



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny

KPS.410.003.03.2020

Pan
Paweł Kaleta
Dyrektor
Oddziału Zakład Ubezpieczeń Społecznych
w Kielcach
ul. Piotrkowska 27
25-510 Kielce

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Kielcach
Kierownik jednostki kontrolowanej	Paweł Kaleta, Dyrektor Oddziału, od 01 grudnia 2016 r. do nadal.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">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. Dla realizacji celów kontroli mogą być wykorzystane dowody sporządzone w latach wcześniejszych oraz okresie późniejszym, a także dane statystyczne z tych okresów.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny
Kontroler	Piotr Narel, st. inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr KPS/25/2020 z dnia 22 maja 2020 r.

(akta kontroli str.1)

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Realizowana przez Oddział ZUS w Kielcach rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej skierowana do osób zagrożonych utratą zdolnością do pracy, ale rokujących jej odzyskanie nie we wszystkich przypadkach była skuteczna. W badanej próbie 70 ubezpieczonych skierowanych na rehabilitację po upływie roku od jej zakończenia³ odnotowano spadek odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne o 0,6% oraz świadczeń z tytułu niezdolności do pracy o 33,6%⁴.

Pomimo, że poprawę stanu funkcjonalnego organizmu rehabilitowanych stwierdzono w 56,6% przypadków, to nadal w ciągu roku po rehabilitacji 30 osób przebywało na świadczeniach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS), z tego 25 osobom wypłacono świadczenia w związku ze schorzeniami, na które byli rehabilitowani. W okresie jednego roku po odbyciu rehabilitacji 28 osób, tj. 38,9% objętych kontrolą było zatrudnionych na umowę o pracę, umowę zlecenia lub prowadziło działalność gospodarczą, a 11 osób pozostawało bez zatrudnienia (15,7%) i jedna osoba przeszła na emeryturę.

Najwyższą skuteczność rehabilitacji osiągnięto w przypadku osób korzystających ze świadczenia rehabilitacyjnego. W ich przypadku zmniejszyła się o 59,7% liczba dni, za które ubezpieczeni pobierali świadczenia oraz spadła o 58,9% wysokość wypłaconych świadczeń, a o 67,6% wzrosły składki z tytułu ubezpieczenia społecznego. Z kolei najniższą w grupie 18 osób, które przed rehabilitacją pobierały rentę okresową (spadek o odpowiednio 16,4% i 9,9% oraz wzrost o 2,9%). Na skuteczność rehabilitacji wpływ mógł mieć długi okresem oczekiwania. Dla zbadanych 70 zbadanych spraw średni okres od wpływu wniosku do rozpoczęcia turnusu wynosił 100 dni.

Stwierdzono w 2018 r. Oddział współpracował tylko z jednym konsultantem w zakresie stomatologii, endokrynologii i dermatologii oraz reumatologii, natomiast w 2019 r. w zakresie stomatologii, dermatologii i reumatologii oraz ginekologii i położnictwa. Stanowiło to naruszenie Procedury do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*, zgodnie z którą Oddział powinien współpracować z co najmniej dwoma konsultantami Zakładu posiadającymi tą samą specjalizację.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1 Zakres działania Oddziału w okresie objętym kontrolą obejmował m.in. prowadzenie prewencji rentowej, w tym rehabilitację leczniczą ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osób pobierających rentę

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

³ W porównaniu do roku przed rehabilitacją, tj. przed datą złożenia wniosku o rehabilitację lub wydania orzeczenia przy orzekaniu w sprawie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego lub renty okresowej z tytułu niezdolności do pracy.

⁴ Zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne i renty okresowe z tytułu niezdolności do pracy.

⁵ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

okresową z tytułu niezdolności do pracy, o czym stanowi art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁶.

W latach 2018-2019 Oddział wydał łącznie 82 334 orzeczenia. Najwięcej orzeczeń wydano dla celów rentowych (39 446). W związku z rehabilitacją leczniczą Oddział wydał łącznie 8 336 orzeczeń⁷, w tym 5 740 orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. Orzeczenia odmowne⁸ wydano w 2 725 przypadkach, w tym 2 596 stanowiły odmowy orzecznicze, a 129 - formalne⁹. W okresie objętym kontrolą wystawiono łącznie 4 940 skierowań na rehabilitację leczniczą, a odbyło ją 5 305 osób. Różnica między liczbą skierowań a liczbą rehabilitowanych wynikała m.in. z powodu odbycia rehabilitacji w innym roku niż ten, w którym wystawiono skierowanie, rezygnacji z odbycia rehabilitacji, nie stawieniu się w ośrodku rehabilitacyjnym.

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

L.p.	Wyszczególnienie	2017	2018	2019
1.	Liczba wniosków o rehabilitację leczniczą	3754	3756	3580
2.	Liczba wydanych orzeczeń	4152	4358	3978
3.	Orzeczenia pozytywne	3042	3199	2541
4.	Odmowa (ogółem):	1167	1222	1503
5.	Orzecznicza	1110	1159	1437
6.	Formalna	57	63	66
7.	Sprzeciwcy:	0	236	274
8.	- rozpatrzone pozytywnie	0	26	38
9.	- rozpatrzone negatywnie	0	210	236
10.	Zarzuty wadliwości:	0	4	4
11.	- podtrzymujące orzeczenia	0	1	1
12.	- zmieniające orzeczenia	0	3	3
13.	Liczba skierowań	2814	2754	2186
14.	Liczba rehabilitowanych	2724	2916	2389

W latach 2018-2019 w Oddziale zatrudnionych było łącznie 20 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 pracy¹⁰, tj. posiadali specjalizację oraz odbyli przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa Zakładu. Według stanu na koniec 2018 r. i na czerwiec 2019 r. w Oddziale zatrudnionych było 23 lekarzy o następujących specjalizacjach¹¹: choroby

⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 226, ze zm.

⁷ 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

⁸ Po odmowie ubezpieczony może złożyć nowy wniosek w dowolnym terminie.

⁹ Zakład formalnie odmawia skierowania na rehabilitację leczniczą w przypadku braku zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego – ubezpieczenie to obejmuje: składkę emerytalną, rentową, chorobową i wypadkową, a ubezpieczonym jest osoba fizyczna podlegająca choć jednemu z wymienionych ubezpieczeń.

¹⁰ Dz. U. Nr 273, poz. 2711, ze zm.

¹¹ Wyniki się nie sumują, gdyż niektórzy lekarze mają więcej niż jedną specjalizację.

wewnętrzne – 10 lekarzy, chirurgia – dwóch lekarzy, neurologia – pięciu lekarzy, oraz po jednym lekarzu w następujących specjalizacjach: psychiatria – położnictwo i ginekologia, kardiologia, ortopedia i traumatologia, choroby płuc, medycyna ogólna, a także reumatologia.

Plan zatrudnienia lekarzy orzeczników przewidywał 20 etatów w latach 2018-2019, i czterech – lekarzy członków komisji lekarskich. Przeciętne zatrudnienie lekarzy orzeczników wynosiło 17,08 etatu w 2018 r. i 17,43 w 2019 r., a lekarzy członków komisji lekarskich odpowiednio 4,50 i 4,75 etatu. W latach 2018-2019 ogłoszonych zostało ogółem 11 naborów na stanowisko lekarza orzecznika i lekarza – członka komisji lekarskich. Nierozstrzygnięte zostały cztery nabory (niezgłoszenie się żadnego kandydata w trzech przypadkach i brak odpowiedniego kandydata do zatrudnienia w jednym przypadku). W wyniku siedmiu pozostałych naborów zatrudniono 11 lekarzy. Wobec niewystarczającego stanu zatrudnienia lekarzy Oddział podejmował działania w postaci m.in. zwiększenia przydziału zadań pracującym lekarzom oraz kierowania większej ilości spraw do konsultantów.

Szczegółowym badaniem objęto 10 naborów przeprowadzonych w latach 2018-2019. Nabory te odbyły się zgodnie z art. 74a-74e ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych¹² i spełniały warunki opisane w Nr 3 do Procedury 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników¹³. Preferencje w zakresie specjalizacji lekarzy, którzy powinni być zatrudnieni w Oddziale określano na podstawie obecnego stanu zatrudnienia, liczby współpracujących z Oddziałem konsultantów o określonych specjalizacjach oraz zapotrzebowania na dane specjalizacje wynikające z bieżącej analizy spraw.

(akta kontroli str.: 746-749, 836-843, 845-846, 855-905, 929-944)

W 2018 roku lekarze orzecznicy wydali średniomiesięcznie 183 orzeczenia i 192 w 2019 r. Komisja lekarska wydała średniomiesięcznie 249 orzeczeń. Średni poziom wynagrodzeń w grupach stanowisk objętych kontrolą kształtował się w sposób następujący (według stanu na dzień 31 grudnia danego roku): lekarz-członek komisji lekarskiej – 8 440 zł w 2018 r. i 10 043 zł w 2019 r.; lekarz orzecznik – 7 881 zł w 2018 r. i 9 525 zł w 2019 r.

(akta kontroli str.: 729-730, 836-943, 1212)

1.2. W 2018 r. Oddział współpracował z 33 konsultantami i z 49 w 2019 r. W latach 2018 r. Oddział współpracował tylko z jednym konsultantem w zakresie stomatologii, endokrynologii i dermatologii oraz reumatologii, a w 2019 r. w zakresie stomatologii, dermatologii i reumatologii oraz ginekologii i położnictwa. Oddział zawierał corocznie umowy cywilnoprawne na okres 12 miesięcy z lekarzami konsultantami. Wynagrodzenie za wydanie jednej opinii wynosiło 150 zł lub 170 zł oraz 200 zł za opinię wydaną po przeprowadzeniu badania miejscu pobytu ubezpieczonego.

Zapotrzebowanie na pracę konsultantów na dany rok było określane na podstawie analizy liczby wydanych opinii przez poszczególnych konsultantów w latach ubiegłych oraz przewidywanych potrzeb Oddziału. Zainteresowani pracą w Oddziale lekarze po rozmowie wstępnej z głównym lekarzem orzecznikiem składali do dyrektora Oddziału podanie o zawarcie umowy na wydawanie specjalistycznych opinii wraz z załącznikami (prawem wykonywania zawodu, dyplomem stwierdzającym posiadanie tytułu specjalisty, oświadczenie o prowadzeniu bądź nie działalności gospodarczej, zaświadczenie o postawie etycznej). W przypadku akceptacji Dyrektora powołana trzyosobowa komisja przeprowadzała z kandydatem negocjacje stawki za wydanie opinii.

(akta kontroli str.: 359-363; 377-380, 846, 1211-1212)

¹² Dz. U. z 2020 r. poz. 226, ze zm.

¹³ Procedury te zostały wprowadzone Zarządzeniami Prezes ZUS i obowiązywały od 1 kwietnia 2017 r. i 8 sierpnia 2019 r.

Szczegółowemu badaniu poddano 5 umów, jakie zostały zawarte między Oddziałem a konsultantami współpracującymi z Oddziałem w latach 2018-2019. Wszystkie te umowy były zgodne z art. 68 ust. 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz z załącznikiem nr 9 – *Instrukcja – ogólne warunki postępowania orzeczniczego* do procedury do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*. Zatrudnieni konsultanci spełniali wymogi zawarte w wyżej wymienionym załączniku tj. posiadali tytuł specjalisty.

(akta kontroli str.: 954-984, 995-1209)

1.3. Do obowiązków Dyrektora Oddziału wg § 28 ust. 2 pkt 8 Regulaminu Organizacyjnego ZUS należy dbałość o stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników. W okresie 2018-2019 lekarze orzecznictwa lekarskiego mieli możliwość podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych poprzez udział w szkoleniach organizowanych przez Centralę ZUS, Centra Szkolenia i Oddział, a także uczestnictwo w konferencjach szkoleniowcach zakupionych na ich wniosek przez Oddział. Wytyczne dot. przekwalifikowania i opracowania orzeczeń były przedmiotem szkoleń merytorycznych organizowanych w Centrali Zakładu, a także w Oddziale przez Głównego Lekarza Orzecznika Oddziału, w formie modułów e-learningowych¹⁴ oraz podczas przeprowadzanych w Oddziale okresowych szkoleń przypominających zasady orzekania o niezdolności do pracy.

W Zakładzie obowiązuje „Program szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich”, który obejmuje m.in. zagadnienia związane z rehabilitacją leczniczą. Szkolenia te realizowane były w ciągu czterech tygodni od zatrudnienia (od 9 października 2019 r. – trzy tygodnie).

W latach 2018-2019 w Oddziale zrealizowano łącznie po 29 szkoleń, z czego osiem zorganizowane były przez Centralę ZUS i szesnaście przez Oddział, a pozostałe przez organizatora zewnętrznego. Wszyscy nowozatrudnieni lekarze w 2018 r. i 2019 r. przeszli szkolenie dedykowane dla lekarzy orzeczników. W okresie objętym kontrolą było prowadzone jedno szkolenie poświęcone rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str.: 850-905)

1.4. Informacje dotyczące rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej zamieszczone były na stronie internetowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych¹⁵, można je także było uzyskać na infolinii telefonicznej Zakładu¹⁶ oraz drogą mailową¹⁷. W Sali obsługi klienta w budynkach Oddziału przedstawione były pisemne informacje, w postaci wywieszek na ścianach oraz w postaci ulotek (z informacją dotyczącą rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, zawierającą m.in.: warunki uprawniające do otrzymania świadczenia, wymagane dokumenty, sposób wnioskowania, przebieg orzecznictwa lekarskiego etc.).

W okresie objętym kontrolą Oddział prowadził działania informacyjno-promocyjne dotyczących ogólnie działalności ZUS i systemu ubezpieczeń społecznych. Przedsięwzięcia te inicjowane były przez Centralę ZUS. Oddział sam nie inicjował ani też nie uczestniczył w działaniach promocyjnych dedykowanych rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str.: 760)

1.5 W okresie objętym kontrolą w ramach Oddziału funkcjonował Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji (Wydział), do którego zadań m.in. należała obsługa skierowań na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej.

¹⁴ W terminie do 3 tygodni od zatrudnienia lekarza orzecznika / członka komisji lekarskiej.

¹⁵ <https://www.zus.pl/swiadczenia/prewencja-i-rehabilitacja/prewencja-rentowa/kierowanie-na-rehabilitacje-lecznicza-w-ramach-prewencji-rentowej-zus>

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

¹⁷ Adres e-mail do zapytań ogólnych: cot@zus.pl

W 2018 r. wykonanie planu finansowego Wydziału wynosiło 93,3% (870 tys. zł), w tym 10 tys. zł dotyczyły kosztów badań osób ubiegających się o świadczenia rentowe, 360 tys. zł dotyczyło świadczeń wypłacanym lekarzom i psychologom za przeprowadzanie badań i wydanie opinii, a 500 tys. zł dotyczyło zwrotu kosztów przejazdu. W 2019 r. wykonanie planu finansowego Wydziału wynosiło 92,3% (1.099 tys. zł), w tym 10 tys. zł dotyczyło kosztów badań osób ubiegających się o świadczenia rentowe, 595 tys. zł dotyczyło świadczeń wypłacanym lekarzom i psychologom za przeprowadzanie badań i wydanie opinii, a 494 tys. zł zwrotu kosztów przejazdu.

(akta kontroli str.: 748, 757-760)

1.6. W latach 2018-2019 w Oddziale zostało przeprowadzonych ogółem 52 kontroli (31 w 2018 r. i 21 w 2019 r.). W 2018 r. przeprowadzono jedną kontrolę wewnętrzną funkcjonalną dot. prewencji i rehabilitacji (kontrola prawidłowości i terminowości realizacji zadań) oraz jedną kontrolę wewnętrzną funkcjonalną dot. orzecznictwa lekarskiego. Podobnie w 2019 r. Nie stwierdzono nieprawidłowości dot. rehabilitacji leczniczej, w pozostałych zrealizowano wszystkie zalecenia pokontrolne, zawarte w wystąpieniach pokontrolnych.

W badanym okresie w Oddziale zarejestrowano 10 skarg (po 5 każdego roku), żadna ze skarg nie dotyczyła problemów związanych z orzecznictwem lekarskim w zakresie rehabilitacji leczniczej. Wszystkie skargi zostały załatwione terminowo, zgodnie z art. 237 § 1 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego¹⁸. W każdym z badanych przypadków przeprowadzone zostało postępowanie wyjaśniające.

(akta kontroli str.: 763-835)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W latach 2018 r. Oddział współpracował tylko z jednym konsultantem w zakresie stomatologii, endokrynologii i dermatologii oraz reumatologii, a w 2019 r. w zakresie stomatologii, dermatologii i reumatologii oraz ginekologii i położnictwa. Stanowiło to naruszenie procedury do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*, załącznik nr 9 – *Instrukcja - ogólne warunki postępowania orzeczniczego*, pkt. II. ppkt 1. *Współpraca z konsultantami Zakładu, wykonywanie badań dodatkowych*¹⁹. Zgodnie z tą procedurą każdy Oddział powinien współpracować z co najmniej dwoma konsultantami Zakładu posiadającymi tą samą specjalizację.

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie NIK, Oddział prawidłowo realizował zadania w zakresie rehabilitacji leczniczej w przywołanym wyżej zakresie. Stwierdzona nieprawidłowość nie miała istotnego wpływu na prowadzoną działalność.

OBSZAR

2. Prawidłowość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

Opis stanu
faktycznego

2.1 Przepisy w zakresie wydawania orzeczeń reguluje 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 rehabilitacyjne²⁰, a także Procedura do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*.

¹⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 256 ze zm.

¹⁹ Załącznik do zarządzenia Prezesa ZUS nr 39 z dnia 31 marca 2017 r.

²⁰ Dz. U. z 2019 r. poz. 277.

Kontrola prawidłowości wydawania orzeczeń obejmowała 18 losowo wybranych spraw (wnioski zostały rozpatrzone w 2018 r.), gdzie lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji. Główny lekarz orzecznik lub jego zastępca przydzielał sprawy do lekarzy orzeczników poprzez losowanie w aplikacji Wspomaganie Orzecznictwa (w skrócie: WO). W żadnej z powyższych 18 spraw nie wnoszono sprzeciwu w sprawie wydanego orzeczenia.

(akta kontroli str.:441,667-728, 731-742, 1219-1223)

Kontrolą objęto jednocześnie 70 spraw, w których wnioski wpłynęły, zostały rozpatrzone oraz osoba skierowana zakończyła turnus rehabilitacyjny w 2018 r., w tym po 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał zasiłki chorobowe związane ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany; pobierał świadczenie rehabilitacyjne; pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy oraz 16 spraw, w których wnioskodawca nie pobierał z ZUS świadczeń z tytułu niezdolności do pracy.

Badanie kontrolne powyższych 70 spraw w zakresie sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie nie wykazało nieprawidłowości. Nie stwierdzono również przypadków budzących wątpliwości w zakresie zapewnienia wszystkim wymagającym rehabilitacji równego do niej dostępu. W jego wyniku, ustalono, że przy wydawaniu orzeczeń przestrzegano uregulowań zawartych w Polityce antykorupcyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych²¹ i Zasadach unikania konfliktu interesów²² oraz Kodeksie etyki pracownika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych²³. Żadna z osób zainteresowanych nie wniosła sprzeciwu w sprawie wydanego orzeczenia.

(akta kontroli str.: 439-666, 731-742, 1219-1223)

Badania kontrolne wykazały, że w 47 z 70 skontrolowanych sprawach orzeczenia zostały wydane przez lekarza o specjalności innej niż typ schorzenia, w sprawie którego orzekał²⁴. Natomiast w pozostałych 25 przypadkach orzeczenia zostały wydane przez lekarzy orzeczników o specjalnościach tożsamych ze stwierdzonymi schorzeniami. Kontrola wykazała również, że we wszystkich zbadanych przypadkach nie zlecono dodatkowych badań medycznych, natomiast w dwóch przypadkach korzystano z porad lekarzy konsultantów.

(akta kontroli str.: 445-728, 731-742, 928, 1215-1224)

2.2. Zasady dotyczące kierowanie osób na rehabilitację leczniczą zostały określone w rozporządzeniu o rehabilitacji oraz Procedurze 9.3 - *Realizacja rehabilitacji leczniczej*. W wyniku kontroli 70 spraw ustalono, że we wszystkich skontrolowanych sprawach przestrzegano przywołanych wyżej uregulowań.

Na termin rozpoczęcia rehabilitacji, po wydanym orzeczeniu o celowości przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej, miały m.in. wpływ takie czynniki jak: dostępność terminów i miejsc w danym okresie i dla określonego profilu schorzenia; osobista sytuacja ubezpieczonych, która wymusza skierowanie ich na rehabilitację leczniczą w konkretnym terminie z uwagi np. rozmaite okoliczności losowe, rodzinne

²¹ Na podstawie zarządzenia nr 67 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 22 października 2019 r. w sprawie wprowadzenia „Polityki antykorupcyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”.

²² Na podstawie zarządzenia nr 27 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 24 kwietnia 2018 r. w sprawie wprowadzenia zasad unikania konfliktu interesów.

²³ Na podstawie zarządzenia nr 32 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 24 maja 2019 r. w sprawie wprowadzenia „Kodeksu etyki pracownika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”.

²⁴ Nr PRL 45000000000514-2018 – schorzenie: zespół bólowy w przebiegu dyskopatii szyjnej i lędźwiowej, nadciśnienie tętnicze; nr PRL 45000000000498-2018 – schorzenie: zespół bólowy w przebiegu zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych kręgosłupa lędźwiowego, zmiany zwyrodnieniowe stanów biodrowych, nadciśnienie tętnicze; nr PRL: 45000000000213-2018 – schorzenie: zespół bólowy kręgosłupa w przebiegu dyskopatii lędźwiowej.

bądź zawodowe, terminowe wizyty lekarskie, itp. Na czas trwania postępowania ma również weryfikacja formalnych uprawnień do skorzystania z rehabilitacji leczniczej.

Dla zbadanych 70 ww. spraw średni okres od wpływu wniosku do rozpoczęcia turnusu wynosił 100 dni. I tak:

- dla osób, które nie pobierały z Zakładu żadnych świadczeń: od 81 dni do 296 dni, średnio 153 dni;
- dla osób, które pobierały zasiłki chorobowe: od jednego dnia do 114 dni, średnio 44 dni;
- dla osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne: od 31 dni do 111 dni, średnio 93 dni;
- dla osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy: od 23 dni do 152 dni, średnio 92 dni.

(akta kontroli str.: 445-728, 731-742, 928, 1215-1224)

2.3. W wyniku analizy zbadanych ww. 70 spraw ustalono, że:

- 16 spraw rozpatrzone zostały na podstawie wniosku lekarza leczącego, a 36 przy wniosku o świadczenie oraz 16 podczas kontroli zwolnień lekarskich (ZLA);
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 14 804 do 10 473, tj. o 29,3%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 838,9 tys. zł do 557,2 tys. zł, tj. o 33,6%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku przed i po rehabilitacji spadła z 218,2 tys. zł do 250,2 tys. zł, tj. o 51,1%;
- w 39 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w 31 – bez zmiany;
- po upływie jednego roku po zakończeniu rehabilitacji 30 osób przebywało na świadczeniach z FUS, 27 było zatrudnionych na umowę o pracę, umowę zlecenia lub prowadziło działalność gospodarczą, 12 pozostawało bez zatrudnienia i jedna osoba przeszła na emeryturę.

W populacji 16 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierał z Zakładu żadnych świadczeń:

- wszystkie sprawy rozpatrzone na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 76 do 10 dni, tj. o 86,8%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku po rehabilitacji spadła z 7,7 tys. zł do 6,3 tys. zł;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku przed i po rehabilitacji spadła z 250,0 tys. zł do 33,3 tys. zł, tj. o 86,7%;
- w 13 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w 3 – bez zmiany;
- 12 osób po upływie roku od zakończenia rehabilitacji było zatrudnione na podstawie umowy o pracę, dwie pozostawały bez pracy, jedna prowadziła działalność gospodarczą, a jedna przeszła na emeryturę.

Wśród 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał zasiłki chorobowe:

- wszystkie 18 spraw rozpatrzone zostały na podstawie wyników kontroli zwolnień lekarskich (ZLA);
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacją wzrosła z 2606 do 2915, tj. o 11,9%;

- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 184,5 tys. zł do 233,9 tys. zł, tj. o 26,8%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku przed i po rehabilitacji spadła z 128,9 tys. zł do 115,4 tys. zł, tj. o 10,5% (kwoty netto);
- w 10 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w 8 – bez zmiany;
- po upływie 1 roku od dnia zakończenia rehabilitacji osiem osób podjęło zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, sześć osób przebywało na zasiłkach chorobowych; trzy osoby pozostawały bez pracy a jedna osoba prowadziła działalność gospodarczą.

W grupie 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał świadczenie rehabilitacyjne:

- wszystkie 18 sprawy rozpatrzone zostały na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu przed i po rehabilitacji zmalała z 5439 do 2190, tj. o 59,7%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 365,2 tys. zł do 150,0 tys. zł, tj. o 58,9% (kwoty brutto);
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 43,8 tys. zł do 73,4 tys. zł, tj. o 67,6%;
- w 10 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w 8 – bez zmiany;
- dziewięć osób po upływie roku od zakończenia rehabilitacji kontynuowały świadczenie rehabilitacyjne, dwie podjęły zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, oprócz tego w ciągu roku jednocześnie: trzy osoby pozostawały bez zatrudnienia, osiem osób podjęło pracę na podstawie umowy o pracę, dwie osoby przebywały na zasiłku chorobowym i jedna osoba rozpoczęła prowadzenie działalności gospodarczej oraz jedna osoba przeszła na emeryturę.

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

- wszystkie 18 spraw rozpatrzonych zostało na podstawie wniosku lekarza orzecznika, przy wniosku o świadczenie;
- łączna liczba dni dla osób pobierających świadczenie w ciągu roku przed i po rehabilitacją zmalała z 6 398 do 5 349, tj. o 16,4%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 244,4 tys. zł do 220,3 tys. zł, tj. o 9,9%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 27,0 tys. zł do 27,8 tys. zł, tj. o 2,9%;
- w sześciu opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego i w 12 bez zmiany;
- w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji 13 osób przebywało na rencie, cztery pozostawały bez zatrudnienia, a jedna osoba pracowała na umowie zleceniu.

(akta kontroli str.: 445-728, 731-742, 928, 1215-1224)

W wyniku analizy stwierdzono, że w grupie 18 skontrolowanych spraw osób, w których w 2018 r. lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji:

- wszystkie sprawy rozpatrzone zostały na podstawie wniosku lekarza leczącego;

- łączna liczba dni na świadczeniu w ciągu roku przed datą wniosku i po jego dacie spadła z 674 do 553, tj. o 17,9%;
- łączna kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku przed datą wniosku i po jego dacie spadła z 57,5 tys. zł do 39,0 tys. zł, tj. o 32,2% (kwoty brutto),
- odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku przed i po dacie wniosku zmalała z 234,1 tys. zł do 229,3 tys. zł, tj. o 2,1%;
- w ciągu 1 roku po odmowie rehabilitacji pracowało 15 osób i jedna osoba prowadziła działalność gospodarczą, na zasiłku chorobowym przebywała jedna osoba, a bez pracy pozostawała również jedna osoba.

(akta kontroli str.: 445-728, 1342, 1347-1350)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W zakresie wydawania orzeczeń i kierowania na rehabilitację leczniczą Oddział prawidłowo stosował Procedury do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń* oraz Procedury do procesu 9.3 *Realizacja rehabilitacji leczniczej*. Nadzór nad pracą lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich wykonywany był zgodnie z Procedurą 9.1. Główny lekarz orzecznik albo jego zastępca w wymaganym zakresie przeprowadzali analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii w wymaganym wymiarze.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń


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

Warszawa, 1 października 2020 r.

Kontroler
Piotr Narek
st. inspektor k.p.


podpis

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


podpis

