1. Badanie prawidłowości wydawania orzeczeń przeprowadzono na próbie 18 spraw z 2018 r.<sup>32</sup>, w których lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji<sup>33</sup>. Analiza wykazała, że 17 z 18 spraw zostało przydzielonych do lekarza orzecznika poprzez losowanie w aplikacji WO. W jednym przypadku<sup>34</sup> sprawa została przydzielona do wybranego lekarza orzecznika, a GLO lub jego zastępca nie sporządził uzasadnienia w aplikacji WO. Obowiązek sporządzenia uzasadnienia wynikał z Procedury 9.1. (w pkt 1 cz. I Załącznika nr 6). W ośmiu przypadkach<sup>35</sup> osoba zainteresowana wniosła sprzeciw do komisji lekarskiej w sprawie wydanego orzeczenia. W żadnej z badanych spraw Prezes ZUS nie zgłosił zarzutu wadliwości orzeczenia.

(akta kontroli str. 256-259, 306-309, 331-335, 339-374)

Analizą objęto również 72 spraw z 2018 r.<sup>36</sup>, w których wydano orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, w tym po 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku:

- nie pobierał z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany;
- pobierał zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana);
- pobierał świadczenie rehabilitacyjne;
- pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

Badanie wykazało, że każda ze spraw została przydzielona przez GLO lub jego zastępcę poprzez losowanie w aplikacji WO. W trzech przypadkach<sup>37</sup> osoba zainteresowana wniosła sprzeciw do komisji lekarskiej w sprawie wydanego orzeczenia. W żadnej z badanych spraw Prezes ZUS nie zgłosił zarzutu wadliwości orzeczenia.

<sup>32</sup> Wnioski w tych sprawach zostały złożone i rozpatrzone w 2018 r.

<sup>33</sup> Tylko te przypadki, w których lekarz orzecznik uznał rehabilitację za niecelową, tj. uznał, że osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokowała odzyskania zdolności do pracy.

<sup>34</sup> Sprawa nr: 20/6410/21828/17.

<sup>35</sup> Sprawy nr: 20/6410/5751/13, 20/6410/4678/13, 20/6410/19432/16, 20/6410/14310/15, 20/6410/3336/13, 20/6410/9126/14, 20/6410/2701/13, 20/6410/13122/15.

<sup>36</sup> W których wnioski wpłynęły, zostały rozpatrzone oraz osoba skierowana zakończyła turnus rehabilitacyjny w tym roku.

<sup>37</sup> Sprawy nr: 20/6410/23739/18, 20/6410/17853/16, 20/6410/13461/15.

Zgodnie z pkt 4 cz. III Załącznika Nr 6 do Procedury 9.1 GLO lub jego zastępca przeprowadził analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia w przypadku 88 z 90 zbadanych spraw<sup>38</sup>.

W żadnej z 90 skontrolowanych spraw lekarze orzecznicy nie stosowali Wzoru Uzasadnienia i podsumowania ustaleń orzeczniczych zamieszczonego w Procedurze 9.1 w załączniku nr 3 – Wzory dokumentów wewnętrznych, poz. 6. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że lekarz orzecznik w wydawanych orzeczeniach odpowiadał na pytania zadawane przez Wydział Świadczeń Emerytalno-Rentowych dotyczących: stopnia niezdolności do pracy, daty jej powstania i okresu trwania lub ustalenia uprawnień do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego zadawanego przez Wydział Zasiłków. W przypadku braku zadanego pytania o związek z określonymi okolicznościami lekarz orzecznik nie rozważał takich możliwości.

W 21 sprawach z 90 skontrolowanych orzeczenia zostały wydane przez lekarza o specjalności innej niż typ schorzenia, w sprawie którego orzekał<sup>39</sup>.

Dyrektor wyjaśnił, że lekarze zatrudnieni w Oddziale mogli wydawać orzeczenia również w sprawach, w których dominujące schorzenie jest niezgodne z posiadaną przez nich specjalizacją. Z możliwości wyznaczenia konkretnego lekarza do wydania orzeczenia GLO i jego zastępcy korzystali w przypadkach wymagających szczególnie wnikliwego rozpatrzenia sprawy, w oparciu o wąską wiedzę posiadaną przez lekarza danej specjalizacji. W większości przypadków, zwłaszcza związanych z kwalifikowaniem do przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej, nie zachodziła taka potrzeba.

W żadnej z 90 spraw nie zlecono przeprowadzenia dodatkowych badań medycznych. W jednym przypadku skorzystano z opinii konsultanta<sup>40</sup>. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że w przypadkach wskazujących na konieczność wykonania takich badań wydawana była stosowna dyspozycja. O wykorzystaniu tej możliwości decydował GLO i jego zastępca podczas wykonywania dekretacji sprawy. Taką możliwość miał również lekarz orzecznik podczas rozpatrywania sprawy, gdy stwierdził taką konieczność po wcześniejszym uzyskaniu zgody od lekarza nadzoru.

(akta kontroli str. 34-38, 260-283, 289-305, 310-330, 275-518)

**2.2.** Kierowanie osób na rehabilitację leczniczą do ośrodków rehabilitacyjnych odbywało się na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz Procedury<sup>41</sup> 9.3.

Badanie przestrzegania ww. przepisów w toku kierowania na rehabilitację leczniczą przeprowadzono na próbie 72 spraw wybranych do kontroli pod kątem prawidłowości wydawania orzeczeń o potrzebie rehabilitacji. Żadna ze skierowanych osób nie odstąpiła od rehabilitacji leczniczej. Dokumentację dotyczącą rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej oraz zawierającą dane o stanie zdrowia zabezpieczano prawidłowo (przechowywano w teczkach PRL i MED). Osoby skierowane na rehabilitację leczniczą przebywały na turnusie rehabilitacyjnym

<sup>38</sup> Nr spraw, w których nie było analizy: 020058721, 3173684.

<sup>39</sup> Lekarz o specjalności zdrowie publiczne orzekał w sprawach: 20/6410/4678/13, 20/6410/16061/15, 20/6410/2701/13, 20/6410/8936/14 schorzenie: zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych; 20/6410/19432/16, 20/6410/14310/15, 20/6410/21011/17 schorzenie: zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa; 20/6410/9574/14 schorzenie: choroby tarczycy; 20/6410/13827/15 schorzenie: następstwa urazów kończyny dolnej; 20/6410/13122/15 schorzenie: choroba zwyrodnieniowa stawów; 20/6410/5212/13 schorzenie: nowotwór złośliwy sutka. Lekarz o specjalności otolaryngologia orzekał w sprawach: 20/6410/1021/13, 20/6410/2124/13, 20/6410/13722/15 schorzenie: choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego; 20/6410/11429/14 schorzenie: reumatoidalne zapalenie stawów; 020067398 schorzenie: następstwa urazów kończyny dolnej. Lekarz o specjalności choroby wewnętrzne orzekał w sprawach: 2006-6024386, 2006-6024243 schorzenie: następstwa urazów kończyny dolnej; 20/86410/8844/13 schorzenie: zespół cieśni nadgarstka; 20/6410/6298/13 schorzenie: choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego; 020091473 schorzenie: następstwa urazów szyi i tułowia.

<sup>40</sup> W sprawie nr 020124317 skorzystano z opinii konsultanta o specjalności z dziedziny neurologii.

<sup>41</sup> Wszystkie wnioski o rehabilitację zostały złożone do 24.06.2018 r. w czasie obowiązywania Procedury 9.3 wersja 1.0.

trwającym 24 dni<sup>42</sup>. W czterech sprawach<sup>43</sup> na prośbę ubezpieczonego zmieniono termin rozpoczęcia rehabilitacji.

Dla zbadanych 72 spraw średnie okresy procedowania w toku kierowania na rehabilitację leczniczą wynosiły:

- od wpływu wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji 109 dni (od 27 dni do 261 dni);
- od wpływu wniosku do wydania orzeczenia 18 dni (od 13 dni do 21 dni);
- od wydania orzeczenia do emisji skierowania 18 dni (od 15 dni do 39 dni);
- od emisji skierowania do rozpoczęcia turnusu 82 dni (od 9 dni do 246 dni).

Stosownie do pkt 3 Załącznika nr 3 do Procedury 9.3 wnioski o rehabilitację leczniczą zostały obsłużone w terminie nie przekraczającym 8 dni od daty ich wpływu do Oddziału. Okres liczony od daty wydania orzeczenia do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację, określony w pkt 8 Załącznika nr 3 do Procedury 9.3 w przypadku czterech spraw<sup>44</sup> wynosił od 33 dni do 39 dni i przekroczył wyznaczony termin od trzech do dziewięciu dni.

Dyrektor wyjaśnił, że długi okres oczekiwania na realizację rehabilitacji leczniczej mógł mieć wpływ na niepełne odzyskanie zdolności do pracy. Czas oczekiwania na rehabilitację leczniczą był uzależniony od liczby zakontraktowanych centralnie miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych, które dostępne były w aplikacji WL umożliwiających dokonanie rezerwacji z poziomu Oddziału. Dodatkowo uwzględniane były prośby dotyczące miejsca i terminu rehabilitacji składane przez ubezpieczonych.

(akta kontroli str. 34-38, 284-288, 519-590)

**2.3.** W badanej próbie 72 spraw dotyczących osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą w 2018 r. 36 spraw zostało rozpatrzonych na podstawie wniosku lekarza leczącego oraz 36 spraw w trakcie ustalania uprawnień do przyznania świadczenia rehabilitacyjnego i przy ustalaniu uprawnień do renty z tytułu niezdolności do pracy. Osiem spraw zostało rozpatrzonych przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (w żadnym przypadku nie zlecono badań dodatkowych). Dyrektor wyjaśnił, że lekarze zatrudnieni w Oddziale mogli wydawać orzeczenia również w sprawach, w których dominujące schorzenie jest niezgodne z posiadaną przez nich specjalizacją. Z możliwości wyznaczenia konkretnego lekarza do wydania orzeczenia GLO i jego zastępcy korzystali w przypadkach wymagających szczególnie wnikliwego rozpatrzenia sprawy, w oparciu o wąską wiedzę posiadaną przez lekarza danej specjalizacji. W większości przypadków, zwłaszcza związanych z kwalifikowaniem do przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej, nie zachodziła taka potrzeba.

Liczba dni niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 14 994 do 10 101, tj. o 32,6%, zmalała również kwota wypłaconych świadczeń z 812,7 tys. zł do 502,4 tys. zł, tj. o 38,2%. Kwota składek ubezpieczenia społecznego wzrosła z 601,4 tys. zł do 618,2 tys. zł, tj. o 2,7%.

Łącznie rok po skończeniu rehabilitacji na rynku pracy pozostawało i nie pobierało żadnych świadczeń 11 osób<sup>45</sup> (15,3%). Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy pobierało 61 osób (84,7%), z tego: cztery osoby były na rencie i jednocześnie pracowały (5,6% ogółu); jedna osoba po okresie, na który miała orzeczone prawo do renty pracowała (1,3% ogółu); pięć osób (6,9%) po ustaniu świadczenia rehabilitacyjnego pracowało; cztery osoby (5,6%) po ustaniu świadczenia

<sup>42</sup> Zgodnie z przepisami § 7 ust. 1 rozporządzenia w sprawie kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą.

<sup>43</sup> Sprawy nr: 20/6410/23764/18, 2003 602 1809 17, 020088079, 020091473.

<sup>44</sup> Sprawy nr: 020089122, 020124317, 020066732, 020159968.

<sup>45</sup> W tym jedna osoba po zakończeniu umowy o pracę przeszła na emeryturę.

rehabilitacyjnego lub renty były bezrobotne. Jednocześnie spośród tej próby u 60 osób nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego (83,3%), u 10 osób stan funkcjonalny pozostał bez zmian (13,9%), u jednej osoby stan funkcjonalny uległ pogorszeniu (1,4%), dla jednej osoby nie podano informacji o stanie zdrowia.

(akta kontroli str. 39-41, 260-283, 285-288, 289-305, 310-330)

W badanej próbie 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierał żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany liczba dni niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 437 do 223, tj. o 49,0%, zmalała również kwota wypłaconych z tego tytułu świadczeń z 32,2 tys. zł do 18,0 tys. zł, tj. o 44,1%. Kwota składek ubezpieczenia społecznego zmalała z 312,5 tys. zł do 276,3 tys. zł, tj. o 11,6%. Wszystkie osoby po upływie roku od zakończenia rehabilitacji były zatrudnione<sup>46</sup>. Dwie osoby po zakończeniu umowy o pracę przeszły na emeryturę.

Z ww. próby nie pobierało żadnego świadczenia 11 osób (61,1%), a siedem osób (38,9%) pobierało świadczenia dotyczące innych schorzeń. Niezdolność do pracy wskutek choroby trwała dłużej niż 30 dni w przypadku trzech osób (16,7%), cztery osoby (22,2%) były niezdolne do pracy do 30 dni (9, 10, 19 i 24 dni). Jednocześnie w opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji spośród tej próby u 17 osób wskazano poprawę stanu funkcjonalnego (94,4%), u jednej osoby stan funkcjonalny uległ pogorszeniu (5,6%).

W grupie tej okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do dnia rozpoczęcia rehabilitacji wynosił średnio 138 dni (od 42 do 251 dni<sup>47</sup>).

(akta kontroli str. 42-45, 260-265, 285, 289-291, 310-317)

W badanej próbie 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana) liczba dni niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 1 836 przed rehabilitacją do 1 231 po rehabilitacji, tj. o 33,0%, zmalała również kwota wypłaconych z tego tytułu świadczeń z 151,2 tys. zł do 97,8 tys. zł, tj. o 35,3%. Kwota składek ubezpieczenia społecznego zmalała z 260,2 tys. zł do 246,8 tys. zł, tj. o 5,1%. Po roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej 15 osób było zatrudnionych, jedna osoba po zakończeniu umowy o pracę przeszła na emeryturę<sup>48</sup>, dwie osoby pobierały świadczenie rehabilitacyjne.

Z ww. próby niezdolność do pracy wskutek choroby trwała dłużej niż 30 dni w przypadku trzynastu osób (72,2%), pięć osób (27,8%) było niezdolnych do pracy do 30 dni (18, 27, 27, 28 i 30 dni). Jednocześnie w opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji spośród tej próby u 17 osób wskazano poprawę stanu funkcjonalnego (94,4%), u jednej osoby stan funkcjonalny pozostał bez zmian (5,6%).

W grupie tej okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do dnia rozpoczęcia rehabilitacji wynosił średnio 133 dni (od 55 do 204 dni<sup>49</sup>).

(akta kontroli str. 42-45, 266-271, 286, 292-295, 318-325)

<sup>46</sup> 15 osób na podstawie umowy o pracę, dwie osoby na podstawie umowy o pracę i wykonywały umowę zlecenie, jedna osoba na podstawie umowy o pracę oraz prowadziła działalność gospodarczą.

<sup>47</sup> W pięciu sprawach nr: 20/6410/9550/13, 20/6410/2758/13, 20/6410/1021/13, 20/6410/18480/16 i 20/6410/23714/18 czas oczekiwania wynosił ponad sześć miesięcy (odpowiednio: 185, 203, 227, 245 i 251 dni). W każdej sprawie po odbyciu rehabilitacji ubezpieczeni wrócili do pracy zarobkowej.

<sup>48</sup> W okresie jednego miesiąca po powrocie do pracy.

<sup>49</sup> W dwóch sprawach: nr 20/6410/18231/18 i 20/6410/439/13 czas oczekiwania wynosił ponad sześć miesięcy (198 i 204 dni). W obydwu sprawach po odbyciu rehabilitacji ubezpieczeni wrócili do pracy zarobkowej.

W badanej próbie 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał świadczenie rehabilitacyjne liczba dni niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 6 151 do 2 359, tj. o 61,6%, zmalała również kwota wypłaconych świadczeń z 415,5 tys. zł do 166,7 tys. zł, tj. o 59,9%. Kwota składek ubezpieczenia społecznego wzrosła z 14,6 tys. zł do 75,3 tys. zł, tj. o 80,6%. Pomimo, że w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji wszystkie osoby pobierały świadczenia z FUS<sup>50</sup>, to w siedmiu przypadkach (38,9%) były to świadczenia rehabilitacyjne<sup>51</sup> przyznane przed rehabilitacją na okres od trzech do sześciu miesięcy i po ich zakończeniu nie przyznawano im kolejnych świadczeń, pięć osób (27,8%) pozostało na świadczeniach związanych z inną jednostką chorobową, natomiast sześć osób (33,3%) pozostało na świadczeniach związanych z tą samą jednostką chorobową, która stanowiła podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. Do pracy powróciło 11 osób<sup>52</sup> (61,1%), dwie osoby pobierały świadczenia rehabilitacyjne<sup>53</sup>, dwóm osobom, po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przyznano rentę okresową<sup>54</sup>, a trzy osoby (16,7%) posiadały status bezrobotnego.

Jednocześnie w opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji spośród tej próby u 16 osób wskazano poprawę stanu funkcjonalnego (88,9%), u dwóch osób stan funkcjonalny pozostał bez zmian (11,1%).

W grupie tej okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do dnia rozpoczęcia rehabilitacji wynosił średnio 62 dni (od 27 do 97 dni<sup>55</sup>).

Dyrektor wyjaśnił, że wczesna odpowiedź organizmu na przebyte działania nie zawsze przekłada się na długotrwały efekt mierzony utrzymaniem lub odzyskaniem zdolności do pracy. Zależy to zawsze od indywidualnej odpowiedzi organizmu na zleczone zabiegi oraz wpływu schorzeń towarzyszących na funkcje życiowe ubezpieczonych.

(akta kontroli str. 42-45, 272-277, 287, 296-300, 326-330)

W badanej próbie 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy liczba dni niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 6 570 do 6 288, tj. o 4,3%. Kwota wypłaconych świadczeń wzrosła z 213,8 tys. zł do 219,9 tys. zł, tj. o 2,8%, również wzrosła kwota składek ubezpieczenia społecznego z 14,1 tys. zł do 19,8 tys. zł, tj. o 28,8%. W ciągu roku od zakończenia rehabilitacji wszystkie osoby pobierały rentę okresową, jednak w trzech (16,7%) przypadkach były to świadczenia przyznane przed rehabilitacją i po ich zakończeniu nie przyznano kolejnych świadczeń. Po wykorzystaniu świadczenia jedna osoba (5,6%) pracowała, dwie osoby (11,1%) były bezrobotne, 10 osób (55,6%) pozostało na świadczeniach związanych z tą samą jednostką chorobową, która stanowiła podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji (w tym jedna osoba była na rencie i pracowała, potem była bezrobotna; trzy osoby były na rencie i pracowały, sześć osób było tylko na rencie), pięć osób (27,8%) pozostało na świadczeniach związanych z inną jednostką chorobową (w tym jedna osoba nabyła prawo do stałej renty z tytułu niezdolności do pracy).

Jednocześnie w opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji spośród tej próby u 10 osób wskazano poprawę stanu funkcjonalnego (55,6%), u siedmiu osób stan

<sup>50</sup> Związane ze schorzeniami, na które były rehabilitowane.

<sup>51</sup> Po zakończeniu rehabilitacji pozostawały od 0 do 57 dni na świadczeniu rehabilitacyjnym.

<sup>52</sup> Przy czym po zakończeniu rehabilitacji jedna osoba była zatrudniona przez cztery miesiące.

<sup>53</sup> Związane z inną jednostką chorobową.

<sup>54</sup> W tym jednej osobie, po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przyznano rentę okresową na to samo schorzenie.

<sup>55</sup> Sprawa nr: 020209614. Ubezpieczony po wykorzystaniu świadczenia rehabilitacyjnego był bezrobotnym z prawem do zasiłku.

funkcjonalny pozostał bez zmian (38,9%), natomiast u jednej osoby nie było informacji o stanie funkcjonalnym.

W grupie tej okres od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do dnia rozpoczęcia rehabilitacji wynosił średnio 110 dni (od 51 do 261 dni<sup>56</sup>).

Dyrektor wyjaśnił, że ubezpieczeni pobierający świadczenia rentowe obarczeni byli schorzeniami o większym stopniu zaawansowania. Stąd też mógł pochodzić wysoki wskaźnik osób o ograniczonych możliwościach wykonywania pracy zawodowej pomimo odbycia rehabilitacji. Skierowanie ubezpieczonego na rehabilitację leczniczą nie było równoznaczne z pewnością uzyskania korzystnego wyniku, który zależy od wielu czynników czysto medycznych, a także od późniejszej postawy ubezpieczonego, na którą Oddział nie ma wpływu.

(akta kontroli str. 42-45, 278-283, 288, 301-305, 591-594)

W badanej próbie 18 spraw, w których odmówiono wnioskodawcy prawa do rehabilitacji, z uwagi na to, że nie rokuje szans na odzyskanie zdolności do pracy, liczba dni niezdolności do pracy wzrosła z 2 038 do 2 147, tj. o 5,1%, również wzrosła kwota wypłaconych świadczeń z 115,5 tys. zł do 123,9 tys. zł, tj. o 6,8%. Po roku od dnia złożenia wniosku o potrzebie rehabilitacji leczniczej 10 osób (55,6%) pracowało, trzy osoby (16,7%) po zakończeniu umowy o pracę przeszło na emeryturę, pięć osób (27,8%) pozostało na świadczeniach związanych z tą samą jednostką chorobową, która stanowiła podstawę wydania orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji (jedna osoba była na rencie i pracowała, cztery osoby były na rencie, w tym dwie osoby nabyły prawo do stałej renty z tytułu niezdolności do pracy).

Dyrektor wyjaśnił, że istnienie przewlekłych schorzeń nie umożliwia wykonywania pracy zawodowej, a rehabilitacja lecznicza, o którą ubiegali się ubezpieczeni mogła mieć na celu jedynie zintensyfikowanie prowadzonego leczenia.

(akta kontroli str. 42-45, 256-259, 284, 306-309, 331-335)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Jedną sprawę<sup>57</sup> przydzielono do wybranego lekarza orzecznika i nie sporządzono uzasadnienia w aplikacji WO.

Zgodnie z pkt 1 części I „Postanowienia ogólne” Załącznika nr 6 – Instrukcja sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie do Zarządzenia Nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1 „Wydawanie orzeczeń” w przypadku przydzielenia sprawy do wybranego lekarza orzecznika, główny lekarz orzecznik albo jego zastępca sporządza uzasadnienie w WO.

Dyrektor wyjaśnił, że po analizie dokumentacji medycznej sprawy GLO uznał za konieczne skierowanie sprawy do lekarza orzecznika o specjalizacji odpowiadającej schorzeniu ubezpieczonego nie dopełniając wszystkich czynności wymienionych w Załączniku nr 6.

(akta kontroli str. 39-41, 215-225, 357-358)

<sup>56</sup> W siedmiu sprawach nr: 020091473, 020089122, 020067398, 020163426, 020087524, 020124317 i 020088079 czas oczekiwania na rehabilitację przekraczał 100 dni – wynosił odpowiednio: 118, 123, 125, 153, 155, 160 i 261 dni. W sprawie nr: 020088079 ubezpieczony wniósł podanie o zmianę terminu (czas oczekiwania w pierwszym terminie wynosił 115, a po zmianie terminu - 261 dni); po odbyciu rehabilitacji leczniczej ta osoba była na rencie i pracowała.

<sup>57</sup> Sprawa nr: 20/6410/21828/17.



2. W czterech sprawach<sup>58</sup> termin obsługi orzeczenia liczony od daty wydania orzeczenia do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację przekroczył 30 dni i wynosił od 33 dni do 39 dni.

Zgodnie z pkt 20 Załącznika Nr 3 – Instrukcja dotycząca kierowania na rehabilitację leczniczą do Zarządzenia Nr 41 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3 „Realizacja rehabilitacji leczniczej”, termin obsługi orzeczenia, nie powinien przekroczyć 30 dni liczonych od daty wydania orzeczenia do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację.

Dyrektor wyjaśnił, że przekroczenie terminu wynikało z konieczności oczekiwania na zakończenie postępowania rentowego celem potwierdzenia prawa ubezpieczonego do rehabilitacji.

(akta kontroli str. 34-38, 249-250, 288, 581, 586-588)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Lekarze orzecznicy Oddziału stosownie do przepisów rozporządzenia w sprawie kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz odpowiednio Procedurą 9.1 i Procedurą 9.3 sporządzali orzeczenia i kierowali osoby na rehabilitację leczniczą.

Pomimo, że w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji leczniczej zmalała zarówno liczba dni niezdolności do pracy (o 32,6%), jak również kwota świadczeń wypłaconych z FUS (o 38,2%), a u 83,3% (wg opinii lekarzy) nastąpiła poprawa stanu funkcjonalnego rehabilitowanych, to jednak świadczenia z FUS pobierało nadal 84,7% ubezpieczonych objętych kontrolą<sup>59</sup>. W tym okresie żadnych świadczeń z FUS nie pobierało 11 osób (15,3%). Średni czas oczekiwania na rehabilitację liczony od dnia złożenia wniosku do dnia rozpoczęcia rehabilitacji wynosił 109 dni (od 27 dni do 261 dni) i w ocenie NIK mógł mieć wpływ na efektywność rehabilitacji. Najniższą skuteczność odnotowano w grupie osób, które przed rehabilitacją pobierały rentę okresową. Czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji w tej grupie badanych wynosił średnio 110 dni, przy czym siedmiu (tj. 38,9%) ubezpieczonych na rehabilitację oczekiwało ponad 100 dni. W ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji, świadczenia związane z tą samą jednostką chorobową, która stanowiła podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, nadal pobierało aż 55,6% ubezpieczonych (10 osób), a 27,8% (pięć osób) pozostało na świadczeniach związanych z inną jednostką chorobową. Po roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej 5,6% osób po wykorzystaniu świadczenia z FUS było zatrudnionych, a 11,1% osób było bezrobotnych. Wśród osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierały świadczenie rehabilitacyjne, w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji wszystkie osoby pobierały świadczenia z FUS<sup>60</sup>, ale w siedmiu (38,9%) przypadkach była to kontynuacja świadczeń przyznanych przed rehabilitacją<sup>61</sup>. Pięć osób (27,8%) pozostało na świadczeniach związanych z inną jednostką chorobową, a sześć osób (33,3%) pozostało na świadczeniach związanych z tą samą jednostką chorobową. Do pracy powróciło 11 osób<sup>62</sup> (61,1%), dwie osoby pobierały świadczenia rehabilitacyjne<sup>63</sup>, dwóm osobom, po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przyznano rentę okresową<sup>64</sup>, a trzy osoby (16,7%) posiadały status bezrobotnego. Oczekiwanie na rehabilitację było krótsze w porównaniu do pozostałych objętych badaniem grup i wynosiło średnio 62 dni. W grupie osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierały

<sup>58</sup> Sprawy nr: 020089122, 020124317, 020066732, 020159968.

<sup>59</sup> Z tego 5,6% było na rencie i jednocześnie pracowało, 8,2% pracowało po okresie, na który miały orzeczone prawo do renty lub po ustaniu świadczenia rehabilitacyjnego, 6,9% po ustaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub renty były bezrobotne.

<sup>60</sup> Związane ze schorzeniami, na które były rehabilitowane.

<sup>61</sup> Tym osobom po zakończeniu świadczenia rehabilitacyjnego nie przyznawano kolejnych świadczeń.

<sup>62</sup> Przy czym po zakończeniu rehabilitacji jedna osoba była zatrudniona przez cztery miesiące.

<sup>63</sup> Związane z inną jednostką chorobową.

<sup>64</sup> W tym jednej osobie, po zakończeniu pobierania świadczenia rehabilitacyjnego przyznano rentę okresową na to samo schorzenie.

zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miały być rehabilitowane (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana), w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji liczba dni niezdolności do pracy zmalała o 33,0%, zmalała również kwota wypłaconych z tego tytułu świadczeń o 35,3%. Pomimo, że 83,8% ubezpieczonych (15 osób) w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji pracowało, to jednak niezdolność do pracy wskutek choroby trwała dłużej niż 30 dni w przypadku 72,2% z nich. Zdaniem NIK, na skuteczność rehabilitacji leczniczej wpływ mógł mieć długi czas oczekiwania na rehabilitację, który w tej grupie objętej badaniem wynosił średnio 133 dni, przy czym dwie osoby (11,1%), które na rehabilitację oczekiwały powyżej sześciu miesięcy, po jej zakończeniu wróciły na rynek pracy. Najlepsze efekty rehabilitacja lecznicza przyniosła w przypadku osób, które w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierały żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które były rehabilitowane. W tej grupie osób oczekiwanie na rehabilitację wynosiło średnio 138, jednak pięciu ubezpieczonych (tj. 27,8%) na rehabilitację oczekiwało powyżej sześciu miesięcy. Wszystkie osoby po upływie roku od zakończenia rehabilitacji były zatrudnione, przy czym dwie osoby po zakończeniu umowy o pracę przeszły na emeryturę. W okresie roku od zakończenia rehabilitacji żadnych świadczeń z FUS nie pobierało 61,1% z nich, a tylko u 16,7% osób niezdolność do pracy wskutek choroby trwała dłużej niż 30 dni.

NIK zauważa jednocześnie, że w badanej próbie 18 ubezpieczonych, którym odmówiono prawa do rehabilitacji, z uwagi na to, że nie rokują szans na odzyskanie zdolności do pracy wzrosła zarówno liczba dni niezdolności do pracy (o 5,1%), jak również kwota wypłaconych świadczeń (o 6,8%), a pięć osób (27,8%) pozostało na świadczeniach związanych z jednostką chorobową wskazaną we wniosku o rehabilitację leczniczą. Po roku od dnia złożenia wniosku o potrzebie rehabilitacji 55,6% ubezpieczonych pracowało, a 16,7% - po zakończeniu umowy o pracę przeszło na emeryturę.

Oddział prawidłowo prowadził postępowania w sprawach kierowania ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą jednak w czterech przypadkach przekroczono termin obsługi orzeczenia liczony od wydania orzeczenia do emisji skierowania. Stwierdzono jeden przypadek niesporządzenia uzasadnienia w aplikacji WO w związku z przydzieleniem sprawy lekarzowi orzecznikowi z pominięciem losowania. NIK zauważa, że orzekanie przez lekarza o specjalizacji innej niż typ schorzenia, w sprawie którego orzeka, mogło mieć wpływ na ocenę rokowania co do odzyskania zdolności do pracy przez wnioskodawcę po przeprowadzeniu rehabilitacji.

## **IV. Wnioski**

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

Wnioski

1. Sporządzanie przez GLO lub jego zastępcę uzasadnienia w aplikacji WO, w przypadku przydzielenia sprawy lekarzom orzecznikom z pominięciem losowania.
2. Przestrzeganie terminu obsługi orzeczenia od daty wydania orzeczenia do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację.

## 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 Lublinie. 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  
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.

Lublin, 30 września 2020 r.

Kontroler  
Monika Cieniuch  
Starszy inspektor kontroli państwowej

Dyrektor  
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli  
w Lublinie  
Edward Lis

.....  
*podpis*

.....  
*Podpis*