



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny

KPS.410.003.04.2020

Pan Piotr Burtowski
Dyrektor
Oddziału Zakład Ubezpieczeń Społecznych
we Wrocławiu
Ul. Pretficza 9/11
50-926 Wrocław

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

tekst jednolity po uwzględnieniu zmian wprowadzonych uchwałą Zespołu Orzekającego Komisji
Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z dnia 7 grudnia 2020 r.

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we Wrocławiu
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Burtowski, Dyrektor Oddziału, od 01 kwietnia 2018 r. do nadal. Wcześniej, od 28 października 2017 r. do 31 marca 2018 r. obowiązki Dyrektora Oddziału pełnił Roman Śniedziewski.
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 w okresie późniejszym, a także dane statystyczne z tych okresów.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny
Kontroler	<ol style="list-style-type: none">1. Marek Przystolik, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr KPS/26/2020 z dnia 22 maja 2020 r.2. Piotr Narel, st. inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr KPS/38/2020 z dnia 23 lipca 2020 r.

(akta kontroli str.1-2)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Realizowana przez Oddział ZUS we Wrocławiu 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 72 ubezpieczonych skierowanych na rehabilitację po upływie roku od jej zakończenia³ odnotowano wzrost odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne o 9,1%, spadek wypłaconych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy o 35,7%⁴ oraz liczby dni ich pobierania o 28,4%. Pomimo, że poprawę stanu funkcjonalnego organizmu rehabilitowanych stwierdzono w 62,5% przypadków, to nadal w ciągu roku po rehabilitacji 32 osoby (tj. 44,4%) przebywały na świadczeniach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS), z tego 28 osobom (tj. 38,9%) wypłacono świadczenia w związku ze schorzeniami, na które byli rehabilitowani.

W okresie jednego roku po odbyciu rehabilitacji 34 osoby, tj. 47,2% objętych kontrolą było zatrudnionych na umowę o pracę, umowę zlecenia lub prowadziło działalność gospodarczą, a trzy osoby, tj. 6,9 % nie było zatrudnionych oraz jedna osoba przeszła na emeryturę.

Najwyższą skuteczność rehabilitacji osiągnięto w przypadku 18 osób skierowanych na rehabilitację, które w ciągu roku poprzedzającego turnus nie korzystały ze świadczeń związanych ze zdiagnozowanym schorzeniem. W ich przypadku zmniejszyła się liczba dni, za które pobierali świadczenia z tytułu niezdolności do pracy o 56,6% oraz wysokość wypłaconych świadczeń o 58,9%. W grupie 18 osób, które pobierały przed rehabilitacją zasiłki chorobowe, liczba dni na świadczeniach z FUS po odbyciu rehabilitacji uległa zmniejszeniu o 47,7%, a kwota wypłaconych świadczeń o 51,7%. W przypadku 18 osób, które przed rehabilitacją pobierały świadczenie rehabilitacyjne, wielkości te wynosiły odpowiednio 45,2% i 47,5%. Nagorzej sytuacja w tym zakresie przedstawiała się w grupie 18 osób, które przed rehabilitacją pobierały rentę okresową. W ich przypadku liczba dni na świadczeniach uległa zmniejszeniu tylko o 6,5%, a kwota wypłaconych świadczeń o 13,0%. W ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji, wszystkie te osoby pobierały rentę, z tego 13 osób – na schorzenia, na które były rehabilitowane.

W badanej próbie stwierdzono dwa przypadki kierowania na rehabilitację leczniczą osób, które pobierały emeryturę lub w krótkim czasie po jej ukończeniu przeszły na emeryturę.

Zdaniem NIK, oczekiwanie na rehabilitację leczniczą może mieć wpływ na jej skuteczność, szczególnie w grupie osób pobierających rentę okresową z tytułu czasowej niezdolności do pracy⁵. Dla zbadanych 72 spraw średni okres od wpływu wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji wynosił 113 dni.

W trakcie kontroli stwierdzono nieprawidłowość polegającą na współpracy, w latach 2018-2019, tylko z jednym konsultantem w zakresie dermatologii, urologii, nefrologii, stomatologii, mimo że zgodnie z Procedurą do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*,

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 Koncepcja polskiej szkoły rehabilitacji, wg której ZUS realizuje rehabilitację leczniczą zakłada jej wczesność, powszechność, kompleksowość i ciągłość. Autorem założeń współczesnej rehabilitacji w Polsce jest W. Dega, od 1950 roku pierwszy krajowy specjalista do spraw rehabilitacji. W. Dega i M. Weiss byli inicjatorami programu polskiej szkoły rehabilitacji.

każdy Oddział powinien współpracować z co najmniej dwoma konsultantami Zakładu posiadającymi tę samą specjalizację.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁶ 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 okresową z tytułu niezdolności do pracy, o czym stanowi art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁷.

W latach 2018-2019 Oddział wydał łącznie 80 652 orzeczenia. Najwięcej orzeczeń wydano dla celów rentowych (27 369). W związku z rehabilitacją leczniczą Oddział wydał łącznie 7 120 orzeczeń⁸, w tym 5 490 orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. Orzeczenia odmowne⁹ wydano w 1 713 przypadkach, w tym 1 630 stanowiły odmowy orzecznicze, a 83 - formalne¹⁰. W okresie objętym kontrolą wystawiono łącznie 4 449 skierowań na rehabilitację leczniczą, a odbyło ją 4 484 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 lub 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	2055	2012	2201
2.	Liczba wydanych orzeczeń	3762	3585	3535
3.	Orzeczenia pozytywne	2826	2745	2745
4.	Odmowa (ogółem):	977	869	844
5.	Orzecznicza	936	840	790
6.	Formalna	41	29	54
7.	Sprzeciw:	0	195	243
8.	- rozpatrzone pozytywnie	0	165	212

⁶ 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.

⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 226, ze zm.

⁸ 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

⁹ Po odmowie ubezpieczony może złożyć nowy wniosek w dowolnym terminie.

¹⁰ 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.

9.	- rozpatrzone negatywnie	0	30	31
10.	Zarzuty wadliwości:	0	6	3
11.	- podtrzymujące orzeczenia	0	2	0
12.	- zmieniające orzeczenia	0	4	3
13.	Liczba skierowań	2446	2225	2224
14.	Liczba rehabilitowanych	2433	2270	2214

„Według stanu na koniec 2018 r. w Oddziale zatrudnionych było 18 lekarzy orzeczników (łącznie z zastępcami głównego lekarza orzecznika) – 17,5 etatu, według stanu na czerwiec 2019 r. – 17 – 16,5 etatu. Odnotowano następujące specjalizacje lekarzy orzeczników: choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologii, pulmonologia, kardiologia, reumatologia, ortopedia, rehabilitacja medyczna, medycyna pracy, choroby zakaźne. Wśród lekarzy – członków komisji lekarskich: choroby wewnętrzne, neurologia, psychiatria, rehabilitacja medyczna, reumatologia, medycyna paliatywna, zdrowie publiczne, medycyna pracy, chirurgia ogólna, chirurgia plastyczna, medycyna rodzinna. Plan zatrudnienia lekarzy orzeczników przewidywał 17,1 etatów w 2018 r. i 16,9 w 2019 r., a lekarzy członków komisji lekarskich 13,75 etatów w tych latach. Przeciętne zatrudnienie lekarzy orzeczników (łącznie z zastępcami głównego lekarza orzecznika) w 2018 r. wynosiło 17,63 etatu i 16,79 w 2019 r., a lekarzy członków komisji lekarskich odpowiednio: 12,89 i 13,64 etatów. W latach 2018-2019 ogłoszonych zostało ogółem 27 naborów, z których nierozstrzygnięte zostały 23 z powodu niezgłoszenia się żadnego kandydata spełniającego wymagania formalne. W latach 2018-2019 z pracy odeszło dziewięciu lekarzy a zatrudniono sześciu. W przypadku niewystarczającego stanu zatrudnienia, m.in. zwiększano przydział zadań pracującym lekarzom oraz kierowano większą ilości spraw do lekarzy konsultantów.

Szczegółowym badaniem objęto 10 naborów na stanowiska lekarzy orzeczników przeprowadzonych w latach 2018-2019. Nabory te odbyły się zgodnie z art. 74a-74e ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i spełniały warunki opisane w załączniku Nr 3 do Procedury 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników¹¹. Preferencje w zakresie specjalizacji lekarzy, którzy powinni być zatrudnieni w Oddziale określano na podstawie stanu zatrudnienia, liczby współpracujących z Oddziałem konsultantów o określonych specjalizacjach oraz zapotrzebowania na dane specjalizacje wynikające z bieżącej analizy spraw.

(akta kontroli str. 13-27,200-203, 258-322)

W 2018 r. lekarze orzecznicy wydali średniomiesięcznie 192 orzeczenia, a komisja lekarska 142 orzeczeń. W 2019 r. roku wielkości te wynosiły odpowiednio 252 i 150. 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 Zakładu – 7558 zł w 2018 r. i 9681 zł w 2019 r.; lekarz orzecznik – 7318 zł w 2018 r. i 9636 w 2019 r.

(akta kontroli str.117-123, 207-212, 323-324)

1.2. W okresie 2018-2019 r. Oddział współpracował z 39 konsultantami, w tym: czterema psychologami, trzema specjalistami z zakresu kardiologii, 12 specjalistami z zakresu psychiatrii, dwoma specjalistami z zakresu: okulistyki, neurologii, otolaryngologii, chorób płuc, ginekologii i położnictwa, chirurgii i ortopedii oraz jednym konsultantem w zakresie dermatologii, urologii, nefrologii, stomatologii, w sytuacji. Zasady współpracy Oddziału (ZUS-u) z konsultantami zostały określone

¹¹ Procedury te zostały wprowadzone Zarządzeniami Prezes ZUS i obowiązywały od 1 kwietnia 2017 r. i 8 sierpnia 2019 r.

w *Procedurze do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń*¹². Oddział zawierał corocznie umowy cywilnoprawne na okres 12 miesięcy z lekarzami konsultantami. Listopad-*Wynagrodzenie za wydanie jednej opinii wynosiło od 150 zł do 170 zł oraz 210 zł za opinię wydaną po przeprowadzeniu badania w 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.: 28-30, 359-363; 377-380)

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

(akta kontroli str.326-401, 828-870)

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-learningowych¹³ oraz podczas przeprowadzanych w Oddziale okresowych szkoleń przypominających zasady orzekania o niezdolności do pracy.

Wszyscy nowozatrudnieni lekarze i lekarze – członkowie komisji lekarskich w 2018 r. i 2019 r. przeszli ww. szkolenie. W latach 2018-2019 zrealizowano łącznie 18 szkoleń w Oddziale oraz 5 w Centrali ZUS. Ponadto odbywały się krótkie spotkania, na których omawiano nowe wytyczne i zmiany w prawie. W okresie objętym kontrolą przeprowadzone było jedno szkolenie poświęcone wyłącznie rehabilitacji leczniczej. W badanym okresie jeden lekarz – członek komisji lekarskich Zakładu ukończył specjalizację z medycyny paliatywnej.

(akta kontroli str.247-257)

1.4. Informacje dotyczące rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej zamieszczone były na stronie internetowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych¹⁴, można je także było uzyskać na infolinii telefonicznej Zakładu¹⁵ oraz drogą mailową¹⁶. W Sali obsługi klienta w budynkach Oddziału przedstawione były

¹² Załącznik do zarządzenia Prezesa ZUS nr 39 z dnia 31 marca 2017 r.

¹³ W terminie do 3 tygodni od zatrudnienia lekarza orzecznika / członka komisji lekarskiej.

¹⁴ <https://www.zus.pl/swiadczenia/prewencja-i-rehabilitacja/prewencja-rentowa/kierowanie-na-rehabilitacje-lecznicza-w-ramach-prewencji-rentowej-zus>.

¹⁵ Centrum Obsługi Telefonicznej, nr tel. 22-560-16-00, <https://www.zus.pl/o-zus/kontakt/centrum-obslugi-telefonicznej-cot->

¹⁶ Adres e-mail do zapytań ogólnych: cot@zus.pl.

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.). Ponadto pracownicy Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji podczas pełnionych dyżurów bezpośrednio na sali obsługi klienta przekazywali m.in. informacje dotyczące rehabilitacji leczniczej osobom zainteresowanym, w tym warunków otrzymania świadczenia sposobów wnioskowania oraz szczegółowych informacji dot. terminów, lokalizacji ośrodków rehabilitacyjnych.

„W okresie objętym kontrolą Oddział prowadził działania informacyjno-promocyjne dotyczące działalności ZUS i systemu ubezpieczeń społecznych. Ponadto Oddział uczestniczył w dziewięciu inicjatywach dot. Rehabilitacji leczniczej, z czego w pięciu z inicjatywy Centrali i czterech na zaproszenia instytucji współpracujących. W okresie objętym kontrolą Oddział otrzymywał materiały zakupione przez Centralę ZUS”.

(akta kontroli str.181-197)

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. Koszty funkcjonowania Wydziału dotyczyły wszystkich postępowań orzeczniczych 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 jego funkcjonowania nie ujmuje się kosztów wynagrodzeń lekarzy orzeczników, gdyż te są ujmowane w ramach ogólnego konta pt. *Wynagrodzenia osobowe pracowników*.

W 2018 r. wykonanie planu finansowego Wydziału wynosiło 87,7% (745,9 tys. zł z zaplanowanych 850,3 tys. zł), w tym 5,9 tys. zł dotyczyło kosztów badań osób ubiegających się o świadczenia rentowe, 358,4 tys. świadczeń wypłacanych lekarzom i psychologom za przeprowadzanie badań i wydanie opinii, a 377,4 tys. zł dotyczyło zwrotu kosztów przejazdu.

W 2019 r. wykonanie planu finansowego Wydziału wynosiło 75,0% (834,3 tys. zł z zaplanowanych 1111,9 tys. zł), w tym 2,3 tys. zł dotyczyło kosztów badań osób ubiegających się o świadczenia rentowe, 490,8 tys. świadczeń wypłacanych lekarzom i psychologom za przeprowadzanie badań i wydanie opinii, a 335,2 tys. zł zwrotu kosztów przejazdu.

(akta kontroli str.116-180)

1.6. *„W latach 2018-2019 w Oddziale przeprowadzono ogółem 14 kontroli, w tym cztery przez organ zewnętrzny i 10 przez Departamenty Centrali ZUS. Spośród wewnętrznych kontroli funkcjonalnych dwie dotyczyły prewencji rentowej i rehabilitacji (kontrola prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej i rozpatrywaniem wniosków o świadczenia zdrowotne) oraz dwie zakresu orzecznictwa lekarskiego. Wszystkie zalecenia pokontrolne, zawarte w wystąpieniach pokontrolnych, zostały zrealizowane”.*

W omawianym okresie w Oddziale zarejestrowano łącznie 160 skarg, z czego jedna (nieuzasadniona) związana z prewencją rentową i rehabilitacją leczniczą oraz 35 z orzecznictwem lekarskim. Wszystkie skargi zostały załatwione terminowo, zgodnie z art. 237 ust. 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania

administracyjnego. W każdym z badanych przypadków przeprowadzone zostało postępowanie wyjaśniające.

(akta kontroli str.114, 526-825)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Z 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*, wynika, że każdy Oddział powinien współpracować z co najmniej dwoma konsultantami Zakładu posiadającymi tę samą specjalizację. W latach 2018-2019 Oddział miał zawartą umowę tylko z jednym konsultantem w zakresie dermatologii, urologii, nefrologii, stomatologii. Wynikało, to z braku zainteresowania współpracą lekarzy ww. specjalizacji z Oddziałem.

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 rehabilitacyjne¹⁷ (dalej rozporządzenie o rehabilitacji), a także Procedura do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*.

Kontrola prawidłowości wydawania orzeczeń obejmowała 18 losowo wybranych spraw (wnioski wpłynęły zostały rozpatrzone w 2018 r.), w których lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji (przypadki, w których lekarz orzecznik uznał rehabilitację za niecelową, tj. osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokuje odzyskania zdolności do pracy). 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.: 871-1173, 1202-1214)

Kontrolą objęto jednocześnie 72 sprawy, 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: nie pobierał z ZUS świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany; pobierał zasiłki chorobowe związane ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana); pobierał świadczenie rehabilitacyjne; pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

Badanie kontrolne powyższych 72 spraw w zakresie sporządzania orzeczeń, opinii, skierowań lub zaświadczeń lekarzy orzeczników i komisje lekarskie nie wykazało nieprawidłowości. Ponadto nie wykazało również przypadków budzących wątpliwości w zakresie zapewnienia wszystkim wymagającym rehabilitacji równego do niej dostępu. W jego wyniku, ustalono, że przy wydawaniu orzeczeń

¹⁷ Dz. U. z 2019 r. poz. 277.

przestrzegano uregulowań zawartych w Polityce antykorupcyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych¹⁸ i Zasadach unikania konfliktu interesów¹⁹ oraz Kodeksie etyki pracownika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych²⁰. Żadna z osób zainteresowanych nie wniosła sprzeciwu w sprawie wydanego orzeczenia.

(akta kontroli str.: 871-1173, 1202-1214)

Badania kontrolne wykazały, że w 8 z 72 skontrolowanych sprawach orzeczenia zostały wydane przez lekarza o specjalności innej niż typ schorzenia, w sprawie którego orzekał²¹. Natomiast w pozostałych 64 przypadkach orzeczenia zostały wydane przez lekarzy orzeczników o specjalnościach tożsamy z stwierdzonymi schorzeniami. Kontrola wykazała również, że we wszystkich 72 zbadanych przypadkach nie zlecono dodatkowych badań medycznych. Nie stwierdzono również przypadków korzystania z porad lekarzy konsultantów.

(akta kontroli str.: 871-1173, 1202-1214)

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 72 spraw ustalono, że we wszystkich skontrolowanych 72 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 bądź zawodowe, terminowe wizyty lekarskie, itp. Na czas trwania postępowania ma również weryfikacja formalnych uprawnień do skorzystania z rehabilitacji leczniczej.

Dla zbadanych 72 ww. spraw średni okres od wpływu wniosku do rozpoczęcia turnusu wynosił 113 dni. Najdłuższe, najkrótsze oraz średni okres dla czterech typów ww. spraw prezentowały się kolejno:

- a) dla osób, które nie pobierały z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany: od 58 dni do 297 dni, średnio: 151 dni;
- b) dla osób, które pobierały zasiłki chorobowe związane ze schorzeniami, na które miały być rehabilitowane: od 38 dni do 305 dni, średnio 97 dni;
- c) dla osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne: od 61 dni do 126 dni, średnio 86 dni;
- d) dla osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy: od 69 dni do 158 dni, średnio 119 dni.

Średnia liczba dni od emisji skierowania do rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego wyniosła 73 dni. Najdłuższe i najkrótsze oraz średnie okresy dla poszczególnych spraw prezentowały się następująco:

¹⁸ Na podstawie zarządzenia nr 67 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 22 października 2019 r. w sprawie wprowadzenia „Polityki antykorupcyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”.

¹⁹ Na podstawie zarządzenia nr 27 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 24 kwietnia 2018 r. w sprawie wprowadzenia zasad unikania konfliktu interesów.

²⁰ Na podstawie zarządzenia nr 32 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 24 maja 2019 r. w sprawie wprowadzenia „Kodeksu etyki pracownika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”.

²¹ 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.

- a) osoby nie pobierające świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowane: od 13 dni do 256 dni, średnio 108 dni;
- b) osoby pobierające zasiłki chorobowe związane ze schorzeniami, na które miały być rehabilitowane: od 3 dni do 272 dni, średnio 53 dni;
- c) osoby pobierające świadczenie rehabilitacyjne: od 28 dni do 91, średnio 47 dni;
- d) osoby pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy: od 26 dni do 123 dni, średnio 82 dni.

(akta kontroli str. 871-1173, 1202-1214)

2.3. W wyniku analizy ww. 72 spraw ustalono, że:

- 61 spraw rozpatrzone zostało na podstawie wniosku o świadczenie, 10 podczas ustalania prawa do renty i jedna na podstawie wniosku lekarza prowadzącego;
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 12 276 do 8783, tj. o 28,5%;
- łączna kwota wypłaconych przez FUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 922,3 tys. zł do 593,0 tys. zł, tj. o 35,7%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 757,0 tys. zł do 826,0 tys. zł, tj. o 9,1%;
- w 45 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w 26 – bez zmiany, a w jednym przypadku pogorszenie;
- po upływie 1 roku od zakończenia rehabilitacji, nadal 32 osoby korzystały ze świadczeń FUS (tj 44,4%), natomiast 34 osoby (tj 47,2%) było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę bądź umów cywilnoprawnych lub prowadziło działalność gospodarczą, cztery osoby pozostawały bez pracy, jedna podjęła studia doktorackie, a jedna osoba przeszła na emeryturę.

W populacji 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierał z Zakładu żadnych świadczeń:

- wszystkie 18 spraw rozpatrzono na podstawie wniosku samego zainteresowanego/lekarza prowadzącego;
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 710 do 308, tj. o 56,6%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku po rehabilitacji spadła z 78,0 tys. zł do 32,0 tys. zł, tj. spadła o 58,9%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 451,0 tys. zł do 458,9 tys. zł, tj. o 1,8%;
- w 12 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w 6 – bez zmiany;
- 14 osób po upływie roku od zakończenia rehabilitacji było zatrudnione na podstawie umowy o pracę, jedna przeszła na emeryturę, jedna podjęła studia doktorackie, jedna rozpoczęła działalność gospodarczą i jedna przebywała na zasiłku chorobowym.

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

- 17 spraw rozpatrzone zostały na podstawie wniosków złożonych przez zainteresowanych, a jeden wniosek był złożony przez lekarza prowadzącego;
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacją spadła z 2018 do 1055, tj. o 47,7%;

- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji spadła z 168,5 tys. zł do 78,9 tys. zł, tj. o 51,7%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 182,8 tys. zł do 249,6 tys. zł, tj. o 36,5% (kwoty netto);
- w 9 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w 8 – bez zmiany, natomiast w 1 przypadku nastąpiło pogorszenie;
- po upływie 1 roku od dnia zakończenia rehabilitacji 9 osób podjęło zatrudnienie na podstawie umowy o pracę i dwie na umowę zlecenia, dwie prowadziły działalność gospodarczą natomiast pięć osób korzystało ze świadczenia rehabilitacyjnego.

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 zainteresowanego;
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu przed i po rehabilitacji zmalała z 3893 do 2132, tj. o 45,2%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 319,0 tys. zł do 167,5 tys. zł, tj. o 47,5%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 85,3 tys. zł do 103,7 tys. zł, tj. o 21,6%;
- w 13 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w pięciu – bez zmiany;
- po upływie roku od zakończenia rehabilitacji siedem osób było zatrudnionych na umowie o pracę, dwie prowadziły działalność gospodarczą, ze świadczenia rehabilitacyjnego korzystało sześć osób, natomiast bez zatrudnienia pozostawały trzy osoby.

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

- 10 spraw rozpatrzonych zostało na podstawie wniosku lekarza orzecznika, pozostałe 8 spraw wszczęto na wniosek zainteresowanego;
- łączna liczba dni dla osób pobierających świadczenie w ciągu roku przed i po rehabilitacją zmalała z 5655 do 5288, tj. o 6,5%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 361,8 tys. zł do 314,6 tys. zł, tj. o 13,0%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji spadła z 37,9 tys. zł do 13,8 tys. zł, tj. o 63,6%;
- w 9 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w 9 – bez zmiany;
- po upływie roku od dnia zakończenia rehabilitacji, 15 osób przebywało na rencie okresowej, dwie osoby pozostawały bez zatrudnienia a jedna pracowała na umowie zlecenie.

(akta kontroli str.: 871-1173, 1202-1214)

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 18 spraw rozpatrzonych zostało na podstawie wniosku osoby zainteresowanej;
- łączna liczba dni na świadczeniu w ciągu roku przed datą wniosku i po jego dacie spadła z 4307 do 3930, tj. o 8,8%;
- łączna kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku przed datą wniosku i po jego dacie spadła z 287,9 tys. zł do 260,3 tys. zł, tj. o 9,6%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po dacie wniosku zmalała z 110,5 tys. zł do 77,4 tys. zł, tj. o 29,9%.
- w ciągu roku po odmowie rehabilitacji 13 osób pracowało, dwie prowadziły działalność gospodarczą, jedna osoba pozostawała bez pracy, natomiast dwie osoby pobierały rentę.

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

W trakcie kontroli uzyskano informacje u Dyrektora Oddziału i głównego lekarza orzecznika nt. rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, którzy stwierdzili m.in., że funkcjonujące profile rehabilitacji leczniczej zaspokajają potrzeby ubezpieczonych i w stopniu wystarczającym pomagają w powrocie na rynek pracy osobom zagrożonym powstaniem długotrwałej niezdolności do pracy lub pobierającym renty okresowe.

(akta kontroli str.: 96-106,235-246)

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. Oceniając skuteczność podejmowanych działań w ramach prewencji rentowej NIK odnotowała następujące pozytywne tendencje: w grupie 72 skontrolowanych spraw łączna liczba dni wśród osób, które pobierały świadczenie w okresie roku przed i po rehabilitacji zmalała o 28,4% (z 12276 do 8783 dni), kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji uległa zmniejszeniu o 35,7% (z 922,3 tys. zł do 593,0 tys. zł), kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w tym samym czasie wzrosła o 9,1% (z 757,0 tys. zł do 826,0 tys. zł).

Nadzór nad pracą lekarzy orzeczników i lekarzy – 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 przez lekarza orzecznika 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, dnia 1 października 2020 r.

Kontroler
Piotr Narel
Starszy inspektor k.p
/-/


.....
podpis

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

/-/
.....
podpis

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym
dokonał:

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


.....
podpis

