



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.008.02.2020

Pan
Tomasz Klaman
Dyrektor Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Słupsku
pl. Zwycięstwa 8
76-200 Słupsk

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 Słupsku, 76-200 Słupsk, Plac Zwycięstwa 8 (dalej: „Oddział”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Tomasz Klaman, Dyrektor Oddziału, na stanowisku od 1 grudnia 2016 r. (akta kontroli str. 16-17)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej, w tym warunki kadrowe i organizacyjne. 2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2018–2019. 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 Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	1. Alicja Szczepaniak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LGD/91/2020 z 1 czerwca 2020 r. 2. Ewa Gross, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/80/2020 z 27 maja 2020 r. oraz nr LGD/138/2020 z 1 września 2020 r. (akta kontroli str. 1-4, 501)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Rehabilitacja lecznicza osób zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy realizowana przez Oddział była skuteczna w większości objętych kontrolą przypadków. Efektem jej był m.in. spadek (w badanej próbie 62 spraw³) o 29% liczby dni wykorzystanych na świadczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (dalej: „ZUS”)⁴, poprawa stanu funkcjonalnego po zakończeniu rehabilitacji u 60% klientów⁵ oraz pozostawanie w zatrudnieniu 48 osób (77%)⁶. Ponadto w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji wypłacono niższe o 29% świadczenia⁷ niż w ciągu roku przed jej zakończeniem i odprowadzone zostały większe o 8% składki na ubezpieczenie społeczne⁸.

Niemniej jednak jedynie 20 osób⁹ spośród objętych badaniem 62 (32%) nie pobierało w rok po odbytej rehabilitacji żadnych świadczeń ZUS, zaś 24 osoby pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub rentę okresową w badanej próbie, pomimo odbytej rehabilitacji przebywało w dalszym ciągu na świadczeniu rehabilitacyjnym lub rencie (w większości przypadków świadczenia te były ich kontynuacją lub rozpoczęły się w trakcie rehabilitacji).

Dla prawidłowej realizacji tych zadań, Oddział zatrudniał lekarzy orzeczników oraz konsultantów. Lekarzy tych zatrudniano zgodnie z obowiązującymi przepisami i uregulowaniami wewnętrznymi ZUS. Lekarze spełniali wymogi rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy¹⁰ (dalej: „rozporządzenie o orzekaniu”), tj. byli specjalistami oraz odbyli przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS¹¹. Zatrudnieni lekarze orzecznicy i konsultanci mieli możliwość stałego podnoszenia swoich kwalifikacji. Jednak obsada etatów była w całym okresie niższa od planowanej (w 2018 r. o 2%, a w 2019 r. niedobór wyniósł nawet 37%), podczas gdy nastąpił wzrost o 22% liczby orzeczeń ogółem. Tym samym wywiązywanie się Oddziału z realizacji zadań w zakresie orzecznictwa było utrudnione z uwagi na fakt, że na jednego lekarza orzecznika przypadało coraz więcej spraw (o 19% w badanym okresie), a czas poświęcony na wydawanie orzeczeń (w tym dot. rehabilitacji leczniczej) został znacznie skrócony. W tym czasie nastąpił dwukrotny wzrost

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

³ Z tego: 18 spraw, w których osoby skierowane nie pobierały z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadkościami, na które miały być rehabilitowane; 18 spraw, w których osoby skierowane pobierały zasiłki chorobowe związane z przypadkościami, na które miał być rehabilitowany lub też pewna część zasiłków była z nimi związana 18 spraw, w których osoby skierowane pobierały świadczenie rehabilitacyjne; 8 spraw (100%), w których osoby skierowane pobierały rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

⁴ Wprawdzie u osób, które nie pobierały z ZUS żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadkościami, na które mieli być kierowani w okresie roku od zakończenia rehabilitacji (w stosunku do roku ją poprzedzającego) wzrosła o 423% (z 2,2 do 11,5 dni na osobę), to jednak spadła o 42% u osób pobierających zasiłki chorobowe związane z przypadkościami, na które mieli być rehabilitowani, spadła o 19% u osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne i spadła o 22% dla osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

⁵ I wynosiła ona dla poszczególnych grup osób wymienionych w ww. przypisie odpowiednio: 78% poprawa, 22% brak zmiany; 61% poprawa, 39% brak zmiany; 44% poprawa, 56% brak zmiany; 50% poprawa, 50% brak zmiany.

⁶ Mierzone po roku od zakończenia rehabilitacji i dla poszczególnych grup wymienionych w ww. przypisie były to odpowiednio: 17 osób (94%); 14 osób (78%); 11 osób (61%) i 6 osób (75%).

⁷ Zaś w poszczególnych grupach wymienionych w ww. przypisie odnotowano odpowiednio: wzrost o 13%, spadek o 40%, spadek o 28% i spadek o 12%.

⁸ Które w ww. grupach odpowiednio: wzrosły o 2%, wzrosły o 21%, spadły o 3% i wzrosły o 36%.

⁹ I w poszczególnych grupach wynosiła odpowiednio: 15, 2, 3 i 0.

¹⁰ Dz. U. z 2004 r. Nr 273, poz. 2711, ze zm.

¹¹ § 11 ust. 1 rozporządzenia o orzekaniu.

(z 8 do 16) zarzutów wadliwości orzeczeń, a także wzrost przychylenia się do tych zarzutów (z 75% do 88% zmian tych orzeczeń). Wydawanie orzeczeń o potrzebie rehabilitacji było zgodne z przepisami wynikającymi z §§ od 2 do 5 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne¹² (dalej: „rozporządzenie o rehabilitacji”).

Losowy, zgodny z procedurami wewnętrznymi ZUS, przydział spraw do lekarzy orzeczników, sprawił, że w 87% przypadków, orzeczenia wydali lekarze o specjalizacji niezgodnej z ocenianą jednostką chorobową.

Wnioski o rehabilitację rozpatrzono terminowo i zgodnie z procedurami ZUS. Jednakże 49 wnioskodawców z 62 (79% badanych), pomimo iż wczesność rehabilitacji jest jednym z elementów jej skuteczności, rozpoczęło ją w czasie powyżej 30 dni od daty zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację. Wynikało to głównie z braku miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych (przydzielanych centralnie) i dotyczyło 80% spośród 49 ww. spraw, zaś w pozostałych przypadkach spowodowane było to przede wszystkim – zgodną z Procedurą 9.1 – realizacją próśb pacjentów o kierowanie na turnusy rehabilitacyjne w podawanych przez nich terminach, bądź do wybranych przez nich ośrodków rehabilitacyjnych.

We wszystkich sprawach, w których lekarze orzecznicy uznali brak potrzeby rehabilitacji postępowanie było zgodne z obowiązującymi w ZUS procedurami.

Działalność informacyjno-promocyjna Oddziału nt. rehabilitacji leczniczej była nieznaczna, lecz odpowiednio ukierunkowana.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej¹³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

a) Oddział zatrudniał w latach objętych kontrolą po 14 lekarzy¹⁴ w komórkach orzecznictwa lekarskiego, w tym po 12 lekarzy orzeczników. Planowana liczba etatów orzeczników wyniosła w latach 2018-2019 8 i 12,6, a zrealizowana odpowiednio 7,83 i 7,98, tj. odpowiednio 0,17 i 4,62 etatu nie były obsadzone.

W Oddziale nie funkcjonowała komisja lekarska.

(akta kontroli str. 14, 76-80 i 374)

W badanym okresie odbyły się dwa konkursy na lekarzy orzeczników (po jednym w badanych latach), które dotyczyły odpowiednio: jednego i 2,95 etatów. Do każdego konkursu przystąpiła jedna osoba. W ich wyniku zatrudniono dwóch lekarzy¹⁵ (po jednym po każdym konkursie), co w opinii Dyrektora można było uznać za udaną rekrutację.

(akta kontroli str. 19 i 372)

Wg Dyrektora obsada kadrowa była wystarczająca, o czym świadczy zachowanie terminowości wykonanych zadań. Oddział ogłaszał rekrutację ze względu na

¹² Dz. U. z 2019 r. poz. 277.

¹³ 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.

¹⁴ W tym Główny Lekarz Orzecznik („GLO”) i Zastępca Głównego Lekarza Orzecznika.

¹⁵ Jeden zatrudniony w 2020 r.

strukturę wieku zatrudnionych lekarzy, aby wyeliminować potencjalne zagrożenie wydłużenia czasu wydawania orzeczeń i tym samym wypłaty należnych świadczeń.

(akta kontroli str. 372)

Konkursy na lekarzy orzeczników przeprowadzono w badanych latach zgodnie z art. 74a-74g ustawy o z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2020 poz. 266, ze zm.)¹⁶, tj. m.in.: konkursy miały charakter otwarty, ogłoszenia o naborze zamieszczano w Biuletynie Informacji Publicznej, terminy do składania dokumentów były dłuższe niż 14 dni od dnia publikacji, upowszechniono listy kandydatów, którzy spełnili wymogi formalne, sporządzono protokoły prowadzonego naboru.

(akta kontroli str. 20-75)

Określając priorytety w zakresie specjalizacji lekarzy, Dyrektor kierował się wymogami § 11 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia o orzekaniu.

(akta kontroli str. 20-22)

Nabór pracowników do Oddziału na wolne stanowiska odbywał się na podstawie Instrukcji - nabór pracownika, będącej załącznikiem nr 3 do Procedury: 13.1 Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników, wprowadzonej Zarządzeniem Nr 56 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r.

(akta kontroli str. 20-22)

We wrześniu 2019 r. Dyrektor Oddziału otrzymał informację z Departamentu Spraw Pracowniczych Centrali ZUS, że w celu sprawnego wydawania orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji, została podjęta decyzja o przyznaniu dodatkowych pięciu etatów dla lekarzy orzecznictwa lekarskiego. W związku z tym Prezes ZUS podjęła decyzję o zwiększeniu od 1 września 2019 r. planu zatrudnienia Oddziału na 2019 r. o 4,6 etatu z przeznaczeniem na zatrudnienie lekarzy orzeczników. Pozostałe etaty, tj. 0,40 etatu, poleciła uzupełnić z zasobów będących w dyspozycji Oddziału.

(akta kontroli str. 77-78)

Określając normy w zakresie obciążenia lekarzy pracą, Oddział kierował się wytycznymi, zawartymi w piśmie Naczelnego Lekarza Zakładu¹⁷. Czas na rozpatrzenie przez lekarza orzecznika wniosku o wydanie orzeczenia został określony na: 20 minut – w sprawach, w których orzeczenie ma zostać wydane na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej i 40 minut – dla spraw wymagających bezpośredniego badania.

(akta kontroli str. 373)

Zgodnie z poleceniem Naczelnego Lekarza ZUS z 18 września 2019 r., w związku z nagłym wpływem do ZUS wniosków o świadczenie uzupełniające, wprowadzono czasowe skrócenie czasu na rozpatrzenie wniosku o wydanie orzeczenia/opinii (odpowiednio 15 i 30 minut).

W zakresie obciążenia lekarzy pracą nie przekroczone przyjętych norm.

(akta kontroli str. 372)

¹⁶ Dalej: „ustawa o sus”.

¹⁷ Pismo z dnia 17 lutego 2011 r.

W badanym okresie niemal wszystkie orzeczenia (od 99,63% do 100,0% kwartalnie, przy standardzie 95% w 2018 r. i 90% w 2019 r.) były wydawane w terminie standardowym ZUS (do 45 dni).

(akta kontroli str. 375 i 472)

Jednym ze standardów jakościowych ZUS w badanym okresie był wskaźnik zmienionych orzeczeń lekarzy orzeczników (standard: mniejsze lub równe 2,00%). Dla poszczególnych kwartałów wskaźnik ten wyniósł od 0,35% do 2,03% (IV kw. 2018 r.). Dla wydanych orzeczeń o rehabilitacji leczniczej wskaźniki te wyniosły 0 i 1% (złożono po 39 sprzeciwów a uznano 8 i 11).

(akta kontroli str. 375, 498)

Liczba wydanych orzeczeń ogółem w latach 2018-2019 wyniosła 14.940 i 18.175 (wzrost o 22%). Średnia liczba wydanych orzeczeń na etat wyniosła odpowiednio 1.908 i 2.278 w roku (wzrost o 19%).

Liczba wydanych orzeczeń o rehabilitacji leczniczej wyniosła 1.881 i 1.832 (spadek o ok. 3%). Były one wydawane na wniosek lekarza leczącego (41% i 46% orzeczeń w roku)¹⁸, w związku z ustalaniem okoliczności uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego (38% i 42% orzeczeń w roku)¹⁹ oraz w związku z ustalaniem niezdolności do pracy do celów rentowych (3% orzeczeń). Zmniejszeniu uległa natomiast liczba (z 347 do 166)²⁰ wydanych orzeczeń o rehabilitacji leczniczej w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich (z 18% do 9% orzeczeń o rehabilitacji). Odnośnie do spadku orzeczeń o potrzebie rehabilitacji wydanych w związku z kontrolą prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że wynikało to głównie ze znacznego wzrostu zadań związanych z wydawaniem orzeczeń przez lekarzy orzeczników na potrzeby ustalenia prawa do świadczenia uzupełniającego wprowadzonego ustawą o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji z dnia 31 lipca 2019 r. (Dz.U. poz. 1622). Wobec tej sytuacji, aby zoptymalizować realizowane przez lekarzy orzeczników zadania dotyczące obszaru zasiłków, wnioski o kontrolę orzekania kierowane były w szczególności w sprawach, w których istniało duże prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka wypłaty świadczenia nienależnego.

(akta kontroli str. 497, 502-505)

W badanym okresie nastąpił dwukrotny wzrost (z 8 do 16) zarzutów wadliwości orzeczeń o rehabilitacji leczniczej oraz wzrost liczby zmienianych orzeczeń (z sześciu do 14). Uznano odpowiednio 75% i 88% zmian tych orzeczeń.

Zarzuty wadliwości złożone w 24 sprawach, uznano w 20 sprawach (odpowiednio: sześć i 14). Przyczynami zmian orzeczeń było:

- 1) określenie braku lub celowości rehabilitacji w odniesieniu do spraw, gdzie lekarz orzecznik wydał orzeczenie o potrzebie rehabilitacji: w 13 sprawach (odpowiednio: pięć i osiem);
- 2) zmiany trybu odbywania rehabilitacji: w czterech sprawach (tylko w 2019 r.);
- 3) błędne określenie profilu rehabilitacji: w trzech sprawach (odpowiednio jedna i dwie).

(akta kontroli str. 497, 502-505)

¹⁸ W 2017 r. 33%

¹⁹ W 2017 r. 33%.

²⁰ W 2017 r. 704 orzeczenia

Odnosząc się do przypadków zmiany orzeczeń z przyczyn merytorycznych (dot. braku celowości rehabilitacji) Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że zgłoszono je m.in. w sprawach dotyczących klientów, którzy wcześniej wielokrotnie korzystali z rehabilitacji – uzyskując poprawę stanu funkcjonalnego, bądź istniały przeciwwskazania medyczne do poddania się rehabilitacji leczniczej. Dyrektor dodał, że GLO przeprowadza kontrolę/analizę dokumentacji, która stanowi podstawę wydania orzeczenia w odniesieniu do 100% wydawanych orzeczeń, mimo że uregulowania wewnętrzne wymagają kontroli 60% spraw. Stąd niewielki odsetek zmian orzeczeń (0,23% w 2018 r. i 0,49% w 2019 r. wydanych orzeczeń w sprawie celowości rehabilitacji), mała liczba sprzeciwów oraz znacząca liczba sprzeciwów rozpatrzona negatywnie.

(akta kontroli str. 503-505)

Średni miesięczny poziom wynagrodzeń lekarzy orzeczników wyniósł na etat 8,6 tys. zł w 2018 r. i 11,6 tys. zł w 2019 r.

(akta kontroli str. 80)

W opinii Dyrektora, do 2019 r. poziom wynagrodzeń nie był atrakcyjny, a jego wysokość była niższa niż np. wysokość wynagrodzenia lekarza zatrudnionego w placówce podstawowej opieki zdrowotnej. Wysokość wynagrodzeń lekarzy orzeczników wzrosła w 2019 r., ale trudno ocenić, czy zapewnia warunki dla stabilnego i trwałego zatrudnienia, ponieważ nie jest ono konkurencyjne.

(akta kontroli str. 374)

W 2018 r. zwolnił się jeden lekarz i nie przyjęto nowego, a w 2019 r. – nie zwolnił się żaden lekarz, a zatrudniono jednego. Średni wiek lekarzy na koniec 2018 r. i 2019 r. wyniósł 63 lata. Wynagrodzenie z tytułu umowy o dzieło dla konsultantów w badanym okresie wyniosło odpowiednio (średniomiesięcznie na osobę): dla psychologów 0,2 tys. zł i 0,2 tys. zł, dla pozostałych konsultantów 0,8 tys. zł i 1,0 tys. zł.

(akta kontroli str. 82-83)

Lekarz orzecznik, który zwolnił się z pracy, był lekarzem emerytem i odszedł z powodu pogarszającego się stanu zdrowia.

(akta kontroli str. 374)

b) Liczba konsultantów (lekarze i psychologowie), z którymi Oddział współpracował w latach 2018-2019 wyniosła łącznie 20 i 28 (18 lekarzy i dwóch psychologów w 2018 r. oraz 26 i 2 w 2019 r.), z tego po 12 konsultantów rocznie współpracowało na podstawie umowy o dzieło.

(akta kontroli str. 84)

Konsultanci wybierani byli w ramach wewnętrznej procedury, ustalonej przez Głównego Lekarza Orzecznika. Zgodnie z procedurą powoływana była Komisja negocjacyjna zatwierdzana przez Dyrektora Oddziału, która po sprawdzeniu wymogów formalnych i przeprowadzeniu negocjacji dotyczących wysokości stawki za wydanie opinii jednostkowej zatwierdzała kandydatów.

(akta kontroli str. 273-283 i 304-307)

Dyrektor uzyskał od Prezesa ZUS stawki za poszczególne usługi konsultantów (pismo z 31 maja 2016 r. i pismo z 12 sierpnia 2019 r.).

(akta kontroli str. 274-276)

W umowach z konsultantami, zawieranych wg jednego wzoru, wpisano stawki wynikające z pism Prezesa. Komisja odnotowała po negocjacjach z konsultantami,

że próby obniżenia proponowanych przez lekarzy stawek skutkowałyby rezygnacją lekarza ze świadczenia usług i wydawania opinii dla potrzeb ZUS.

(akta kontroli str. 277-283 i 310)

Oddział współpracował w 2018 r. z dwoma podmiotami świadczącymi usługi w zakresie wykonywania badań dodatkowych lub obserwacji. W 2019 r. Oddział nie zlecał dodatkowych badań ani obserwacji szpitalnych.

(akta kontroli str. 284-303)

Wyboru tych podmiotów dokonano w oparciu o Procedurę dotyczącą udzielania zamówień publicznych o wartości nieprzekraczającej 5.000 euro (netto), zawartą w Zasadach dokonywania zakupów w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Powołana przez Głównego Lekarza Orzecznika Komisja dokonała wyboru podmiotów w oparciu o kryteria: ocenę badań diagnostycznych, termin realizacji badań, usytuowanie placówki medycznej.

(akta kontroli str. 284-303)

Konsultanci wydali średnio 1755 opinii w 2018 r. i 2398 w 2019 r., co oznacza wzrost o 37%.

(akta kontroli str. 84)

Średnie roczne wynagrodzenie konsultantów na umowach o dzieło wyniosło w 2018 r. 4,2 tys. zł dla psychologów i 10,3 tys. zł dla lekarzy, a w 2019 r. odpowiednio: 2,9 tys. zł i 12,3 tys. zł.

Średnie roczne wynagrodzenie konsultantów prowadzących działalność gospodarczą wyniosło dla lekarzy 23,4 tys. zł w 2018 r. i 18,0 tys. zł w 2019 r., a dla psychologów 3,6 tys. zł w 2019 r. (w 2018 nie podejmowano współpracy z psychologami prowadzącymi działalność gospodarczą).

(akta kontroli str. 81)

Oddział nie zatrudniał co najmniej po dwóch lekarzy konsultantów tej samej specjalizacji w każdym z badanych lat, mimo, że taki obowiązek wynikał z Procedury 9.1 Wydawanie orzeczeń. Analiza wykazała, że dotyczyło to w 2018 r.: neurologii i onkologii, a w obu okresach: laryngologii, gastroenterologii, kardiologii, pulmonologii, chorób wewnętrznych, nefrologii, reumatologii.

Dyrektor wyjaśnił, że realizacja tego zapisu była w praktyce bardzo trudna, a czasem nawet niemożliwa do wykonania, ponieważ bardzo często potencjalni kandydaci na konsultantów w tym zakresie – nie są zainteresowani podejmowaniem współpracy z ZUS. Przyczyną takiej sytuacji jest przeważnie chęć unikania przez konsultantów roszczeniowych sytuacji ze strony klientów. Poza tym – zgodnie z Procedurą: 9.1 Wydawanie orzeczeń – „konsultacja nie może zostać zlecona do wykonania 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 dla osoby zainteresowanej”. Wymienione założenia stanowią znaczące utrudnienie w podejmowaniu współpracy z lekarzami-konsultantami w tak małym mieście jak Słupsk – w sytuacji, gdy ogólnie brakuje lekarzy specjalistów w regionie. Pod tym względem trudno porównywać Słupsk z dużymi aglomeracjami. Jeśli tylko byłaby taka możliwość, aby podjąć współpracę z co najmniej dwoma konsultantami Zakładu posiadającymi tę samą specjalizację – to na pewno Oddział by z tego skorzystał.

(akta kontroli str. 368-370)

c) W ZUS obowiązywał Program szkolenia dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich zatwierdzony przez Prezesa ZUS. Program ten określał zakres, organizację oraz sposób udokumentowania odbycia obowiązkowego szkolenia przez lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskich. Naczelny lekarz ZUS oraz Dyrektor Spraw Pracowniczych zatwierdzili i przekazali do wdrożenia przez Oddziały Program szkolenia tej grupy pracowników. Lekarzom orzecznikom dedykowano 11 Modułów dot.: zasad orzekania, roli badań profilaktycznych, rehabilitacji leczniczej i rehabilitacji zawodowej.

W latach 2018-2019 lekarze uczestniczyli w szkoleniach przygotowanych przez Centralę ZUS w formie e-learningu (szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników – jeden lekarz²¹ i szkolenia doskonalące – jeden lekarz), kursów medycznych – jeden lekarz i szkoleń w siedzibie Centrali ZUS (szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników – jeden lekarz).

Lekarze w badanym okresie uczestniczyli w 16 szkoleniach: dwa organizowane przez Centralę ZUS, dwa przez Oddział i 14 przez inne jednostki (m.in. konferencje naukowe, kongresy). Łącznie z Oddziału przeszkolono w nich 27 uczestników (spośród zatrudnionych lekarzy). Najczęstszym tytułem szkoleń był „ICF - podstawy do orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy.” – 4 spotkania szkoleniowe.

(akta kontroli str. 377-380)

d) W okresie objętym kontrolą Oddział, w ramach bieżącej działalności prowadził działalność informacyjno-promocyjną w zakresie ubezpieczeń społecznych. W zakresie rehabilitacji leczniczej uczestniczył w czterech zadaniach inicjowanych przez Centralę ZUS (prelekcje: pt. „Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS” i „Rehabilitacja dla pracujących emerytów”; promocja: „Lekcje w ZUS” pt. „Co Ci się należy, kiedy płacisz składki?”, przekazywanie informacji poradniom neurologicznym nt. pilotażowego programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego). Wskazane działania zorganizowano bezkosztowo, w ramach bieżącej działalności Oddziału.

(akta kontroli str. 314-315)

Dyrektor wyjaśnił, że za komunikację medialną odpowiada Rzecznik Prasowy Zakładu i Centrum Komunikacji Medialnej, w skład którego wchodzi Regionalni Rzecznicy Prasowi. Oddział ściśle współpracował z Regionalnym Rzecznikiem Prasowym przygotowując dane statystyczne i udzielając wsparcia merytorycznego. Eksperti z Oddziału występowali w mediach i brali udział w działalności informacyjno-promocyjnej.

(akta kontroli str. 473)

e) Na koszty Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji zaplanowano: 663,9 tys. zł w 2017 r., 667,4 tys. zł w 2018 r. i 828,1 tys. zł w 2019 r. (przyrost o 25%)

Wykonanie kosztów Wydziału wyniosło odpowiednio: 641,5 tys. zł, 593,8 tys. zł i 698,4 tys. zł (rzeczywisty przyrost o 9%). Plan wykonano w 97%, 89% i 84%.

(akta kontroli str. 497-499)

W strukturze kosztów Wydziału były: zakup usług zdrowotnych na rzecz osób ubiegających się o świadczenia rentowe (wydawanie opinii specjalistycznych)

²¹ Jeden lekarz zatrudniony w grudniu 2019 r. odbył szkolenie w 2020 r.

i konsultacje specjalistyczne (dotyczy umów o dzieło zawieranych z lekarzami i psychologami prowadzącymi działalność gospodarczą, badania dodatkowe zlecane przez lekarzy orzeczników), świadczenia wypłacane lekarzom i psychologom za przeprowadzane badania i wydawane opinie i zwrot kosztów przejazdu wzywanych na badania lekarskie.

(akta kontroli str. 497-499)

W latach 2018-2019 koszty świadczeń wypłacanych lekarzom i psychologom za przeprowadzane badania i wydawane opinie wykonane były na poziomie 60% i 79% w stosunku do planu. Pozostałe kategorie kosztowe w 2018 r. wykonano w 100%, natomiast w 2019 r. zakup usług zdrowotnych na rzecz osób ubiegających się o świadczenia rentowe – w 85%, a zwrot kosztów przejazdu wzywanych na badania lekarskie – w 86%.

Niska realizacja planu tej grupy wydatków wynikała głównie z niezawarcia umów ze wszystkimi lekarzami z lat poprzednich oraz ze znacznie niższej niż się Oddział spodziewał liczby wniosków o świadczenia uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (79% przewidywanego wpływu wniosków).

Niewykonanie planu wydatków nie miało wpływu na wykonanie przewidzianych zadań – standardy określone wskaźnikami terminowości i jakości zostały przez Oddział osiągnięte.

(akta kontroli str. 472)

Koszty wynagrodzeń zatrudnionych lekarzy i pracowników Wydziału w latach 2017-2019 wzrosły o 40 % i wyniosły 1 677,1 tys. zł, 1 732,3 tys. zł i 2 340,4 tys. zł.

(akta kontroli str. 497-499)

f) W latach 2018-2019 ZUS Departament Prewencji i Rehabilitacji przeprowadził w Oddziale jedną kontrolę. Dotyczyła ona prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej i rozpatrywaniem wniosków o świadczenia zdrowotne. W wyniku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości (sprawozdanie z 8 marca 2018 r.).

W badanym okresie odnotowano dwie skargi na lekarzy orzeczników w sprawach prewencji i rehabilitacji. Obie (jedna z 2018 r. i jedna z 2019 r.) dot. sposobu przeprowadzenia badania. W obu przypadkach Wydział Organizacji i Analiz poprosił Głównego Lekarza Orzecznika o zajęcie stanowiska. Po pobraniu wyjaśnień od lekarzy, na których wniesiono skargę, Oddział udzielił odpowiedzi, iż skargi uznaje za niezasadne, gdyż z dokumentacji wynikało, że lekarze przeprowadzili właściwe badania, a komisje lekarskie Oddziału podtrzymały orzeczenia lekarzy orzeczników.

(akta kontroli str. 252-277)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

Obsada etatów lekarzy orzeczników była w całym badanym okresie niższa od planowanej (w 2018 r. o 2%, a w 2019 r. niedobór wyniósł nawet 37%), podczas gdy nastąpił wzrost o 22% liczby orzeczeń ogółem. Tym samym wywiązywanie się Oddziału z realizacji zadań w zakresie orzecznictwa było utrudnione z uwagi na fakt, że na jednego lekarza orzecznika przypadło coraz więcej spraw (o 19% w badanym okresie), a czas poświęcony na wydawanie orzeczeń (w tym dot. rehabilitacji leczniczej) został znacznie skrócony. Nastąpił dwukrotny wzrost (z do 16) zarzutów wadliwości orzeczeń, a także wzrost przychylenia się do tych zarzutów (z 75% do 88% zmian tych orzeczeń).

Mimo niedoborów kadrowych, Oddział zdołał wykonać bieżące zadania. Kadrę lekarzy orzeczników w Oddziale można uznać za stabilną, choć stale prowadzone były nabory lekarzy specjalistów. Lekarzy tych zatrudniano zgodnie z obowiązującymi przepisami i uregulowaniami wewnętrznymi. Wszyscy spełniali wymogi ustawowe, jakim podlegają lekarze orzecznicy. Lekarze podnosili kwalifikacje zawodowe w toku szkoleń organizowanych przez Centralę ZUS, Oddział oraz podmioty zewnętrzne. Działalność informacyjno-promocyjna Oddziału była nieznacząca, lecz odpowiednio ukierunkowana.

OBSZAR

2. Prawdliwość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

Opis stanu faktycznego

2.1 Badanie prawdziwości wydawania orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej przeprowadzono na podstawie 70 losowo wybranych spraw, których wnioski wpłynęły i zostały rozpatrzone w 2018 r., z tego 62 spraw²², w których wydano pozytywne orzeczenia, a osoba rozpoczęła i zakończyła turnus rehabilitacyjny w 2018 r. oraz 8 spraw²³, w których orzeciono o braku potrzeby rehabilitacji, tj. lekarz orzecznik uznał ją za niecelową, bowiem osoba nie rokowała odzyskania zdolności do pracy.

(akta kontroli str. 311-326)

Stwierdzono, że wydawanie orzeczeń w Oddziale w ww. sprawach odbywało się zgodnie z przepisami § 2-5 rozporządzenia ws. rehabilitacji oraz na podstawie Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń²⁴. I tak:

- przydzielenie spraw przez GLO albo jego zastępcę, do lekarzy orzeczników (dalej: „LO”) odbywało się poprzez losowanie w aplikacji Wspomaganie Orzecznictwa (dalej: „WO”), a w przypadku przydzielenia tych spraw do wybranego LO (miało to miejsce w trzech sprawach), GLO lub jego zastępca sporządzali uzasadnienie;
- dokonując ustaleń orzecznicych we wszystkich sprawach odniesiono się do potrzeby lub braku potrzeby rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej prowadzonej przez Zakład, zaś w uzasadnieniu opinii lekarskiej wskazywano profil rehabilitacji oraz podawano z powodu upośledzenia których funkcji organizmu celowa była rehabilitacja;
- we wszystkich sprawach orzeczenia lekarskie sporządzane były w dwóch egzemplarzach, z których jeden doręczano, zamieszczana była informacja o przysługujących środkach odwoławczych;
- we wszystkich przypadkach GLO lub jego zastępca przeprowadzał analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii lekarskiej i potwierdzał fakt akceptacji na egzemplarzu znajdującym się w aktach sprawy lub w WO,
- w żadnej sprawie nie wniesiono sprzeciwu od decyzji kierującej na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, jak też Prezes ZUS nie zgłosił zarzutu wadliwości orzeczenia.

²² Z tego: 18 spraw, w których osoby skierowane nie pobierały z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadkościami, na które miały być rehabilitowane; 18 spraw, w których osoby skierowane pobierały zasiłki chorobowe związane z przypadkościami, na które miał być rehabilitowany lub też pewna część zasiłków była z nimi związana 18 spraw, w których osoby skierowane pobierały świadczenie rehabilitacyjne; 8 spraw (100%), w których osoby skierowane pobierały rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

²³ tj. 100% takich spraw,

²⁴ Procedura wprowadzona zarządzeniem nr 39 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r.

Nie stwierdzono wystąpienia przypadków budzących wątpliwości w zakresie zapewnienia równego dostępu do rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str. 327-339)

2.2 Ustalono, że kierowanie na rehabilitację w Oddziale we wszystkich przypadkach (sprawy dobrane w sposób opisany w punkcie 2.1.) odbywało się zgodnie z przepisami § 2-5 rozporządzenia o rehabilitacji oraz na podstawie Procedury do procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej²⁵. I tak:

- zachowany był 8-dniowy termin obsługi wniosku o rehabilitację;
- prawidłowo przechowywano dokumentację dotyczącą rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej (w teczce PRL), zaś dokumentację zawierającą dane o stanie zdrowia (w teczce MED);
- bezpośrednio po badaniu ustalano z ubezpieczonym termin i miejsce rehabilitacji;
- dokumentację medyczną ubezpieczonego przesyłano do ośrodka rehabilitacyjnego w wymaganym terminie, tj. nie wcześniej niż na dwa tygodnie i nie później niż na 10 dni przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego;
- w przypadku wniosków, które wpłynęły po 24 czerwca 2018 r., rejestracja wniosku o rehabilitację i założenie sprawy, nastąpiła nie później niż w następnym dniu roboczym, a po 14 dniach od daty doręczenia orzeczenia zarezerwowano miejsce, sporządzono „Zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację” i przesłano osobie uprawnionej;
- nie stwierdzono przypadków uchylania się osób skierowanych na rehabilitację.

(akta kontroli str. 340-361)

2.3. Analizą w zakresie skuteczności rehabilitacji objęto dobrane w sposób celowy 62 sprawy opisane w punkcie 2.1.²⁶, w których wydano pozytywne orzeczenia, a osoba rozpoczęła i zakończyła turnus rehabilitacyjny w 2018 r. Badania wykazały, że:

- wszystkie wnioski złożone były przez lekarza prowadzącego (na wniosek samego zainteresowanego);
- w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji na świadczenia ZUS wykorzystano łącznie 9.919 dni (średnio na osobę przypadało 160 dni), a w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji na świadczenia ZUS wykorzystano 7.051 dni (średnio 114 dni), spadek wyniósł 29%,
- ZUS w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji wypłacił świadczenia w wysokości 665,6 tys. zł (średnio na osobę przypadało 10,7 tys. zł), natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji świadczenia w wysokości 475,2 tys. zł (średnio 7,7 tys. zł), spadek wynosił 29%,
- w ciągu roku przed rozpoczęciem rehabilitacji ww. wnioskodawcy wpłacili z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe kwotę w wysokości 539,3 tys. zł (średnio 8,7 tys. zł), natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji kwotę w wysokości 581,8 tys. zł (średnio 9,3 tys. zł), wzrost o 8%,
- w 54 sprawach (87%) orzeczenie zostało wydane przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia i nie były zlecane w tych przypadkach badania dodatkowe,
- według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji u 37 osób (60%) po odbytej rehabilitacji odnotowano poprawę, u 25 osób (40%) – brak zmiany; nie było przypadków pogorszenia stanu funkcjonalnego,

²⁵ Procedura wprowadzona zarządzeniem Prezesa ZUS nr 41 z dnia 31 marca 2017 r. ze zmianami.

²⁶ 3,5% wydanych w 2018 r. orzeczeń o potrzebie rehabilitacji

- po roku od daty zakończenia rehabilitacji 48 osób (77%) było zatrudnionych lub prowadziło działalność gospodarczą, cztery osoby (6,5%) były na emeryturze²⁷, sześć osób (10%) przebywało na rencie okresowej, cztery osoby (6,5%) na świadczeniu rehabilitacyjnym,
- po roku od daty zakończenia rehabilitacji 42 osoby (68%) pobierały z ZUS jakiegokolwiek świadczenie, z tego 26 osób (62%) na to samo schorzenie, na które było rehabilitowane,
- spośród 24 osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne i/lub rentę okresową w rok po odbyciu rehabilitacji w 19 przypadkach świadczenia te były ich kontynuacją (lub rozpoczęły się w trakcie rehabilitacji), a w pięciu sprawach świadczenia przyznano po zakończeniu rehabilitacji, przy czym w trzech na to samo schorzenie, na które osoby były rehabilitowane,
- spośród ośmiu osób, które pobierały rentę socjalną przed rehabilitacją, sześć z nich mimo jej odbycia, nadal pobierały rentę okresową po zakończeniu rehabilitacji,
- we wszystkich sprawach lekarz orzecznik stwierdził potrzebę rehabilitacji w odniesieniu do osób uprawnionych rokujących poprawę lub odzyskanie zdolności do pracy po jej przeprowadzeniu.

(akta kontroli str. 314-326, 506-517)

W poszczególnych grupach ww. zjawiska kształtowały się następująco:

a) W grupie 18 osób, które nie pobierały z ZUS żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które mieli być kierowani: na świadczeniach ZUS (z innych przyczyn), w ciągu roku przed skierowaniem na rehabilitację, przebywały cztery osoby; na świadczenia wykorzystano 40 dni (średnio 2,2 dnia), a w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji na świadczenia ZUS wykorzystano 207 dni (średnio 11,5 dnia na osobę), wzrost o 417%. U 14 osób (78%) odnotowano po odbytej rehabilitacji poprawę stanu funkcjonalnego, u czterech zanotowano brak zmiany tego stanu (22%). Po roku od daty zakończenia rehabilitacji zatrudnionych było 17 osób (94%) i jedna osoba była na emeryturze (6%). W okresie roku od zakończenia rehabilitacji trzy osoby pobierały jakiegokolwiek świadczenie z ZUS, z tego jedna na to samo schorzenie, na które była rehabilitowana. Orzeczenie lekarskie w 15 przypadkach (83%) nie zostało wydane przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia, w żadnym przypadku nie zlecono dodatkowych badań. ZUS w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji wypłacił świadczenia w wysokości 3,1 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji świadczenia w wysokości 3,5 tys. zł (wzrost o 13%). W ciągu roku przed rozpoczęciem rehabilitacji ww. osoby wpłaciły z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe kwotę w wysokości 279,5 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji kwotę w wysokości 284,1 tys. zł (wzrost o 2%).

b) W grupie 18 osób pobierających zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani (lub pewna część zasiłków była z nimi związana): na świadczeniach ZUS (zasiłki chorobowe), w ciągu roku przed skierowaniem na rehabilitację, przebywały wszystkie osoby; na świadczenia wykorzystano 2.772 dni (średnio 154 dni), a w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji na świadczenia ZUS wykorzystano 1.176 dni (średnio 65 dni), spadek o 42%. U 11 osób (61%) odnotowano po odbytej rehabilitacji poprawę stanu funkcjonalnego, u siedmiu zanotowano brak zmiany tego stanu (39%). Po roku od daty zakończenia rehabilitacji zatrudnionych lub prowadzących działalność gospodarczą było 14 osób (78%), trzy osoby pobierały świadczenie rehabilitacyjne (17%) i jedna osoba była na

²⁷ Jednakże w momencie skierowania na rehabilitację nie pobierały emerytury

rencie okresowej (5%), osoba ta po zakończeniu rehabilitacji nie powróciła do pracy (opinia lekarska po zakończeniu rehabilitacji – bez zmiany stanu funkcjonalnego). W okresie roku od zakończenia rehabilitacji 16 osób pobierało jakiegokolwiek świadczenie z ZUS, z tego 11 na to samo schorzenie, na które było rehabilitowanych. Sześć osób pobierało świadczenie rehabilitacyjne i/lub rentę okresową, z czego w jednym przypadku było ono kontynuacją świadczeń przyznanych przed rehabilitacją lub w jej trakcie. Orzeczenie lekarskie w 16 przypadkach (89%) nie zostało wydane przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia, w żadnym przypadku nie zlecono dodatkowych badań. ZUS w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji wypłacił świadczenia w wysokości 214,9 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji świadczenia w wysokości 129,1 tys. zł (spadek o 40%). W ciągu roku przed rozpoczęciem rehabilitacji ww. osoby wpłaciły z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe kwotę w wysokości 135,1 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji kwotę w wysokości 163,1 tys. zł (wzrost o 21%).

c) W grupie 18 osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne: na świadczeniach ZUS, w ciągu roku przed skierowaniem na rehabilitację, przebywało 15 osób; na świadczenia wykorzystano 4.187 dni (średnio 233 dni), a w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji na świadczenia ZUS wykorzystano 3.379 dni (średnio 188 dni), spadek o 19%. U ośmiu osób (44%) odnotowano po odbytej rehabilitacji poprawę stanu funkcjonalnego, u 10 zanotowano brak zmiany tego stanu (56%). Po roku od daty zakończenia rehabilitacji zatrudnionych lub prowadzących działalność gospodarczą było 11 osób (61%), trzy osoby były na emeryturze (17%), jedna osoba pobierała świadczenie rehabilitacyjne (5%) i trzy osoby były na rencie okresowej (17%), osoby te po zakończeniu rehabilitacji nie powróciły do pracy (opinia lekarska po zakończeniu rehabilitacji – bez zmiany stanu funkcjonalnego w dwóch przypadkach i poprawa w jednym, świadczenia w rok po rehabilitacji na inne schorzenie, niż na które był rehabilitowany. W okresie roku od zakończenia rehabilitacji 15 osób pobierało jakiegokolwiek świadczenie z ZUS, z tego dziewięć na to samo schorzenie, na które było rehabilitowanych. 10 osób pobierało świadczenie rehabilitacyjne i/lub rentę okresową, wszystkie były kontynuacją świadczeń przyznanych przed rehabilitacją lub w jej trakcie. Orzeczenie lekarskie w 16 przypadkach (89%) nie zostało wydane przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia, w żadnym przypadku nie zlecono dodatkowych badań. ZUS w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji wypłacił świadczenia w wysokości 329,8 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji świadczenia w wysokości 238,6 tys. zł (spadek o 28%). W ciągu roku przed rozpoczęciem rehabilitacji ww. osoby wpłaciły z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe kwotę w wysokości 89,4 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji kwotę w wysokości 86,9 tys. zł (spadek o 3%).

d) W grupie ośmiu osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy: w ciągu roku przed skierowaniem na rehabilitację, na świadczenia wykorzystano 2.920 dni (średnio 365 dni), a w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji na świadczenia ZUS wykorzystano 2.289 (średnio 286 dni), spadek o 22%. U czterech osób (50%) odnotowano po odbytej rehabilitacji poprawę stanu funkcjonalnego, a u czterech zanotowano brak zmiany tego stanu (50%). Po roku od daty zakończenia rehabilitacji zatrudnionych lub prowadzących działalność gospodarczą i jednocześnie pobierających rentę było sześć osób (75%), dwie były na rencie okresowej i/lub świadczeniu uzupełniającym (25%), osoby te po zakończeniu rehabilitacji nie powróciły do pracy (opinia lekarska po zakończeniu rehabilitacji – bez zmiany stanu funkcjonalnego w jednym przypadku i poprawa w jednym, świadczenia w rok po rehabilitacji na to samo schorzenie, na które była

rehabilitowana). W okresie roku od zakończenia rehabilitacji wszystkie ww. osoby kontynuowały pobieranie świadczeń z ZUS (rent okresowych), z tego cztery na to samo schorzenie, na które były rehabilitowane. Orzeczenie lekarskie w siedmiu przypadkach (88%) nie zostało wydane przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia, w żadnym przypadku nie zlecono dodatkowych badań. ZUS w ciągu roku przed zakończeniem rehabilitacji wypłacił świadczenia w wysokości 117,7 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji świadczenia w wysokości 103,9 tys. zł (spadek o 12%). W ciągu roku przed rozpoczęciem rehabilitacji ww. osoby wpłaciły z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe kwotę w wysokości 35,2 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji kwotę w wysokości 47,8 tys. zł (wzrost o 36%).

(akta kontroli str. 314-326, 506-517)

Odnosnie celowości kierowania na rehabilitację osób w wieku tuż przed emeryturą (które pobierały/przeszły na emeryturę w rok po zakończeniu rehabilitacji) Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że wiek jest jednym z wielu, ale nie jedynym elementem, który lekarz orzecznik uwzględnia wydając orzeczenie w sprawie potrzeby rehabilitacji leczniczej. Oprócz wieku – lekarz orzecznik bierze pod uwagę również zawód, wykonywane czynności oraz warunki pracy. Te elementy były analizowane przez lekarza orzecznika łącznie z charakterem oraz przebiegiem procesów chorobowych i ich wpływem na stan czynnościowy organizmu oraz ze stopniem przystosowania organizmu do ubytków anatomicznych, a także naruszenia sprawności organizmu w wyniku choroby. Wskazał również, że wiek wskazujący na uzyskanie prawa do emerytury nie wyklucza danej osoby z możliwości korzystania z rehabilitacji leczniczej, jak też nie jest równoznaczny z tym, że dana osoba wraz z nabyciem prawa do emerytury zrezygnuje z pracy i „przejdzie” na emeryturę. Dodał, że jeśli nawet klient pobiera emeryturę i jednocześnie podlega ubezpieczeniom społecznym, np. z tytułu zatrudnienia – to spełnia warunki formalne do korzystania z rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str. 506-508)

Odnosnie do skuteczności rehabilitacji leczniczej (rozumianej jako odsetek osób, które w rok po zakończeniu rehabilitacji nie korzystały ze świadczeń ZUS) na poziomie 32% Dyrektor Oddziału wyjaśnił m.in., że niejednokrotnie istnieje potrzeba orzekania dalszych świadczeń, bowiem nie można w 100% przewidzieć jak będzie przebiegała rehabilitacja, a na schorzenia będące powodem rehabilitacji często nakładają się nowe schorzenia, które stają się powodem renty okresowej. Dodał również, że klienci pobierają świadczenia po zakończonej rehabilitacji, bowiem decyzje je przyznające są dłuższe od daty zakończenia turnusu. Wskazał, że znaczne naruszenie sprawności organizmu, wobec którego istnieje ostrożniejsze rokowanie co do poprawy stanu zdrowia, jest szansą na poprawę stanu funkcjonalnego.

(akta kontroli str. 362-363)

Dyrektor wyjaśnił również, że osoby, które pobierają świadczenie rehabilitacyjne lub rentę z tytułu niezdolności do pracy „przed rehabilitacją i po rehabilitacji” – przeważnie mają za sobą dłuższy okres chorobowy. Poprawa stanu funkcjonalnego w takich przypadkach poprzez rehabilitację – nie jest łatwym zadaniem, ponieważ zmiany chorobowe są często mocno zaawansowane. Lekarze nie są w stanie w 100% przewidzieć jak długo będzie przebiegała rehabilitacja, której czas trwania w znacznej mierze zależy od indywidualnego podejścia i zaangażowania klienta. Dlatego proces „powrotu do zdrowia” nie jest równoznaczny z jednorazowym pobyciem w ośrodku rehabilitacyjnym. Natomiast rehabilitacja lecznicza stanowi

ważną część w drodze prowadzącej do odzyskania zdolności do pracy lub minimalizowania zagrożenia utraty zdolności do pracy.

(akta kontroli str. 506-508)

Odnosnie do wydawania orzeczeń przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia, Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że Zgodnie z Procedurą: 9.1 GLO albo jego zastępca, a w przypadku ich nieobecności naczelnik OLP albo jego zastępca wykonuje w WO losowanie spraw do lekarzy orzeczników w dniu, w którym ma być przeprowadzone badanie. W związku z tym – sprawa jest przydzielona lekarzowi orzecznikowi losowo. Wiąże się to z tym, że sprawy są rozpatrywane niezależnie od posiadanej specjalności przez lekarzy orzeczników. Wskazał, że istotną kwestią w tym zakresie jest fakt, że lekarz orzecznik musi być specjalistą (w szczególności w zakresie następujących dziedzin medycyny: chorób wewnętrznych, chirurgii, neurologii, psychiatrii, medycyny pracy, medycyny społecznej) i musi odbyć przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS²⁸. GLO albo jego zastępca decyduje (zgodnie z Procedurą: 9.1 Wydawanie orzeczeń) o przeprowadzeniu badania przez konsultanta Oddziału, jak też, np. o uzupełnieniu dokumentacji o wyniki badań dodatkowych lub obserwacji szpitalnej, bądź pozyskaniu dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia. Poza tym, w przypadku odroczenia wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika w celu uzupełnienia dokumentacji – może zostać podjęta, m.in. decyzja o wydaniu opinii specjalistycznej przez konsultanta Oddziału. W związku z tym, w przypadku takiej potrzeby – klient kierowany jest na badanie do lekarza konsultanta. W przypadku spraw, które zostały objęte badaniem – nie istniała potrzeba przeprowadzenia badania przez konsultanta. Dokumentacja medyczna przedstawiona przez wnioskodawców analizowanych spraw – pozwoliła na to, aby lekarz orzecznik mógł – poprzez bezpośrednie badanie klienta lub rozpatrzenie sprawy w trybie zaocznym – podjąć decyzję w danym przypadku co do celowości rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej.

(akta kontroli str. 367-371)

W odniesieniu do spraw, w których lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji, gdyż uznał ją za niecelową, bowiem osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokowała odzyskania zdolności do pracy²⁹ (zbadano osiem spraw, tj. 100%) ustalono, że: w ciągu roku przed datą odmowy skierowania, na świadczenia wykorzystano 2.357 dni (średnio 295 dni), a w ciągu roku po odmowie skierowania na świadczenia ZUS wykorzystano 2.555 (średnio 319 dni), wzrost o 8%. Po roku od daty odmowy skierowania zatrudnionych było trzy osoby (38%), dwie były na emeryturze (24%) i trzy na rencie okresowej (38%), z czego jedna przeszła na emeryturę, a dwie rok po odmowie nie powróciły do pracy. ZUS w ciągu roku przed odmową skierowania wypłacił świadczenia w wysokości 117,7 tys. zł, natomiast w ciągu roku po odmowie świadczenia w wysokości 150,0 tys. zł (wzrost o 27%). W ciągu roku przed odmową rozpoczęciem rehabilitacji ww. osoby wpłaciły z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe kwotę w wysokości 35,2 tys. zł, natomiast w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji kwotę w wysokości 47,8 tys. zł (wzrost o 36%).

(akta kontroli str. 506-517)

Odnosząc się do faktu kontynuowania zatrudnienia, mimo uznania przez lekarza orzecznika rehabilitacji za niecelową z powodu braku rokowań co do odzyskania zdolności do pracy przez trzy spośród 8 ww. osób Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że zmiany u nich były utrwalone, a stan ich zaawansowania nie rokował poprawy stanu

²⁸ § 11 ust. 1 rozporządzenia o orzekaniu.

²⁹ Gdyż osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokowała odzyskania zdolności do pracy.

funkcjonalnego po rehabilitacji. Dodatkowo – w jednym z tych trzech przypadków – osoba badana z uwagi na stan zdrowia potrzebowała pomocy osób drugich do poruszania się, jak też od wielu lat pozostaje całkowicie niezdolna do pracy i ma przyznaną rentę socjalną. Ponadto z dokumentacji ww. spraw wynika, że osoby te miały wyższe wykształcenie, wykonywały pracę umysłową, a zmiany chorobowe nie kolidowały z jej wykonywaniem.

(akta kontroli str. 506-508)

2.4. W badanych 62 sprawach okres kierowania na rehabilitację leczniczą wynosił:

a) liczony od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą do jej rozpoczęcia: średnio dla badanej próby: 96 dni (13,7 tygodnia), najdłuższy: 203 dni, najkrótszy: 44 dni; zaś dla poszczególnych typów spraw³⁰ odpowiednio: dla spraw dot. osób, które nie pobierały świadczeń z ZUS średnio: 104 dni, najdłużej: 203, najkrócej: 57 dni; dla spraw dot. osób, które przebywały na zasiłkach chorobowych średnio: 79 dni, najdłużej: 122 dni, najkrócej: 45 dni, dla spraw dot. osób, które pobierały świadczenie rehabilitacyjne średnio: 98 dni, najdłużej: 163 dni, najkrócej: 44 dni; dla spraw dot. osób, które przebywały na rencie okresowej średnio: 110 dni, najdłużej: 140 dni, najkrócej: 66 dni. W poszczególnych sprawach czas ten wynosił: do 60 dni – w ośmiu sprawach, od 61 do 90 dni – w 21 sprawach, od 91 do 120 dni – w 22 sprawach i powyżej 121 dni – w 11 sprawach;

b) liczony od daty emisji/wydania skierowania na rehabilitację do jej rozpoczęcia: średnio dla badanej próby: 61 dni (8,7 tygodnia), najdłuższy: 134, najkrótszy: jeden dzień, zaś dla poszczególnych typów spraw odpowiednio: dla spraw dot. osób, które nie pobierały świadczeń z ZUS średnio: 69 dni, najdłużej: 162 dni, najkrócej: osiem dni, dla spraw dot. osób, które przebywały na zasiłkach chorobowych średnio: 45 dni, najdłużej: 72 dni, najkrócej: jeden dzień, dla spraw dot. osób, które pobierały świadczenie rehabilitacyjne średnio: 61 dni, najdłużej: 113 dni, najkrócej: osiem dni; dla spraw dot. osób, które przebywały na rencie okresowej średnio: 78 dni, najdłużej: 134 dni, najkrócej: 28 dni. W poszczególnych sprawach czas ten wynosił: do 30 dni – w 13 sprawach, od 31 do 90 dni – w 37 sprawach, od 91 do 162 dni – w 12 sprawach.

Analiza przyczyn rozpoczynania rehabilitacji w 49 sprawach w okresie ponad jednego miesiąca od emisji skierowania wykazała, że:

- w 39 sprawach (80%) ww. okres oczekiwania wynoszący od 31 do ponad 121 dni spowodowany był brakiem wolnych miejsc w ośrodkach (w tych przypadkach pracownik ZUS na bieżąco sprawdzał dostępność);
- w dziewięciu sprawach (18%) wynikał on z ustalonego z wnioskodawcą terminu i/lub próśb o przełożenie rozpoczęcia terminu,
- w jednym przypadku (2%) zachodziła konieczność zapewnienia świadczeń ZUS w trakcie pobytu na rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str. 314-326)

Dyrektor Oddziału dodatkowo wyjaśnił, że miejsca w ośrodkach rehabilitacyjnych przydzielane są centralnie przy użyciu aplikacji Wspomaganie prewencji według harmonogramu turnusów, które wynikają z zawartych umów o świadczenie usług rehabilitacyjnych. Ilość dostępnych miejsc w ramach określonych turnusów w danym okresie nie zależy bezpośrednio od Oddziału. Dodał jednak, że – na ile to możliwe – Oddział podejmuje działania w celu skrócenia oczekiwania na miejsca w ośrodku,

³⁰ Patrz przypis 19.

w tym przykładowo zabiega o pozyskanie zwolnionych wcześniej miejsc na skutek rezygnacji klientów z udziału w turnusie.

(akta kontroli str. 364-365)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Oddział prowadził postępowania w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej zgodnie z przepisami §§ 2 do 5 rozporządzenia o rehabilitacji. Badania spraw dotyczących przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej wykazały, że dla osób zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy była ona skuteczna. Efektem jej był m.in. spadek (w badanej próbie 62 spraw) o 29%³¹ liczby dni wykorzystanych na świadczenia ZUS, poprawa stanu funkcjonalnego u 60% klientów³² oraz pozostawanie w zatrudnieniu 48 osób (77%)³³. Ponadto w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji wypłacono niższe o 29% świadczenia³⁴ niż w ciągu roku przed jej zakończeniem i odprowadzono większe o 8% składki na ubezpieczenie społeczne³⁵. Niemniej jednak jedynie 20 osób³⁶ spośród objętych badaniem (32%) nie pobierało w rok po odbytej rehabilitacji żadnych świadczeń ZUS, zaś spośród 24 osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne lub rentę okresową w badanej próbie, pomimo odbytej rehabilitacji przebywało w dalszym ciągu na świadczeniu rehabilitacyjnym lub rencie (w większości przypadków świadczenia te były ich kontynuacją lub rozpoczęły się w trakcie rehabilitacji).

Wydawanie orzeczeń o potrzebie rehabilitacji było zgodne z przepisami Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń. Losowy, zgodny w wymaganiach ww. Procedury, przydział spraw do LO spowodował, że w 54 przypadkach (87%) orzeczenia wydali lekarze o specjalizacji niezgodnej z ocenianą jednostką chorobową.

Postępowania, przy rozpatrywaniu wniosków i kierowaniu na rehabilitację, prowadzone były terminowo i zgodnie z Procedurą do procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej.

Niemniej jednak stwierdzono, że pomimo, iż wczesność rehabilitacji jest jednym z elementów jej skuteczności, wnioskodawcy oczekiwali w niektórych przypadkach nawet do 203 dni, licząc od momentu przedłożenia wniosku, bądź emisji skierowania na rehabilitację do jej rozpoczęcia. Przyczyną oczekiwania na rehabilitację powyżej 30 dni, przez 49 osób (80%), był w większości spraw (39, tj. 80%) brak miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych (przydzielanych centralnie).

Postępowanie we wszystkich sprawach, w których LO uznali brak potrzeby rehabilitacji, było zgodne z obowiązującymi w Oddziale procedurami.

³¹ W okresie roku od zakończenia rehabilitacji (w stosunku do roku ją poprzedzającego) wynosiła 207 dni (średnio 11,5 dnia) u osób, które nie pobierały z ZUS żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które mieli być kierowani, spadła o 42% u osób pobierających zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które mieli być rehabilitowani, spadła o 19% u osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne i spadła o 22% dla osób rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

³² I wynosiła ona dla poszczególnych grup osób wymienionych w przypisie 3 odpowiednio: 78% poprawa, 22% brak zmiany; 61% poprawa, 39% brak zmiany; 44% poprawa, 56% brak zmiany; 50% poprawa, 50% brak zmiany.

³³ Mierzone po roku od zakończenia rehabilitacji i dla poszczególnych grup wymienionych w przypisie 3 były to odpowiednio: 17 osób (94%); 14 osób (78%); 11 osób (61%) i 6 osób (75%).

³⁴ Zaś w poszczególnych grupach wymienionych w przypisie 3 odnotowano odpowiednio: wzrost o 13%, spadek o 40%, spadek o 28% i spadek o 12%.

³⁵ Które w ww. grupach odpowiednio: wzrosły o 2%, wzrosły o 21%, spadły o 3% i wzrosły o 36%.

³⁶ I w poszczególnych grupach wynosiła odpowiednio: 15, 2, 3 i 0.

IV. Uwagi i wnioski

W związku z nie stwierdzeniem 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 dyrektora Delegatury NIK w Gdańsku. 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.

Gdańsk, 29 września 2020 r.

Kontrolerzy
Alicja Szczepaniak
Doradca ekonomiczny



.....
podpis

p.o. WICEDYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku


Rafał Matekarek

.....
podpis

Ewa Gross
Główny specjalista kontroli
państwowej


.....
podpis



