



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny

KPS.411.003.01.2019

Pani  
Romana Mierzejewska  
Zakład Ubezpieczeń Społecznych  
I Oddział w Łodzi  
ul. Zamenhofska 2, 90-431 Łódź

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

R/19/003 – Rehabilitacja lecznicza realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach  
prewencji rentowej

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zakład Ubezpieczeń Społecznych – I Oddział w Łodzi (dalej Oddział).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Romana Mierzejewska, dyrektor, od dnia 1 grudnia 2016 r. W okresie wcześniejszym stanowisko kierownika jednostki pełniła: Ewa Żydowicz-Mucha, dyrektor, od 6 marca 2008 r. do 30 listopada 2016 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Dostępność rehabilitacji leczniczej dla osób uprawnionych. 2. Skuteczność rehabilitacji osób zagrożonych inwalidztwem. 3. Efektywność wydatkowanych środków na rehabilitację.
Okres objęty kontrolą	2018 – 2019 (I półrocze) – dobór próby osób objętych rehabilitacją w latach 2016-2017. Dla realizacji celów kontroli mogą być wykorzystane dane z okresów wcześniejszych i późniejszych.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli – Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny.
Kontrolerzy	1. Marek Ryszard Przystolik, specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr KPS/42/2019 z 18 października 2019 r. 2. Piotr Narel, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr KPS/43/2019 z 18 października 2019 r. 3. Kazimierz Mirosław Laskus, doradca prawny, kontrola przeprowadzana na podstawie legitymacji służbowej <sup>2</sup> .

(akta kontroli str. 1-2)

## II. Ocena ogólna<sup>3</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Działania podejmowane w latach 2016-2019 (I półrocze) przez Oddział, zapewniały osobom ubezpieczonym i uprawnionym dostęp do rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej<sup>4</sup>, a także dawały tym osobom możliwość podjęcia rehabilitacji, której celem było odzyskanie zdolności do pracy lub też uniknięcie całkowitej niezdolności do pracy.

W latach 2016-2019 (I półrocze) do Oddziału wpłynęło łącznie 18 162 wniosków o rehabilitację leczniczą, w których Oddział wydał łącznie 27 401 orzeczeń<sup>5</sup>, w tym

<sup>1</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 489 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

<sup>2</sup> Art. 30 ust. 2 ustawy o NIK.

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>4</sup> Oddział dokonywał czynności związane z obsługą wniosku i wydaniem skierowania do ośrodka rehabilitacyjnego (w ramach miejsc zakontraktowanych przez Centralę ZUS) oraz wydawał orzeczenia, które były związane z kierowaniem osób uprawnionych na rehabilitację leczniczą.

<sup>5</sup> Liczba wniosków i orzeczeń jest różna m.in. dlatego, że wnioski składają osoby zainteresowane i lekarze leczący, a orzeczenia zapadają też w sytuacjach, gdy lekarz orzecznik albo komisja lekarska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzekają o potrzebie rehabilitacji leczniczej, orzekając w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych albo o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego. Ponadto część składanych wniosków zostaje rozpoznana w następnym roku kalendarzowym (np. wnioski złożone w grudniu).

23 372 orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. W większości przypadków orzeczenia o skierowaniu na rehabilitację leczniczą wydawane były w terminie do 30 dni od wpłynięcia wniosku (93,9%).

Z danych dotyczących 6979 osób, które ubiegały się o rehabilitację leczniczą w latach 2016-2017, na wniosek lekarza leczącego<sup>6</sup> i otrzymały pozytywne orzeczenie o potrzebie takiej rehabilitacji, wynika, że ogólny średni okres czasu – liczony od daty złożenia wniosku do daty ukończenia turnusu rehabilitacyjnego – wynosił 155,25 dnia, przy czym średni okres czasu w poszczególnych profilach rehabilitacji wynoszący od 102,3 dni<sup>7</sup> do 185,4 dni<sup>8</sup>. Częściowo wynikało to z niewystarczającej dostępności miejsc w poszczególnych profilach rehabilitacyjnych, zwłaszcza rehabilitacji narządów głosu, psychosomatycznej, czy też schorzeń onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego. Powodować to mogło zmniejszenie efektywności rehabilitacji leczniczej, gdyż niektóre schorzenia wymagają jak najszybszego podjęcia działań rehabilitacyjnych, a upływ czasu może spowodować nieodwracalne zmiany stanu zdrowia.

W grupie badanych 67 osób, które złożyły wniosek w latach 2016-2017 i ukończyły rehabilitację leczniczą, skuteczność rehabilitacji wynosiła 52,2%. 35 osób z wymienionej próby w okresie roku od zakończenia rehabilitacji nie pobierało świadczeń z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, dalej również jako Zakład lub ZUS, wynikających z niezdolności do pracy. Natomiast pozostałe 32 osoby pobierały świadczenia z ZUS<sup>9</sup>. Po zakończeniu leczenia rehabilitacyjnego z ww. grupy osób poprawę stanu zdrowia<sup>10</sup> uzyskało 48 osób (71%), stan 14 osób (21%) pozostawał bez zmian, natomiast u 5 osób (8%) nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia.

### III. Opis stanu faktycznego

Opis stanu faktycznego

1. Informacje dotyczące rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej zamieszczone są na stronie internetowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych<sup>11</sup>, można je także uzyskać na infolinii telefonicznej Zakładu<sup>12</sup> oraz drogą mailową<sup>13</sup>.

Oddział promował możliwość korzystania z rehabilitacji biorąc udział w akcjach koordynowanych przez Gabinet Prezesa Zakładu oraz różnego rodzaju organy, czy też instytucje, np. Narodowy Fundusz Zdrowia, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i urzędy miast. W latach 2018-2019 (I półrocze) działania promocyjne były prowadzone przez Oddział w ramach pięciu akcji<sup>14</sup>.

(akta kontroli str. 875-997, 1299-1300)

2. W latach 2018-2019 (I półrocze) w Oddziale zatrudnionych było łącznie 24 lekarzy orzeczników, którzy spełniali wymogi formalne określone w § 11 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy<sup>15</sup>, tj. posiadały specjalizację oraz odbyły przeszkolenie

<sup>6</sup> Dane przekazane przez Oddział w arkuszu kalkulacyjnym excel, pt. *Zestawienie\_wnioskow\_2016\_2017*, który zawiera łącznie rekordy 9.407 osób.

<sup>7</sup> Rehabilitacja o profilu psychosomatycznym.

<sup>8</sup> Rehabilitacja o profilu onkologicznym gruczołu piersiowego.

<sup>9</sup> Z tego zasilek chorobowy od 20 dni pobierało 11 osób (tj. 16,4% ogółu), świadczenie rehabilitacyjne 15 osób (22,4% ogółu), a rentę z tytułu niezdolności do pracy pobierało 6 osób (9% ogółu).

<sup>10</sup> Po zakończeniu leczenia rehabilitacyjnego na podstawie karty informacyjnej o przebytej rehabilitacji leczniczej wystawianej przez ZUS wydawana jest opinia odnośnie odzyskania zdolności do pracy.

<sup>11</sup> <https://www.zus.pl/swiadczenia/prewencja-i-rehabilitacja/prewencja-rentowa/kierowanie-na-rehabilitacje-lecznicza-w-ramach-prewencji-rentowej-zus>.

<sup>12</sup> Centrum Obsługi Telefonicznej, nr tel. 22-560-16-00, <https://www.zus.pl/o-zus/kontakt/centrum-obslugi-telefonicznej-cot->.

<sup>13</sup> Adres e-mail do zapytań ogólnych: [cot@zus.pl](mailto:cot@zus.pl).

<sup>14</sup> Dwukrotnie w ramach Dnia Osób z Niepełnosprawnością; Festynu pt. Wszystko na zdrowie – Zgierz miastem zdrowego stylu życia; Dnia Osób Niepełnosprawnych oraz Dnia Seniora.

<sup>15</sup> Dz. U. Nr 273 poz. 2711 ze zm.

w zakresie ustalonym przez Prezesa Zakładu. Według stanu na koniec 2018 r. i na koniec czerwca 2019 r. w Oddziale zatrudnionych było 23 lekarzy. Wśród prezentowanych przez lekarzy specjalizacji były następujące specjalizacje<sup>16</sup>: choroby wewnętrzne – 10 lekarzy, chirurgia – pięciu lekarzy, neurologia – czterech lekarzy, medycyna rodzinna – trzech lekarzy, psychiatria – dwóch lekarzy, medycyna ogólna – dwóch lekarzy oraz po jednym lekarzu w następujących specjalizacjach – położnictwo i ginekologia, kardiologia, ortopedia i traumatologia, choroby płuc, medycyna ogólna, a także reumatologia.

Wytyczne dot. przekwalifikowania i opracowania orzeczeń były przedmiotem szkoleń merytorycznych organizowanych w Centrali Zakładu (w porozumieniu z Naczelnym Lekarzem Zakładu), a także w Oddziale przez Głównego Lekarza Orzecznika Oddziału, w formie modułów e-learningowych<sup>17</sup> oraz podczas przeprowadzanych w Oddziale okresowych szkoleń przypominających zasady orzekania o niezdolności do pracy. Ponadto dokumenty informacyjne były zawarte na stronie intranetowej ZUS w materiałach szkoleniowych Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego – standardy orzecznictwa lekarskiego, zeszyty szkoleniowe orzecznictwa lekarskiego, prezentacje ze szkoleń, dostępnych dla lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskich.

Główny Lekarz Orzecznik Oddziału omawiał także powyższe zagadnienia podczas wewnętrznych narad (szkoleń), doraźnych i cyklicznych spotkań dot. obowiązków wykonywanych przez lekarzy orzeczników, a także analizował wszystkie sprzeciwy i zarzuty wadliwości i omawiał je z lekarzami.

W każdym roku z lat 2018-2019 (I półrocze) z Oddziałem współpracowało 28 konsultantów, tj. 23 zewnętrznych lekarzy specjalistów i pięciu psychologów, którzy wydawali opinie na potrzeby toczących się postępowań orzecznich. Zasady współpracy Oddziału (ZUS-u) z konsultantami zostały określone w *Procedurze do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń*<sup>18</sup>.

(akta kontroli str. 592-641, 660-672, 998-1090, 1004-1110, 1372-1406)

Z załącznika nr 9 do ww. Procedury<sup>19</sup> wynika, że każdy Oddział powinien współpracować z co najmniej dwoma konsultantami Zakładu posiadającymi tę samą specjalizację. W latach 2018-2019 (I półrocze) współpracował tylko z jednym konsultantem stomatologiem.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że wynikało to z braku zainteresowania współpracą lekarzy stomatologów z Oddziałem, z uwagi na niewielką liczbę opinii zleczanych w tej dziedzinie (w latach 2018-2019 wydano dwie takie opinie). Opinie z zakresu stomatologii wydawane są w sprawach wniosków o zwrot poniesionych kosztów leczenia, które było następstwem wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, gdyż leczenie takie nie jest refundowane z tytułu podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu.

(akta kontroli str. 1004-1092, 1274-1281)

Uwaga

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli przepisy wewnętrzne w przypadku niewielkiej liczby opinii zleczanych w danej specjalizacji powinny umożliwiać współpracę z jednym konsultantem posiadającym daną specjalizację.

**3.** W celu zapewnienia prawidłowości działania Zakład, w tym Oddział, podejmował szereg działań ukierunkowanych na przeciwdziałanie nadużyciom i korupcji –

<sup>16</sup> Wyniki się nie sumują, gdyż niektórzy lekarze mają więcej niż jedną specjalizację.

<sup>17</sup> W terminie do 3 tygodni od zatrudnienia lekarza orzecznika / członka komisji lekarskiej.

<sup>18</sup> Załącznik do zarządzenia Prezesa ZUS nr 39 z dnia 31 marca 2017 r.

<sup>19</sup> Pt. Instrukcja – ogólne warunki postępowania orzeczniczego, część II. Współpraca z konsultantami Zakładu, wykonywanie badań dodatkowych,

przede wszystkim – w ramach wprowadzania w życie kolejnych postanowień związanych z realizacją *Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji*<sup>20</sup>.

W ramach prowadzenia polityki antykorupcyjnej Prezes Zakładu powołał *Zespół do spraw realizacji Planu realizacji zadań/działań Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji na lata 2014-2019*<sup>21</sup>, *Komitet ds. wykrywania nadużyć w systemie ubezpieczeń społecznych*<sup>22</sup> oraz *Zespół roboczy ds. opracowania Polityki antykorupcyjnej w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych*<sup>23</sup>, a także wprowadził *Zasady unikania konfliktu interesów*<sup>24</sup>, *Kodeks etyki pracownika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*<sup>25</sup> oraz *Politykę antykorupcyjną Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*<sup>26</sup>.

Działania antykorupcyjne prowadzone przez Oddział w obszarze orzecznictwa lekarskiego polegały na:

- losowym przydziale lekarzom orzecznikom spraw do rozpatrzenia przez system elektroniczny i następane ich zadekretowanie przez Głównego Lekarza Orzecznika Oddziału lub jego Zastępcę;
- unikaniu przez lekarzy orzeczników konfliktu interesów (procedura podobna do sędziowskiej) poprzez złożenie przez nich Oświadczenia o wyłączeniu w związku z istnieniem przesłanek konfliktu interesów, w sytuacji, gdy taki konflikt mógłby zajść;
- konsultacje nie mogły być zlecone temu samemu lekarzowi konsultantowi Zakładu albo psychologowi, który wydawał opinię podczas rozpatrywania poprzedniego wniosku o świadczenie, a także lekarzowi konsultantowi Zakładu albo psychologowi, który jest lekarzem leczącym osoby zainteresowanej skierowaniem na rehabilitację leczniczą;
- wyrывkowej kontroli orzeczeń przez Głównego Lekarza Orzecznika Oddziału lub jego Zastępcę, którzy w przypadku stwierdzonych uchybień merytorycznych lub formalnych zgłaszają zarzuty wadliwości orzeczeń do komisji lekarskiej w terminie 14 dni od daty wydania orzeczenia albo gdy stwierdzono niezgodność ustaleń orzecznich po upływie 14 dni od daty wydania orzeczenia występują do Naczelnego Lekarza Zakładu z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy w trybie zwierzchniego nadzoru;
- wyrывkowej kontroli dostarczonej dokumentacji medycznej polegającej na porównywaniu dokumentacji ściąganej z placówek medycznych z dokumentacją przekazaną przez ubezpieczonego do Oddziału.

W okresie objętym kontrolą nie stwierdzono zdarzeń o charakterze korupcyjnym. Do Oddziału nie wpłynęły informacje/skargi o występowaniu tego typu zjawisk. Taki stan rzeczy potwierdza również analiza dokumentacji dot. rehabilitacji leczniczej oraz skarg i wniosków przeprowadzona przez kontrolerów NIK podczas niniejszej kontroli.

(akta kontroli str. 1185-1189, 1460-1502)

W sytuacji, gdy wniosek o wydanie orzeczenia lekarskiego z różnych przyczyn nie powinien być rozpatrywany we właściwym miejscowo oddziale ZUS, może zostać

<sup>20</sup> Ostatni przyjęty uchwałą nr 207 Rady Ministrów z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie *Rządowego Programu Przeciwdziałania Korupcji* (M. P. z 2018 r. poz. 12). Wcześniejszy Program został przyjęty na lata 2014-2019 (M.P. z 2014 r. poz. 299).

<sup>21</sup> Polecenie Prezesa ZUS nr 1 z dnia 12 marca 2015 r.

<sup>22</sup> Zarządzenie Prezesa ZUS nr 16 z dnia 8 marca 2017 r.

<sup>23</sup> Decyzja organizacyjna Prezesa ZUS nr 69 z dnia 24 sierpnia 2017 r.

<sup>24</sup> Zarządzenie Prezesa ZUS nr 27 z dnia 24 kwietnia 2018 r.

<sup>25</sup> Zarządzenie Prezesa ZUS nr 32 z dnia 24 maja 2019 r.

<sup>26</sup> Zarządzenie Prezesa ZUS nr 67 z dnia 22 października 2019 r.

przekazany do rozpatrzenia innemu oddziałowi<sup>27</sup>. W latach 2018-2019 (I półrocze) Oddział przekazywał wnioski o przeprowadzenie postępowania orzeczniczego w innym oddziale. Sytuacje takie miały miejsce w przypadkach wniosków pracowników Oddziału. Z danych przekazanych przez Oddział wynika, że w ww. okresie ze świadczenia rehabilitacyjnego korzystało 20 pracowników Oddziału. Natomiast o chęci przejścia na rentę z tytułu niezdolności do pracy poinformowało trzech pracowników (lub byłych pracowników).

(akta kontroli str. 1311-1313, 1369-1371)

4. W okresie objętym kontrolą w ramach Oddziału funkcjonował, podlegający Głównemu Lekarzowi Orzecznikowi Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji, do którego zadań m.in. należała obsługa skierowań na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej. W 2018 r. wykonanie planu finansowego Wydziału wynosiło 84,3% (824,2 tys. zł z zaplanowanych 978 tys. zł), po III kw. 2019 r. wykonanie planu finansowego Wydziału wynosiło 54,2% (613,3 tys. zł z zaplanowanych 1131,3 tys. zł), a szacunkowe<sup>28</sup> wykonanie planu finansowego w 2019 r. wynosiło 80% (919 tys. zł z 1147,3 tys. zł)<sup>29</sup>.

Koszty funkcjonowania Wydziału dotyczyły wszystkich postępowań orzecznich i nie były wyszczególniane dla poszczególnych typów orzecznictwa lekarskiego. W kosztach funkcjonowania Wydziału ujmuje się koszty realizacji umów cywilnoprawnych z konsultantami (zewnętrzni lekarze specjaliści i psycholodzy). Natomiast w kosztach funkcjonowania nie ujmuje się kosztów wynagrodzeń lekarzy orzeczników, gdyż te są ujmowane w ramach ogólnego konta pt. *Wynagrodzenia osobowe pracowników*. Dlatego też nie ma możliwości określenia kosztów obsługi skierowań na rehabilitację leczniczą przez Oddział.

Oddział nie ponosił kosztów związanych z kierowaniem osób uprawnionych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, gdyż rozliczaniem umów z ośrodkami rehabilitacyjnymi zajmuje się strona umowy, tj. Centrala ZUS.

(akta kontroli str. 3-279, 1133-1154, 1274-1281, 1298)

5. Osoby zainteresowane były kierowane na rehabilitację leczniczą przez Oddział w ramach umów zawartych przez Centralę ZUS, która jako strona umowy realizuje, nadzoruje i kontroluje wykonanie umów zawartych z ośrodkami. Możliwość kontrolowania ośrodków rehabilitacyjnych przez kontrolerów Zakładu była zagwarantowana w zawieranych umowach, a przedmiotem kontroli objęte były w szczególności zagadnienia dot. procesu i skutków rehabilitacji, oddziaływania psychicznego i edukacji zdrowotnej, przestrzegania wymogów Zakładu<sup>30</sup> oraz prawidłowości rozliczeń finansowych z Zakładem.

Oddział nie był ograniczony limitami miejsc kierując osoby do ośrodków rehabilitacyjnych. Rezerwacja miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych odbywała się na podstawie umów o rehabilitację zawartych z ośrodkami rehabilitacyjnymi oraz zgodnie z *Procedurą do procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej*<sup>31</sup>.

Przydziału (rezerwacji) terminu i miejsca rehabilitacji dokonywali pracownicy Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji Oddziału, przy pomocy aplikacji KSI

<sup>27</sup> Zgodnie z § 12 ust. 1 i 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (Dz. U. nr 273, poz. 2711, ze zm.) nadzór nad wykonywaniem orzekania o niezdolności do pracy przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie Prezes Zakładu wykonuje za pośrednictwem naczelnego lekarza Zakładu. Nadzór ten obejmuje m.in. zlecenie lekarzowi orzecznikowi lub komisji lekarskiej rozpatrzenia sprawy niezależnie od właściwości miejscowej.

<sup>28</sup> Stan na 14 stycznia 2020 r.

<sup>29</sup> Wykonanie planów w mniejszym stopniu niż zakładano wynikało z mniejszego niż przewidywano wykorzystania środków na lekarzy konsultantów i zewnętrznych psychologów (konsultantów), co było związane z tym, że nie można oszacować dokładnej liczby zewnętrznych badań w stosunku do osób zgłaszających się do oddziału.

<sup>30</sup> Programy rehabilitacji leczniczej w systemie stacjonarnym albo ambulatoryjnym.

<sup>31</sup> Załącznik do zarządzeń Prezesa ZUS nr 41 z dnia 31 marca 2017 r. oraz nr 40 z dnia 25 czerwca 2018 r.

pt. WL\_Wspomaganie\_Prewencji<sup>32</sup>, którym zarządzała Centrala Zakładu. Przy kierowaniu przestrzegano *Procedury do procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej*.

Oddział nie przekazywał (nie miał takiego obowiązku) do Centrali Zakładu sprawozdań okresowych i rocznych, dotyczących rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS. Centrala samodzielnie generowała raporty w zakresie wszystkich oddziałów, na podstawie danych zawartych w systemie KSI.

(akta kontroli str. 870-873, 1291-1313)

6. Zakład dzieli sposób rozpatrzenia wniosków o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS na:

- odmowę formalną/przyczyny formalne – sytuacja taka ma miejsce, kiedy osoba nie spełnia warunków formalnych do skierowania na rehabilitację leczniczą<sup>33</sup>;
- potrzebę rehabilitacji – sytuacja taka ma miejsce, gdy u osoby uprawnionej stwierdzono naruszenie sprawności organizmu, które stwarza zagrożenie całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, przy czym osoba taka musi rokować, że po odbyciu turnusu rehabilitacyjnego odzyska sprawność;
- brak potrzeby rehabilitacji – sytuacja taka ma miejsce, gdy u osoby uprawnionej nie stwierdzono zagrożenia całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy albo uznano rehabilitację za niecelową, tj. osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokuje odzyskania zdolności do pracy;
- brak orzeczenia<sup>34</sup>.

(akta kontroli str. 1175-1184, 1364-1365)

7. Zestawienie dotyczące podstawowych danych w zakresie wydawania przez Oddział orzeczeń o rehabilitacji leczniczej:

L.p.	Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 (I poł.)
1	2	3	4	5	6
1.	Liczba wniosków	4199	5195	5295	3473
2.	Liczba wydanych orzeczeń	6893	7878	7890	4740
3.	Orzeczenia pozytywne	6079	6623	6645	4025
4.	Odmowa (ogółem):	904	1359	1380	783
5.	- orzecznicza	814	1255	1245	715
6.	- formalna	90	104	135	68
7.	Sprzeciw <sup>35</sup> :	-	-	298	212
8.	- rozpatrzone pozytywnie	-	-	72	30
9.	- rozpatrzone negatywnie	-	-	226	182
10.	Zarzuty wadliwości:	-	-	1	0
11.	- podtrzymujące orzeczenia	-	-	0	0

<sup>32</sup> System zawiera dane niezbędne do obsługi spraw o rehabilitację leczniczą, w tym m.in.: 1) nr statystyczny choroby podstawowej (zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10) z powodu, której zostało wydane orzeczenie w sprawie o rehabilitację; 2) rodzaj i okres pobierania świadczeń z ZUS przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz 3) ocenę rehabilitacji po zakończonym turnusie (zdolny, niezdolny, brak opinii z przyczyny dyscyplinarnej, brak opinii z innej przyczyny, poprawa, bez zmiany, pogorszenie).

<sup>33</sup> Tj. nie jest: osobą ubezpieczoną, osobą uprawnioną do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego albo nie jest osobą pobierającą rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

<sup>34</sup> Tj. złożono wniosek o rehabilitację leczniczą w schorzeniach, w których ZUS nie realizuje rehabilitacji; zrezygnowano z ubiegania się o rehabilitację; nie zgłoszono się na badanie do lekarza orzecznika albo wniosek nie został rozpoznany w danym okresie sprawozdawczym.

<sup>35</sup> Od dnia 23 grudnia 2017 r. od orzeczenia lekarza orzecznika w sprawie dot. rehabilitacji przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej (§2 ust. 5 rozporządzenia), tj. od dnia wejście w życie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 2281).

11.	- zmieniające orzeczenia	-	-	1	0
12.	Orzeczenia o przekwalifikowaniu zaw.	1	-	-	-

(akta kontroli str. 328-439, 1316-1331)

Z badania losowo dobranej przez kontrolerów NIK próby 40 spraw z lat 2016-2017, w których odmówiono rehabilitacji ze względów formalnych wynika, że przyczyną odmowy była: w 18 przypadkach (45% ogółu) niezdolność do pracy, w 12 przypadkach brak ubezpieczenia społecznego (30% ogółu), w ośmiu przypadkach posiadanie statusu emeryta, który nie pracował (20% ogółu), w jednym przypadku posiadanie statusu osoby bezrobotnej bez prawa do zasiłku (2,5% ogółu) oraz w jednym przypadku rezygnacja (2,5% ogółu). W badanej próbie nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 1415-1459)

Z badania losowo dobranej przez kontrolerów NIK próby 40 spraw z lat 2016-2017, które zakończyły się wydaniem orzeczenia lekarskiego o braku potrzeby rehabilitacji, w 39 przypadkach (97,5% ogółu) nastąpiło to ze względu na ogólny stan zdrowia, zaś w jednym przypadku odmowa wynikała z zaprzestania podlegania ubezpieczeniu społecznemu (2,5% ogółu).

W uzasadnieniach orzeczeń używano zwrotu „Nie stwierdzono potrzeby rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych”. Uzasadnienia orzeczeń znajdowały się w dokumentacji medycznej danej sprawy i były opisane w dokumencie pt. *Uzasadnienie i podsumowanie ustaleń orzeczniczych*, z którymi zainteresowana osoba mogła zapoznać się w Oddziale. W przeprowadzonej próbie nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 1415-1459)

8. W latach 2016-2017 średni okres oczekiwania na wydanie orzeczenia, od złożenia wniosku, wynosił 20 dni<sup>36</sup>, w tym w najkrótszym przypadku wynosił jeden dzień, zaś w najdłuższym wynosił 85 dni. Z ogólnej liczby 9083 pozytywnie rozpatrzonych wniosków czas oczekiwania na rozpatrzenie wniosków wynosił: do 15 dni w 2174 przypadkach (24% ogółu), do 30 dni w 6352 przypadkach (70% ogółu), do 60 dni w 544 przypadkach (6%), do 70 dni w 5 przypadkach, a powyżej 70 dni w 8 przypadkach<sup>37</sup>.

Z analiz dokonanych przez Oddział wynika, że osoby składające wnioski z różnych względów przesuwały terminy badań u lekarzy orzeczników. Najczęstszą przyczyną przesunięcia terminu badań były pobyty w szpitalu i operacje oraz odbiór zawiadomienia o badaniu już po wyznaczonym terminie badania lub też brak odbioru takiego zawiadomienia. W sytuacji, kiedy nieobecność była usprawiedliwiona Oddział nie odstępował od postępowania orzeczniczego, ale czas od złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do wydania orzeczenia wydłużał się do 2-3 miesięcy.

(akta kontroli str. 1175-1184, 1267-1281)

Z badania celowo dobranej grupy 15 osób<sup>38</sup>, które oczekiwały na wydanie orzeczenia od 30 dni do 85 dni, wynika, że:

<sup>36</sup> W Procedurze do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń wskazano miernik Terminowość wydania orzeczeń rozpatrzonych w czasie do 45 dni, który ma na celu wskazać Stosunek liczby wniosków o orzeczenie lekarskie rozpatrzonych w terminie do 45 dni do ogólnej liczby wniosków rozpatrzonych przez lekarzy orzeczników w danym okresie sprawozdawczym.

<sup>37</sup> Z tego: do 80 dni sześć przypadków i po jednym przypadku do 81 i 85 dni.

<sup>38</sup> Z grupy oczekujących na wydanie orzeczenia od złożenia wniosku wybrano losowo 10 osób z grupy osób oczekujących od 30 do 60 dni, trzy osoby z grupy osób oczekujących pomiędzy 61 a 80 dniami i dwie osoby oczekujące 81 i 85 dni. Celowość badania polegała na doborze próby ze względu na liczebność przypadków w danej grupie osób. Przypadki, w których osoby oczekiwały w terminie krótszym niż wyżej wymienione nie zostały poddane próbie.

- z grupy 10 osób, które oczekiwały na wydanie orzeczenia od złożenia wniosku w terminie od 30 do 60 dni, osiem osób nie stawiało się na wyznaczone terminy badań, mimo prawidłowych powiadomień, osoby te były wzywane od dwóch do czterech razy (średnio 2,62 razu), w jednym przypadku osoba była hospitalizowana i lekarz orzecznik udał się na umówione badanie do szpitala, a jedna została wezwana na badanie w 30 dniu od złożenia wniosku; z grupy tej 8 osób zostało skierowanych na rehabilitację leczniczą i wszystkie ją ukończyły, tj. 80% osób z grupy badanych osób;
- z grupy trzech osób, które oczekiwały na wydanie orzeczenia od złożenia wniosku w terminie od 60 dni do 80 dni, wszystkie osoby nie stawiały się na wyznaczone terminy badań, mimo prawidłowych powiadomień, osoby te były wzywane od dwóch do trzech razy (średnio 2,66 razu); z tej grupy dwie osoby zostały skierowane na rehabilitację leczniczą i wszystkie ją ukończyły, tj. 66,6% osób z grupy badanych osób;
- u pozostałych dwóch osób, które oczekiwały na wydanie orzeczenia od złożenia wniosku w terminie powyżej 80 dni, osoby te nie stawiały się na wyznaczone terminy badań, mimo prawidłowych powiadomień, osoby te były wzywane odpowiednio trzy i pięć razy (średnio cztery razy), powodem niestawiennictwa była hospitalizacja tych osób; jedna z tych osób została skierowana na rehabilitację leczniczą i ją ukończyła.

(akta kontroli str. 1414)

9. W okresie od 1 stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2017 r. wyemitowano do osób zainteresowanych 9083 zawiadomienia o miejscu i terminie rozpoczęcia rehabilitacji leczniczej, z tego 9045 zawiadomień do 30 dni od dnia wydania orzeczenia (99,6% ogółu), 34 zawiadomienia pomiędzy 31 a 60 dniami i cztery zawiadomienia powyżej 60 dni. Łącznie w terminie ponad 30 dni od dnia badania wyemitowano 38 skierowań, co stanowi 0,4% ogółu spraw, przekroczenie 30 dniowego terminu wynosiło od jednego do 74 dni.

(akta kontroli str. 874-878, 1175-1184, 1190-1193, 1260-1266, 1503-1505)

Zasadą było kierowanie na rehabilitację leczniczą w jak najkrótszym terminie od wydania orzeczenia w sprawie celowości przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej. Rezerwacja dokonywana była przez pryzmat dostępności miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych dotyczących określonego profilu. W pierwszej kolejności Oddział kierował na rehabilitację osoby, które pobierały świadczenia z ubezpieczeń społecznych, gdyż powinny one odbyć rehabilitację leczniczą przed zakończeniem pobieranych świadczeń.

Zdaniem Dyrektora Oddziału okresowo pojawiają się problemy z dostępnością miejsc w poszczególnych profilach rehabilitacyjnych zwłaszcza rehabilitacji narządów głosu, psychosomatycznej, czy też schorzeń onkologicznych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego i bywają sytuacje, w których osoby pobierające świadczenia z ZUS nie mają możliwości wyjazdu, nawet w ramach miejsc rezerwowych będących w dyspozycji Departamentu Rehabilitacji i Prewencji Centrali ZUS. W takich sytuacjach czas oczekiwania osób uprawnionych na skierowanie do ośrodka rehabilitacyjnego wydłużał się i najczęściej trwał do momentu podpisania aneksów do obowiązujących umów lub zawarcia umów z nowymi ośrodkami albo zwolnienia miejsca przez osobę rezygnującą z rehabilitacji leczniczej.

Ponadto Dyrektor Oddziału wskazał, że zróżnicowanie czasu oczekiwania na rehabilitację wynika z szeregu różnych przyczyn, np.:

- zmiana terminu badania;

- oczekiwanie na uprawomocnienie się orzeczenia, oczekiwanie na wydanie decyzji w sprawie świadczenia w ramach, którego ubezpieczony został skierowany na rehabilitację leczniczą, np. przy rozpatrywaniu wniosku o rentę z tytułu niezdolności do pracy;
- prośba o zmianę terminu lub miejscowości, w której ośrodek rehabilitacyjny jest położony;
- zobowiązania zawodowe osób chcących się rehabilitować, czy też konieczność opieki nad członkiem rodziny.

(akta kontroli str. 1190-1193, 1260-1266)

**10.** W latach 2016-2017 średni okres trwania rehabilitacji wynosił 24 i 25 dni<sup>39</sup>, najdłuższy 68 i 69 dni. Najkrótsze okresy wynosiły jeden dzień, co spowodowane było tym, że w stosunku do osób zgłaszających się do ośrodka rehabilitacyjnego, po przejściu badania lekarskiego, stwierdzano niemożność odbycia rehabilitacji leczniczej z powodu przeciwwskazań medycznych.

(akta kontroli str. 1175-1184)

**11.** W 2016 r. wydano 6079 pozytywnych orzeczeń o rehabilitacji leczniczej (dane dotyczą I i II Oddziału w Łodzi<sup>40</sup>), z tego: 4847 dotyczyło schorzeń narządów ruchu (79,7% ogółu), 528 dotyczyło schorzeń układu krążenia (8,7%), 360 dotyczyło schorzeń psychosomatycznych (5,9%), 171 dotyczyło schorzeń układu oddechowego (2,8%), 100 dotyczyło schorzeń po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego (1,7% ogółu) oraz 73 dotyczyło schorzeń narządu głosu (1,2%).

W 3.250 przypadkach przeprowadzono badanie na wniosek lekarza leczącego (53,5% ogółu), w 2176 przypadkach badanie przeprowadzono przy ustalaniu okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego (35,8%), w 477 przypadkach badanie przeprowadzono przy ustalaniu niezdolności do pracy dla celów rentowych (7,8%) oraz w 176 przypadkach przy kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawianiu zaświadczeń lekarskich (2,9%).

(akta kontroli str. 1316-1339)

W 2017 r. wydano 6623 pozytywnych orzeczeń o rehabilitacji leczniczej (dane dotyczą I Oddziału w Łodzi), z tego: 5301 dotyczyło schorzeń narządów ruchu (80% ogółu), 572 dotyczyło schorzeń układu krążenia (8,5%), 344 dotyczyło schorzeń psychosomatycznych (5,2%), 186 dotyczyło schorzeń układu oddechowego (2,7%), 130 dotyczyło schorzeń po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego (2%) oraz 90 dotyczyło schorzeń narządu głosu (1,6%).

W 3718 przypadkach przeprowadzono badanie na wniosek lekarza leczącego (56,1% ogółu), w 2123 przypadkach badanie przeprowadzono przy ustalaniu okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego (32,1%), w 515 przypadkach badanie przeprowadzono przy ustalaniu niezdolności do pracy dla celów rentowych (7,8%) oraz w 267 przypadkach przy kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawianiu zaświadczeń lekarskich (4%).

(akta kontroli str. 1316-1339)

<sup>39</sup> Zgodnie z § 7 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. powinna Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym powinna trwać 24 dni. Czas trwania rehabilitacji może być przedłużony lub skrócony przez ordynatora ośrodka rehabilitacyjnego, po uprzednim uzyskaniu zgody Zakładu, w przypadku: 1) pozytywnego rokowania co do odzyskania zdolności do pracy osoby uprawnionej w przedłużonym czasie trwania rehabilitacji; 2) wcześniejszego przywrócenia osobie uprawnionej zdolności do pracy lub 3) zaistnieniu innych przyczyn leżących po stronie osoby uprawnionej.

<sup>40</sup> Na potrzeby II Oddziału ZUS w Łodzi wydano trzy orzeczenia.

12. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez Centralę ZUS – Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych rehabilitację leczniczą dla I Oddziału ZUS w Łodzi ukończyło łącznie 11,1 tys. osób, z tego:

- 5,1 tys. osób w 2016 r., z tego w momencie skierowania na rehabilitację: 2 tys. osób pobierało świadczenie rehabilitacyjne (39,2% ogółu), 700 osób pobierało zasiłek chorobowy (13,7%), 500 osób pobierało rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy (9,8%), a 1,9 tys. osób nie pobierało żadnych świadczeń (37,3%);
- 6 tys. osób w 2017 r.<sup>41</sup>, z tego w momencie skierowania na rehabilitację: 2,2 tys. osób pobierało świadczenie rehabilitacyjne (36,7% ogółu), 900 osób pobierało zasiłek chorobowy (15%), 500 osób pobierało rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy (8,3%), a 2,3 tys. osób nie pobierało żadnych świadczeń (40%).

(akta kontroli str. 1124-1259)

Z danych przekazanych przez Centralę ZUS – Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych<sup>42</sup> dotyczących rehabilitowanych według opinii o zdolności do pracy w momencie zakończenia rehabilitacji wynika, że:

- z grupy osób poddanych rehabilitacji w 2016 r. ogółem 51,6% osób było zdolnych do pracy, 8,3% osób było niezdolnych do pracy, u 26,4% osób nastąpiła poprawa zdrowia, zaś w przypadku 0,4% osób nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia, natomiast u 12,8% osób stan zdrowia pozostał bez zmian; w przypadku 0,5% nie wydano opinii o stanie ich zdrowia;
- z grupy osób poddanych rehabilitacji w 2017 r. ogółem 12,1% osób było zdolnych do pracy, 2% osób było niezdolnych do pracy, u 56% osób nastąpiła poprawa zdrowia, zaś w przypadku 0,9% osób nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia, natomiast u 28,5% osób stan zdrowia pozostał bez zmian; w przypadku 0,5% nie wydano opinii o stanie ich zdrowia.

Zdaniem Zakładu ocena „zdolni do pracy” i opinia „poprawa” (stanu zdrowia) jest zadawalająca i należy uznać, że rehabilitowani uzyskali dobre wyniki leczenia rehabilitacyjnego, łącznie takie opinie otrzymało w 2016 r. – 78% osób rehabilitowanych, a w 2017 r. – 68,1% osób rehabilitowanych. Ocena „niezdolni do pracy” i opinia „pogorszenie” (stanu zdrowia) jest wynikiem niezadawalającym, łącznie takie opinie otrzymało w 2016 r. – 8,7% osób rehabilitowanych, a w 2017 r. – 2,9% osób rehabilitowanych. Opinia bez zmian wskazuje, że zdolność do pracy nie uległa, ani poprawie, ani pogorszeniu.

(akta kontroli str. 1274-1281, 1337-1373)

Z danych przekazanych przez Centralę ZUS – Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych<sup>43</sup> dotyczących rehabilitowanych według opinii o zdolności do pracy oraz faktu pobierania świadczeń w okresie 12 miesięcy po zakończeniu rehabilitacji wynika, że:

- z ogółu osób, które zostały skierowane na rehabilitację w 2016 r. 33,7% osób pobierało świadczenia z tytułu choroby, która była przyczyną rehabilitacji; 19,4% osób pobierało świadczenia z tytułu innej choroby niż ta, która była przyczyną rehabilitacji i 46,9% osób nie pobierało żadnych świadczeń;
- z ogółu osób, które zostały skierowane na rehabilitację w 2017 r. 33,2% osób pobierało świadczenia z tytułu choroby, która była przyczyną

<sup>41</sup> W związku z przekazaniem zaokrąglonych danych wynik ogółem będzie różnił się od sum składowych.

<sup>42</sup> Departament przekazał jedynie dane procentowe bez wskazania danych liczbowych.

<sup>43</sup> Departament przekazał jedynie dane procentowe bez wskazania danych liczbowych.

rehabilitacji; 22,9% osób pobierało świadczenia z tytułu innej choroby niż ta, która była przyczyną rehabilitacji i 43,9% osób nie pobierało żadnych świadczeń.

(akta kontroli str. 1194-1259)

Ogółem w latach 2016-2017 nie ukończyło rehabilitacji leczniczej 1003 osoby (8,3% osób, które powinno ukończyć rehabilitację leczniczą<sup>44</sup>), z tego: w 2016 r. – 409 osób<sup>45</sup>, a w 2017 r. – 594 osoby<sup>46</sup>. Głównym powodem nie ukończenia rehabilitacji w tym okresie była rezygnacja z niej. W tym okresie dotyczyło to 877 osób (87,5% ogółu)<sup>47</sup>.

(akta kontroli str. 1274-1281)

Z przeprowadzonego przez kontrolerów NIK badania, na losowo dobranej próbie 40 spraw, które zakończyły się nieukończeniem rehabilitacji leczniczej, wynika, że przyczynami nieukończenia rehabilitacji były: rezygnacja z rehabilitacji – 30 (75% ogółu), wnioski o zmianę terminów – 5 przypadków (12,5% ogółu), brak ubezpieczenia społecznego – 3 przypadki (7,5% ogółu) oraz niezgłoszenie się w ośrodku rehabilitacyjnym – 2 przypadki (5% ogółu).

(akta kontroli str. 1415-1459)

Próba dot. osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą kontrolerzy NIK objęli 67 spraw. Spośród tej próby 34 osoby (51% ogółu badanych) uzyskały poprawę stanu funkcjonalnego (zdolny do pracy), u 14 nastąpiła poprawa zdrowia (21% ogółu badanych), również u 14 osób stan zdrowia pozostał bez zmian (21% ogółu badanych), natomiast u pięciu osób (7% ogółu badanych) nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia.

Z badanej grupy 67 osób na zwolnieniach lekarskich powyżej 30 dni w okresie jednego roku po rehabilitacji przebywało siedem osób (10,4% ogółu badanych osób), cztery osoby (6% ogółu badanych osób) przebywały na zwolnieniach do 30 dni (20, 20, 21 i 28 dni), świadczenie rehabilitacyjne pobierało 15 osób (22,4% ogółu badanych osób), rentę z tytułu niezdolności do pracy pobierało sześć osób (9% ogółu badanych osób), zaś jedna osoba pobierała świadczenie przedemerytalne (1,5% ogółu badanych osób).

Łącznie rok po skończeniu rehabilitacji świadczenia z tytułu niezdolności do pracy pobierały 32 osoby<sup>48</sup>, tj. 47,8% ogółu badanych osób, zaś żadnych świadczeń w tym okresie nie pobierały 35 osoby, tj. 52,2% ogółu badanych osób. Jednocześnie w 2018 r. cztery osoby (6% ogółu badanych osób), które ukończyły rehabilitację nabyły prawo do stałej renty z tytułu niezdolności do pracy.

W uzasadnieniach orzeczeń używano zwrotu „Stwierdzono potrzebę rehabilitacji leczniczej w zakresie ...”<sup>49</sup>. Uzasadnienia orzeczeń znajdowały się w dokumentacji medycznej danej sprawy i były opisane w dokumencie pt. *Uzasadnienie*

<sup>44</sup> W latach 2016-2017 rehabilitację leczniczą ukończyło 11,1 tys. osób, a nie ukończyło chociaż powinno było 1 tys. osób, łącznie daje to 12,1 tys. osób, które w tym okresie powinno ukończyć rehabilitację leczniczą.

<sup>45</sup> Z tego: 346 osób zrezygnowało z rehabilitacji (85% osób które nie ukończyły rehabilitacji), a w przypadku 63 osób brak jest informacji o powodzie rezygnacji (15% osób które nie ukończyły rehabilitacji).

<sup>46</sup> Z tego: 531 osób zrezygnowało z rehabilitacji (89,4% osób które nie ukończyły rehabilitacji), a w przypadku 63 osób brak jest informacji o powodzie rezygnacji (10,6% osób które nie ukończyły rehabilitacji).

<sup>47</sup> Oddział poinformował, że powodami rezygnacji były przyczyny: 1) zawodowe – np. pracodawca nie zgadza się na wyjazd pod groźbą przedłużenia umowy, pracownik ma terminowe zobowiązania; został skierowany na kursy, szkolenia zawodowe, delegacje, czy też nie może pojechać na rehabilitację poza okresem wakacji szkolnych (nauczyciele); 2) zdrowotne – np. pogorszenie stanu zdrowia, diagnostyka innej choroby, operacja w szpitalu, inny rodzaj rehabilitacji (prywatna lub NFZ-etowska), czy też lekarz leczący stwierdził przeciwwskazania zdrowotne do odbycia rehabilitacji; 3) rodzinne/osobiste – np. rozprawy sądowe, opieka nad członkami rodziny lub zwierzętami, czy też brak możliwości zostawienia domu bez opieki lub ogrzewania na czas turnusu; 4) inne – np. ośrodek rehabilitacyjny jest położony zbyt blisko lub daleko miejsca zamieszkania, w ośrodku nie ma basenu kąpielowego, czy też w ośrodku nie ma pokoi jednoosobowych.

<sup>48</sup> Świadczenie przedemerytalne jest świadczeniem z tytułu bezrobocia, a nie niezdolności do pracy.

<sup>49</sup> Po „słowach w zakresie” wpisywano odpowiedni profil rehabilitacji

*i podsumowanie ustaleń orzeczniczych*, z którymi zainteresowana osoba mogła zapoznać się w Oddziale. W przeprowadzonej próbie nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 1415-1459)

Z danych dotyczących 6541 osób, które ubiegały się o rehabilitację leczniczą w latach 2016-2017, na wniosek lekarza leczącego<sup>50</sup> i otrzymały pozytywne orzeczenie o potrzebie takiej rehabilitacji, a także ukończyły turnus rehabilitacyjny w latach 2016-2018, wynika że średni okres od złożenia wniosku w Oddziale do zakończenia rehabilitacji wynosił 155,25 dnia, najkrótszy okres wynosił 27 dni, zaś najdłuższy wynosił 475 dni. W terminie do 155 dni, od daty złożenia wniosku rehabilitację ukończyło 3111 osób, tj. 47,6% ogółu, zaś w terminie od 140 do 170 dni rehabilitację ukończyło 1415 osób, tj. 21,6% ogółu.

Dane dotyczące okresów od momentu złożenia wniosku w Oddziale do momentu ukończenia rehabilitacji w ramach poszczególnych profili rehabilitacji leczniczej:

- narządów głosu – wniosek złożyło 130 osób, średni okres do ukończenia turnusu wynosił 188 dni, najkrótszy okres wynosił 49 dni, zaś najdłuższy okres wynosił 364 dni;
- narządów ruchu w systemie stacjonarnym – wniosek złożyło 4897 osób, średni okres do ukończenia turnusu wynosił 165 dni, najkrótszy okres wynosił 27 dni, zaś najdłuższy okres wynosił 475 dni;
- narządów ruchu w systemie ambulatoryjnym – wniosek złożyło 652 osób, średni okres do ukończenia turnusu wynosił 117,3 dnia, najkrótszy okres wynosił 34 dni, najdłuższy 287 dni;
- narządów ruchu po wypadkach – jedna osoba złożyła wniosek i do momentu ukończenia turnusu upłynęło 63 dni;
- onkologicznego gruczołu piersiowego – wniosek złożyło 145 osób, średni okres do ukończenia turnusu wynosił 185,4 dnia, najkrótszy okres wynosił 48 dni, zaś najdłuższy okres wynosił 424 dni;
- psychosomatycznego – wniosek złożyło 196 osób, średni okres do ukończenia turnusu wynosił 102,3 dnia, najkrótszy okres wynosił 39 dni, zaś najdłuższy okres wynosił 223 dni;
- układu krążenia w systemie stacjonarnym – wniosek złożyło 286 osób, średni okres do ukończenia turnusu wynosił 105,9 dnia, najkrótszy okres wynosił 29 dni, zaś najdłuższy okres wynosił 241 dni;
- układu krążenia w systemie ambulatoryjnym – wniosek złożyło 15 osób, średni okres do ukończenia turnusu wynosił 115 dni, najkrótszy okres wynosił 74 dni, zaś najdłuższy okres wynosił 168 dni;
- układu oddechowego – wniosek złożyło 219 osób, średni okres do ukończenia turnusu wynosił 124 dni, najkrótszy okres wynosił 38 dni, zaś najdłuższy okres wynosił 324 dni.

Stanowisko Dyrektora m.in. w sprawie oczekiwania na rehabilitację leczniczą zostało opisane w pkt 9 niniejszego wystąpienia.

(akta kontroli str. 1132-1139, 1175-1184, 1190-1193, 1260-1266, 1415-1460, 1503-1505)

Ogólny średni okres czasu, jak i średni okres czasu w poszczególnych profilach rehabilitacji, liczony od daty złożenia wniosku do daty ukończenia turnusu rehabilitacyjnego, należy uznać za długi. Powodować to może zmniejszenie efektywności rehabilitacji leczniczej lub jej całkowite niepowodzenie, gdyż niektóre

<sup>50</sup> Dane przekazane przez Oddział w arkuszu kalkulacyjnym excel, pt. *Zestawienie wniosków\_2016\_2017*, który zawiera łącznie rekordy 9.407 osób.

schorzenia wymagają jak najszybszego podjęcia działań rehabilitacyjnych, a upływ czasu może spowodować nieodwracalne zmiany stanu zdrowia.

Problem ten został również dostrzeżony przez audytorów, którzy w ZUS przeprowadzali w 2019 r. zadanie zapewniające nr 2/Z/2019 pt. *Efektywność realizacji zadań w zakresie zawierania i nadzorowania realizacji umów dotyczących rehabilitacji leczniczej* i wydali zalecenie nr 4, w którym wskazali potrzebę podjęcia dodatkowych działań/zintensyfikowanie działań w celu skrócenia czasu oczekiwania ubezpieczonych na rehabilitację w profilach z najdłuższym czasem oczekiwania.

(akta kontroli str. 1513-1553)

Oddział po zakończeniu turnusu otrzymywał od ośrodka rehabilitacyjnego *Informację o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS*<sup>51</sup>, którą otrzymywała również Centrala ZUS oraz osoba poddawana rehabilitacji. W Informacji tej były zawarte między innymi informacje dot. wyników rehabilitacji leczniczej, opinii o stanie funkcjonalnym w dniu wypisu oraz zalecenia dla rehabilitowanego. Dokument taki sygnowany był przez lekarza prowadzącego leczenie lub ordynatora / kierownika placówki. Opinia ta była analizowana przez lekarza orzecznika Oddziału, wraz z inną dokumentacją medyczną, w przypadku złożenia przez zainteresowanego kolejnego wniosku o rehabilitację leczniczą albo wniosków o świadczenie rehabilitacyjne, czy też rentę z tytułu niezdolności do pracy.

(akta kontroli str. 1415-1459)

13. W latach 2016-2019 (I półrocze) w Oddziale zostało przeprowadzonych 28 kontroli przez: Centralę ZUS (24 kontrole) oraz podmioty zewnętrzne (cztery kontrole), w tym w 2018 r. Delegatura NIK w Łodzi przeprowadziła kontrolę pt. *Bariery prawne w rozwoju firm rodzinnych w Polsce*<sup>52</sup>.

W 2017 r. Departament Prewencji i Rehabilitacji ZUS przeprowadził w Oddziale kontrolę<sup>53</sup> w przedmiocie prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej i rozpatrywaniem wniosków o świadczenia zdrowotne. Podczas kontroli zbadano 103 sprawy dot. kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej i trzy wnioski dot. świadczeń zdrowotnych, z okresu od października 2016 r. do kwietnia 2017 r. W toku kontroli nie dokonano ustaleń oraz nie stwierdzono nieprawidłowości.

Departament Orzecznictwa Lekarskiego przeprowadził dwukrotnie w latach 2018-2019 kontrole pt. *Działalność głównego lekarza orzecznika, przewodniczącego, komisji lekarskich, ocena orzeczeń o niezdolności do pracy, organizacja pracy orzecznictwa lekarskiego*. W związku z pierwszą kontrolą stwierdzono jeden przypadek braku zgodności ustaleń orzecznich z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności lekarzy orzeczników. W przypadku drugiej kontroli stwierdzono cztery przypadki braku zgodności ustaleń orzecznich z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności lekarzy orzeczników<sup>54</sup>. W zakresie organizacji postępowania orzeczniczego zarazem jedna, jak i druga kontrola nie wykazała nieprawidłowości.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w Oddziale przeprowadzono analizę błędnie wydanych orzeczeń i następnie omówiono te przypadki z lekarzami orzecznikami i lekarzami sprawującymi nadzór nad nimi. Dodatkowo zobowiązano lekarzy do wnikliwej analizy pytania organu rentowego i okoliczności, które są

<sup>51</sup> Wzór Informacji jest załącznikiem do umowy o świadczenie usług rehabilitacyjnych.

<sup>52</sup> Wystąpienie pokontrolne z dnia 18 czerwca 2018 r., podwójnie znakowane: P/18/072 i LLO.410.007.05.2018, w którym nie sformułowano uwag i wniosków.

<sup>53</sup> Nr 992000/0812/2017/5.

<sup>54</sup> Wynikało to z nieprawidłowości ustaleń orzecznich lub niedostatecznym udokumentowaniem badanej sprawy i skutkowało koniecznością przekazania sprawy do rozpatrzenia przez komisję lekarską.

niezbędne do wydania orzeczenia, a także polecono, aby w przypadkach szczególnie trudnych orzeczniczo albo niewystarczająco udokumentowanych przez lekarzy prowadzących leczenia korzystano z opinii specjalistycznych konsultantów oraz dodatkowych badań. Ponadto zalecono aktualizację i poszerzenie wiedzy orzeczniczej w oparciu o prowadzone szkolenia, szkolenia e-learningowe z zakresu orzecznictwa lekarskiego oraz uczestnictwo w organizowanych sympozjach i zjazdach lekarskich.

W wyżej wymienionym okresie w Oddziale zarejestrowano 16 skarg, żadna ze skarg nie dotyczyła problemów związanych z orzecznictwem lekarskim.

(akta kontroli str. 280-331)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

#### **IV. Uwagi i wnioski**

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

## 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 p.o. Dyrektora Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

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

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

Warszawa, <sup>25</sup> lutego 2020 r.

Kontrolerzy  
Kazimierz Mirosław Laskus

Doradca prawny



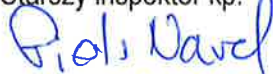
Marek Ryszard Przystolik

Specjalista kp.



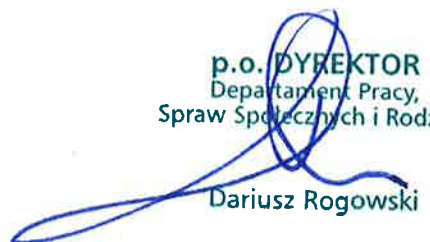
Piotr Narel

Starszy inspektor kp.



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

p.o. DYREKTOR  
Departament Pracy,  
Spraw Społecznych i Rodziny



Dariusz Rogowski