



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA.410.008.01.2020

Marek Paczusi
p.o. Dyrektora
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Siedlcach
ul. Browarna 12, 08-110 Siedlce

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 Siedlcach, ul. Browarna 12, 08-110 Siedlce ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Paczuski, p.o. Dyrektora Oddziału, od 1 grudnia 2019 r. W okresie od 1 grudnia 2016 r. do 30 listopada 2019 r. Dyrektor Oddziału.
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 zostały 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 ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie
Kontroler	Marcin Mirończuk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/80/2020 z 27 maja 2020 r. i nr LWA/150/2020 z dnia 16 września 2020 r. (akta kontroli str. 1-7, 606)

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Realizowany przez Oddział ZUS program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany do osób zagrożonych utratą zdolności do pracy, ale rokujących jej odzyskanie nie był w pełni i jednakowo skuteczny wobec objętych badaniem 72 ubezpieczonych skierowanych na rehabilitację⁴. Analiza wysokości odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne, kwot świadczeń wypłaconych osobom ubezpieczonym z tytułu niezdolności do pracy⁵ oraz liczba dni ich pobierania w ciągu roku, przed i po rehabilitacji wykazała:

- wzrost łącznej kwoty odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne o 14,5%,
- spadek o 1,7% liczby dni, za które wypłacono świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych⁶,
- spadek wysokości wypłaconych świadczeń z FUS o 37,8%.

Pomimo, że poprawę stanu funkcjonalnego organizmu rehabilitowanych stwierdzono u 49 osób (tj. 68,0% osób wybranych do badania), to w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji taka sama liczba osób otrzymywała świadczenia z FUS. Spośród 72 osób, które ukończyły rehabilitację, 35 osób (tj. 48,6%) wykonywało pracę zarobkową, siedem (9,7%) posiadało status bezrobotnego i nie było zgłoszonych do

¹ Dalej Oddział.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

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

⁴ Wg czterech grup osób uprawnionych wybranych do badania.

⁵ Zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne i renty okresowe z tytułu niezdolności do pracy.

⁶ Dalej FUS.

ubezpieczenia w ZUS, a 30 osób (41,6%) nie powróciło do pracy – pobierało rentę okresową lub emeryturę⁷. Ww. 35 osób (tj. 48,6% objętych kontrolą) było zatrudnionych na umowę o pracę, umowę zlecenia lub prowadziło działalność gospodarczą.

Stwierdzono, że rehabilitacja lecznicza nie była jednakowo skuteczna w odniesieniu do objętych badaniem grup osób uprawnionych.

W przypadku 18 osób skierowanych na rehabilitację, które wcześniej nie korzystały ze świadczeń FUS związanych ze zdiagnozowanym schorzeniem, po rehabilitacji ubezpieczeni nie pobierali świadczenia z tytułu niezdolności do pracy. Wszyscy rehabilitowani utrzymali się na rynku pracy w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji, przy czym jedna osoba pobierała jednocześnie emeryturę.

W grupie 18 osób, które w ciągu roku przed rehabilitacją pobierały zasiłki chorobowe, liczba dni za które wypłacono świadczenia z FUS po odbyciu rehabilitacji zmniejszyła się o 7,8%, a kwota wypłaconych świadczeń o 15,0%. Świadczenia nadal pobierało 13 osób (tj. 72,2%). W ciągu roku od zakończenia rehabilitacji 12 osób (tj. w 66,7%) powróciło do pracy, dwie osoby posiadały status bezrobotnego, a cztery osoby nie powróciły do pracy⁸.

W grupie 18 osób, które przed rehabilitacją pobierały świadczenie rehabilitacyjne, liczba dni, za które wypłacono świadczenia z FUS po odbyciu rehabilitacji zmniejszyła się o 2,6%, a kwota wypłaconych świadczeń wzrosła o 2%. W ciągu roku od zakończenia rehabilitacji świadczenia pobierały wszystkie osoby rehabilitowane. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne, w przypadku tych osób, uległa zmniejszeniu o 13%. Rentę okresową pobierało osiem osób (tj. 44,4%), do pracy powróciło pięć osób (tj. 27,7%), dwie osoby (tj. 11,1%) posiadały status bezrobotnego, a trzy (tj. 16,7%) nie miały tytułu do ubezpieczenia w ZUS.

W grupie 18 osób, które przed rehabilitacją pobierały rentę okresową, liczba dni, za które wypłacono świadczenia z FUS, po odbyciu rehabilitacji zwiększyła się o 1,1%, a kwota wypłaconych świadczeń zmniejszyła się o 90,3%. W ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji, 15 osób pobierało rentę (83,3%), a trzy osoby pobierały emeryturę (16,6%). Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne zwiększyła się o 12,6%. Do pracy nie powróciła żadna osoba.

Średni czas oczekiwania na rehabilitację – liczony od daty złożenia wniosku do daty rozpoczęcia rehabilitacji – wyniósł 145 dni (średni czas wydania orzeczenia – 37 dni, średni czas od wydania orzeczenia do emisji skierowania – 27 dni, a czas od emisji skierowania do rozpoczęcia turnusu, z powodu okoliczności niezależnych od Oddziału, wyniósł 79 dni). W ocenie NIK, długi czas oczekiwania na rehabilitację może wpłynąć negatywnie na stan zdrowia oczekujących oraz na efektywność rehabilitacji.

W latach 2018-2019 Oddział prawidłowo wykonywał zadania w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, pomimo realizacji tych zadań w warunkach niepełnej obsady kadrowej i wzrostu liczby składanych wniosków. Nabory kandydatów do zatrudnienia na stanowiskach lekarzy orzeczników były prowadzone zgodnie z art. 74a-74g ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁹ oraz z wewnętrznymi procedurami, jednakże zainteresowanie pracą na tych stanowiskach było niewielkie. Ustalone normy obciążenia lekarzy pracą były przestrzegane. Lekarze orzecznicy spełniali wymogi określone w § 11 ust 1 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy¹⁰. Lekarze orzecznicy

⁷ W ciągu roku od zakończenia rehabilitacji.

⁸ Po okresie pobierania zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego została im przyznana renta chorobowa.

⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 266, ze zm. Dalej ustawa o sus.

¹⁰ Dz. U. nr 273 poz. 2711, ze zm. Dalej rozporządzenie w sprawie orzekania.

zgodnie z rozporządzeniem 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 rehabilitacyjne¹¹ oraz zgodnie z wewnętrznymi procedurami wydawali orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji albo o potrzebie rehabilitacji. Główny lekarz orzecznik sprawując nadzór nad pracą lekarzy orzeczników dokonywał w miesiącu analizy ponad 60% wydanych w 2019 r. orzeczeń.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹² kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

Według stanu na koniec 2018 r. w Oddziale zatrudnionych było 12 lekarzy orzeczników na 7,25 etatu (plan zatrudnienia 7,75 etatu), a na koniec 2019 r. 14 lekarzy na 8,25 etatu (plan zatrudnienia 12,25 etatu). Zwiększenie planu zatrudnienia lekarzy orzeczników w 2019 r. wynikało z przyznania Oddziałowi od 1 września 2019 r. dodatkowo 4,5 etatu związanego z realizacją zadań wynikających z ustawy z 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji¹³. W okresie objętym kontrolą trzy osoby rozwiązały umowę o pracę z przyczyn osobistych oraz z powodu przejścia na emeryturę, a zatrudniono dwie osoby. P.o. Dyrektora Oddziału wyjaśnił, że oferty pracy w Oddziale spotykają się raczej z niewielkim zainteresowaniem ze strony lekarzy.

Oddział ogłosił siedem naborów (trzy w 2018 r. i cztery w 2019 r.) na stanowisko lekarza orzecznika o specjalizacji: choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria, ortopedia, medycyna rodzinna, medycyna pracy. W przypadku czterech konkursów nie zgłosił się żaden kandydat, w jednym kandydat zrezygnował w trakcie rekrutacji, a w wyniku dwóch konkursów zatrudniono dwóch lekarzy na 0,5 etatu każdy. Konkursy na stanowiska lekarzy orzeczników zostały przeprowadzone zgodnie z art. 74a-74g ustawy o sus oraz z wewnętrznymi procedurami.

(akta kontroli str. 20-88, 541,547)

Średni wiek lekarzy orzeczników wyniósł 57 lat, a poziom wynagrodzenia zasadniczego wyniósł: w 2018 r. – 8 663,45 zł, w 2019 r. – 9 961,21 zł. Wzrost wynagrodzeń wynikał z braków kadrowych i trudności w pozyskaniu pracowników pionu orzeczniczego (w tym lekarzy orzeczników).

Według p.o. Dyrektora Oddziału poziom wynagrodzeń lekarzy orzeczników Oddziału zapewniał warunki stabilnego i trwałego zatrudnienia. Według wyjaśnień p.o. Naczelnika Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji, pomimo niepełnej obsady lekarze orzecznicy realizowali swoje zadania prawidłowo.

(akta kontroli str. 14-19, 89-104, 542, 610)

W okresie objętym kontrolą wydano odpowiednio 18 093 i 21 910 orzeczeń, tj. średnio miesięcznie około 215 orzeczeń w 2018 r. i 221 w 2019 r. przez jednego lekarza orzecznika (1 etat). Orzeczenia odmowne wydano w 494 przypadkach w 2018 r. i 518 w 2019 r. Według norm¹⁴ ustalonych przez Centralę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych¹⁵ średnia miesięczna liczba orzeczeń przypadających na

¹¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 277, zwane dalej rozporządzeniem w sprawie rehabilitacji.

¹² 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.

¹³ Dz. U. z 2019 r. poz. 1622 ze zm.

¹⁴ Pismo Prezesa ZUS nr 991800/000339/2012/A z dnia 27 września 2012 r.

¹⁵ Dalej Centrala.

jeden etat lekarza orzecznika powinna wynosić nie mniej niż 181 orzeczeń. Określono również normy czasowe na rozpatrzenie sprawy przez lekarza orzecznika (1 etat) w przypadku badania bezpośredniego: 40 minut, a na zaoczne wydanie orzeczenia 20 minut (od 19 września 2017 r.); 30 minut i 15 minut (od 1 października 2019 r.) oraz 40 minut i 20 minut (od 14 kwietnia 2020 r.). Lekarze orzecznicy w latach 2018-2019 r. przestrzegali ww. norm. Wskaźnik terminowości wydawania orzeczeń lekarskich w Oddziale wyniósł: w 2018 r. – 99,53%, w 2019 r. – 97,22%. przy założeniach Centrali $\geq 95\%$. Ustalony przez Centralę wskaźnik błędnie wydanych orzeczeń ($\leq 2\%$) nie został przez Oddział przekroczony i kształtował się na poziomie 1,29% i 0,98%

(akta kontroli str. 14-15, 105-123, 128-151)

Oddział współpracował z 31 konsultantami (27 lekarzami specjalistami i czterema psychologami) w 2018 r. i 41 konsultantami (37 lekarzami specjalistami i czterema psychologami) w 2019 r., którzy wydali w tym okresie odpowiednio: 1 772 opinie (1 676 opinii wydanych przez lekarzy i 96 przez psychologów) i 2 358 opinii (2 260 opinii wydanych przez lekarzy i 98 przez psychologów). Koszty z tytułu wydania ww. opinii wyniosły ogółem: w 2018 r. – 265 800 zł (251 400 zł dla lekarzy i 14 400 zł dla psychologów), a w 2019 r. – 370 689 zł (355 989 zł dla lekarzy i 14 700 dla psychologów). Konsultanci spełniali wymogi określone w załączniku do Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń¹⁶.

(akta kontroli str. 152, 167-182, 542-543)

Oddział w latach 2018-2019 współpracował z jednym podmiotem w zakresie wykonywania dodatkowych badań lekarskich i diagnostycznych. Potrzeby w zakresie tych usług zostały określone na podstawie analizy badań prowadzonych w poprzednich latach. Wyboru ww. wykonawcy usług medycznych dokonano w trybie konkurencyjnym (zaproszenie do składania ofert¹⁷).

(akta kontroli str. 153-166, 543)

Badanie dokumentacji pracowniczej 10 lekarzy orzeczników zatrudnionych w Oddziale wykazało, iż spełniali oni wymogi określone w § 11 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania, tj. byli lekarzami o specjalizacjach wskazanych w pkt. 1 ww. rozporządzenia oraz odbyli przeszkolenie dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników (pkt 2 ww. rozporządzenia) i nie sporządzali, ani nie wydawali orzeczeń przed ukończeniem przeszkolenia.

(akta kontroli str. 183- 200)

Lekarze orzecznicy uczestniczyli w szkoleniach realizowanych przez Centralę ZUS jak i przez Oddział. Szkolenia dotyczyły m.in.: postępowań przed sądem w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych; choroby tarczycy w orzekaniu o niezdolności do pracy; postępowań z dokumentacją w ZUS; zasad orzekania o niezdolności do pracy oraz wdrożenia nowej formy rehabilitacji kompleksowej umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy. Szkolenia w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej zorganizowano w 2019 r., uczestniczyło w nich czterech lekarzy orzeczników (28,57% wszystkich lekarzy orzeczników).

W okresie objętym kontrolą żaden z lekarzy orzeczników nie podnosił swoich kwalifikacji zawodowych w zakresie uzyskania tytułu naukowego prof. n. med. lub stopnia naukowego dr/dr hab. n. med.

(akta kontroli str. 201-206)

P.o. Dyrektora Oddziału wyjaśnił, że szkolenia w zakresie rehabilitacji leczniczej dla lekarzy orzeczników organizuje Centrala ZUS. Ze względu na ograniczoną liczbę

¹⁶ Wprowadzona Zarządzeniem Nr 39 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń.

¹⁷ Zaproszenia skierowano do dwóch podmiotów: Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach i Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Siedlcach. Po analizie ofert umowę zawarto z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Siedlcach.

miejsc, w tym samym szkoleniu może uczestniczyć 1-2 lekarzy orzeczników z danego Oddziału. W 2018 r. nie otrzymano informacji o organizacji szkolenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, natomiast w 2019 r. zorganizowano dwa szkolenia. Podczas comiesięcznych wewnętrznych spotkań uczestnik szkolenia przekazuje zdobytą wiedzę innym lekarzom.

(akta kontroli str. 598)

W kontrolowanym okresie Oddział realizował działalność informacyjno-promocyjną dotyczącą, m.in. e-akt, e-Składek, konstytucji biznesu, e-ZLA, świadczeń uzupełniających dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji oraz rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego. Ponadto w ramach cyklicznych ogólnozakładowych inicjatyw realizował, m.in. Tydzień Przedsiębiorcy, Dni Ubezpieczonego, Dzień Osób z Niepełnosprawnością, Dzień Seniora.

Według p.o. Dyrektora Oddziału prowadzone działania były na tyle efektywne, że od lat obserwowany jest wzrost liczby wniosków o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej.

(akta kontroli str. 207-217, 545-546)

W 2018 r. koszty funkcjonowania Oddziału wyniosły 48 656 465,00 zł (97,80% planu)¹⁸, a w 2019 r. 56 004 535,00 zł (97,83% planu)¹⁹, w tym koszty Wydziału Orzecznictwa i Prewencji w 2018 r. – 487 725,00 zł (89,94% planu)²⁰ i w 2019 r. – 601 162,00 zł (84,22% planu)²¹. Koszty dotyczyły: zakupu usług zdrowotnych na rzecz osób ubiegających się o świadczenie rentowe w 2018 r. – 1 198,00 zł (79,86% planu)²² i w 2019 r. 235,00 zł (15,66% planu)²³, świadczeń wypłacanych lekarzom i psychologom za przeprowadzenie badania i wydawane opinie w 2018 r. – 265 800,00 (93,26% planu)²⁴ i w 2019 r. – 370 030,00 (91,01% planu)²⁵, zwrotu kosztów przejazdu wzywaniem na badanie lekarskie w 2018 r. – 220 727,00 zł (86,55% planu)²⁶ i w 2019 r. – 230 572,00 zł (75,61% planu)²⁷ oraz tłumaczeń w 2019 r. – 325,00 zł (42,48% planu)²⁸.

Wykonanie planu w zakresie zakupu usług zdrowotnych na rzecz osób ubiegających się o świadczenie rentowe na poziomie 235,00 zł²⁹ w roku 2019 spowodowane było zmniejszeniem zakupu badań diagnostycznych dla potrzeb orzecznictwa lekarskiego w sprawach świadczeń z ubezpieczeń społecznych. W wielu sprawach dokumentacja medyczna przedłożona przez klientów była wystarczająca do wydania orzeczenia (brak potrzeby jej uzupełniania o wyniki badań dodatkowych na zlecenie Głównego Lekarza Orzecznika, zastępcy czy lekarza orzecznika).

(akta kontroli str. 16, 218-232)

W latach 2018–2019 Centrala ZUS przeprowadziła kontrolę w zakresie prawidłowości i terminowości realizacji zadań związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej. W wyniku tej kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości. W ww. okresie nie wypłynęła żadna skarga związana z przedmiotem niniejszej kontroli NIK.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

¹⁸ 49 749 340 zł.

¹⁹ 57 241 746 zł.

²⁰ 542 265,00 zł.

²¹ 713 735,00 zł.

²² 1 500,00 zł.

²³ 1 500,00 zł.

²⁴ 285 000,00 zł.

²⁵ 406 545,00 zł. Wzrost wynagrodzeń wynikał z zawartego porozumienia z dnia 19 marca 2019 r. zawartego pomiędzy ZUS, a Zakładowymi Organizacjami Związkowymi.

²⁶ 255 000,00 zł.

²⁷ 304 925,00 zł.

²⁸ 765,00 zł.

²⁹ Zakup usług zdrowotnych na rzecz osób ubiegających się o świadczenie rentowe.

Oddział prawidłowo realizował zadania w zakresie prewencji rentowej, pomimo niepełnej obsady etatów na stanowiskach lekarzy orzeczników i wzrostu liczby składanych wniosków. Dyrektor Oddziału organizował nabory na stanowiska lekarzy orzeczników zgodnie z prawem, jednakże zainteresowanie pracą na tym stanowisku było niewielkie. Lekarze orzecznicy spełniali wymogi określone w § 11 rozporządzenia w sprawie orzekania, a także przestrzegali norm w zakresie czasu wydawania orzeczeń zarówno w przypadku badania bezpośredniego, jak i w trybie zaocznym.

2. Prawidłowość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

Szczegółową analizą objęto łącznie 90 losowo wybranych spraw z 2018 r., z tego: 18 spraw zakończonych orzeczeniem o braku potrzeby rehabilitacji oraz 72 sprawy zakończone orzeczeniem o potrzebie rehabilitacji (w tym po 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku: nie pobierał z ZUS żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z dolegliwościami przypadłymi, na które miał być rehabilitowany; pobierał zasiłki chorobowe; świadczenie rehabilitacyjne; rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.) Ww. orzeczenia zostały wydane zgodnie z rozporządzeniem w sprawie rehabilitacji oraz Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń³⁰. Sprawy były przydzielane lekarzom orzecznikom w sposób losowy³¹. Lekarze orzecznicy, wydając orzeczenia, odnosili się do wszystkich okoliczności wskazanych we wniosku o wydanie orzeczenia. W uzasadnieniach opinii lekarskiej zamieszczali szczegółowe informacje na temat spełnienia warunków do ustalenia uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego i celowości przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej. Kserokopie dokumentacji medycznej, która miała wpływ na ustalenia orzecznicze były poświadczane za zgodność z oryginałem.

(akta kontroli str. 248-427)

Na podstawie analizy 72 spośród ww. spraw stwierdzono, że kierowanie osób na rehabilitację leczniczą do ośrodków rehabilitacyjnych było zgodne z przepisami rozporządzenia w sprawie rehabilitacji oraz Procedurą do procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej³². Termin obsługi wniosków o rehabilitację nie przekraczał 8 dni³³. Dokumentację dotyczącą rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej przechowywano w teczce PRL³⁴, a dokumentację zawierającą dane o stanie zdrowia przechowywano w teczce MED³⁵. W sytuacji, gdy orzeczenia zostały wydane na wniosek lekarza leczącego i zainteresowany nie pobierał świadczeń z ZUS rezerwowano dostępne miejsce rehabilitacji. Jeżeli lekarz orzecznik sugerował miejsce rehabilitacji, to Oddział zgodnie ze wskazaniem takie miejsce rezerwował. Po potwierdzeniu prawa do rehabilitacji przesyłano dokumentację medyczną ubezpieczonego do ośrodka rehabilitacyjnego, nie wcześniej niż na dwa tygodnie i nie później niż na 10 dni przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego. Informacje o przebiegu rehabilitacji zabezpieczano w teczce MED. Nie wystąpiły przypadki, w których osoby uchylały się od rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str. 428-503)

³⁰ Wprowadzona Zarządzeniem Nr 39 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń.

³¹ Losowanie w aplikacji Wspomaganie Orzecznictwa (WO).

³² Wprowadzona Zarządzeniem Nr 40 Prezesa ZUS z dnia 25 czerwca 2018 r., zmieniającego zarządzenie Nr 41 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3 - Realizacja rehabilitacji leczniczej.

³³ Licząc od daty wpływu wniosku do Oddziału do daty emisji wniosku o wydanie orzeczenia o potrzebie rehabilitacji.

³⁴ Teczka na dokumentację dotyczącą rehabilitacji zakładana w aplikacji do obsługi obiegu teczek spraw (AIS).

³⁵ Teczka na dokumentację orzeczniczo-lekarską zakładana w AIS.

Dla zbadanych 72 spraw średni okres od wpływu wniosku do rozpoczęcia turnusu wynosił 145 dni. Dla poszczególnych typów spraw przedstawia się to następująco:

- w sprawach, w których ubezpieczony nie pobierał z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany, najkrótszy okres wynosił 97 dni, najdłuższy 239 dni, a średni 193,
- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany najkrótszy okres wynosił 56 dni, najdłuższy 234 dni, a średni 122,
- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał świadczenie rehabilitacyjne najkrótszy okres wynosił 41 dni, najdłuższy 197 dni, a średni 102,
- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy najkrótszy okres wynosił 85 dni, najdłuższy 223 dni, a średni 162.

Średnia liczba dni od złożenia wniosku o rehabilitację do wydania orzeczenia wyniosła 37. Dla poszczególnych kategorii przedstawia się to następująco:

- w sprawach, w których ubezpieczony nie pobierał z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany najkrótszy okres wynosił 38 dni, najdłuższy 57 dni, a średni 47,
- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany najkrótszy okres wynosił 21 dni, najdłuższy 50 dni, a średni 35,
- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał świadczenie rehabilitacyjne najkrótszy okres wynosił 15 dni, najdłuższy 55 dni, a średni 33,
- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy najkrótszy okres wynosił 21 dni, najdłuższy 79 dni, a średni 35.

Średnia liczba dni od emisji skierowania do rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego wyniosła 79. Według poszczególnych kategorii przedstawia się to następująco:

- w sprawach, w których ubezpieczony nie pobierał z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany najkrótszy okres wynosił 18 dni, najdłuższy 172 dni, a średni 107,
- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany najkrótszy okres wynosił 13 dni, najdłuższy 169 dni, a średni 62,
- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał świadczenie rehabilitacyjne najkrótszy okres wynosił 5 dni, najdłuższy 105 dni, a średni 41,
- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy najkrótszy okres wynosił 39 dni, najdłuższy 181 dni, a średni 107.

Średnia liczba dni od wydania orzeczenia do emisji wyniosła 27. Według poszczególnych kategorii spraw przedstawia się to następująco:

- w sprawach, w których ubezpieczony nie pobierał z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany najkrótszy okres wynosił 14 dni, najdłuższy 169 dni, a średni 39,
- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany najkrótszy okres wynosił 12 dni, najdłuższy 83 dni, a średni 24,
- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał świadczenie rehabilitacyjne najkrótszy okres wynosił 14 dni, najdłuższy 98 dni, a średni 28,

- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy najkrótszy okres wynosił 14 dni, najdłuższy 30 dni, a średni 19.

(akta kontroli str. 509-532)

Według wyjaśnień p.o. Naczelnika Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji przekroczenia terminów obsługi orzeczeń (od wydania orzeczenia do emisji), o których mowa w załączniku nr 3 – Instrukcja dotycząca kierowania na rehabilitację leczniczą Procedury do procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej wystąpiły, m.in. z powodu braku wolnych miejsc w sanatoriach o profilu NGL (narząd głosu); składania pism przez ubezpieczonych z prośbą o zmianę terminu rehabilitacji; zgubienia przez ubezpieczonego skierowania co wiązało się z wydaniem jego duplikatu (wygenerowanie emisji duplikatu spowodowało zmianę daty emisji skierowania);

(akta kontroli str. 607-609)

Średnia liczba dni od wpływu wniosku do zakończenia turnusu wynosiła 167. Według poszczególnych kategorii spraw przedstawia się to następująco:

- w sprawach, w których ubezpieczony nie pobierał z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany najkrótszy okres wynosił 119 dni, najdłuższy 266 dni, a średni 215,
- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał zasiłki chorobowe związane z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany najkrótszy okres wynosił 85 dni, najdłuższy 257 dni, a średni 146,
- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał świadczenie rehabilitacyjne najkrótszy okres wynosił 64 dni, najdłuższy 220 dni, a średni 124,
- w sprawach, w których ubezpieczony pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy najkrótszy okres wynosił 108 dni, najdłuższy 245 dni, a średni 183.

W wyniku analizy 72 spraw pod względem skuteczności rehabilitacji leczniczej dla osób zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy stwierdzono, że:

- spośród 18 osób, które w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację nie korzystały ze świadczeń w 17 przypadkach utrzymały się na rynku pracy po rehabilitacji, a jedna osoba była zleceniobiorcą oraz przebywała na emeryturze,
- spośród 18 osób, które przed złożeniem wniosku o rehabilitację pobierały zasiłki chorobowe w 12 przypadkach utrzymały się na rynku pracy po rehabilitacji, w 4 przypadkach pobierają zasiłek chorobowy, a dwie osoby były bezrobotne,
- spośród 18 osób, które przed złożeniem wniosku o rehabilitację pobierały świadczenie rehabilitacyjne w 5 przypadkach utrzymały się na rynku pracy po rehabilitacji, 8 osób pobierało rentę oraz 5 osób nie było zgłoszonych z żadnego tytułu w ZUS lub były osobami bezrobotnymi,
- spośród 18 osób, które przed złożeniem wniosku o rehabilitację pobierały rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy w 15 przypadkach pobierają rentę okresową, a w 3 przypadkach były na emeryturze.

Kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła 709,2 tys. zł, a w ciągu roku po rehabilitacji zmalała do 441,3 tys. zł, w tym:

- w 18 sprawach, w których ubezpieczony pobierał zasiłki chorobowe związane z przypadłościami kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła 176,2 tys. zł, a w ciągu roku po rehabilitacji zmalała do 149,7 tys. zł.,
- w 18 sprawach, w których ubezpieczony pobierał świadczenie rehabilitacyjne kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed rehabilitacją

wyniosła 260,0 tys. zł, a w ciągu roku po rehabilitacji wzrosła i wyniosła 265,2 tys. zł.,

- w 18 sprawach, w których ubezpieczony pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła 273,0 tys. zł, a w ciągu roku po rehabilitacji zmalała do 26,4 tys. zł.

Kwoty odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku przed rehabilitacją wynosiły 450,58 tys. zł, a na rentowe 116,93 tys. zł. Kwoty odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku po rehabilitacji wzrosły i wynosiły 515,90 tys. zł, a na rentowe 131,35 tys. zł, w tym:

- w 18 sprawach, w których ubezpieczony nie pobierał z Zakładu żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych z przypadłościami, na które miał być rehabilitowany kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku przed rehabilitacją wynosiła 289,04 tys. zł., a na rentowe 74,52 tys. zł. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku po rehabilitacji wzrosła do 350,14 tys. zł, a na rentowe do 90,31 tys. zł,
- w 18 sprawach, w których ubezpieczony pobierał zasiłki chorobowe związane z przypadłościami kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku przed rehabilitacją wynosiła 120,52 tys. zł., a na rentowe 30,69 tys. zł. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku po rehabilitacji wzrosła do 125,83 tys. zł, a na rentowe do 32,01 tys. zł.,
- w 18 sprawach, w których ubezpieczony pobierał świadczenie rehabilitacyjne kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku przed rehabilitacją wynosiła 24,49 tys. zł., a na rentowe 6,26 tys. zł. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku po rehabilitacji zmalała do 21,31 tys. zł, a na rentowe do 5,70 tys. zł.,
- w 18 sprawach w których ubezpieczony pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku przed rehabilitacją wynosiła 16,52 tys. zł., a na rentowe 5,45 tys. zł. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku po rehabilitacji wzrosła do 18,60 tys. zł, a na rentowe zmniejszyła się do 3,34 tys. zł.

Analiza ww. 72 spraw wykazała, że spośród:

- 18 osób, które w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację nie korzystały ze świadczeń w 15 przypadkach stwierdzono poprawę stanu funkcjonowania po rehabilitacji, a w trzech nie nastąpiła zmiana,
- 18 osób, które przed złożeniem wniosku o rehabilitację pobierały zasiłki chorobowe w 15 przypadkach stwierdzono poprawę stanu funkcjonowania po rehabilitacji, a w trzech nie nastąpiła zmiana,
- 18 osób, które przed złożeniem wniosku o rehabilitację pobierały świadczenie rehabilitacyjne w 11 przypadkach stwierdzono poprawę stanu funkcjonowania po rehabilitacji, a w siedmiu nie nastąpiła zmiana,
- 18 osób, które przed złożeniem wniosku o rehabilitację pobierały rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy w ośmiu przypadkach stwierdzono poprawę stanu funkcjonowania po rehabilitacji, w dziewięciu nie nastąpiła zmiana, a w jednym przypadku stwierdzono pogorszenie.

(akta kontroli str. 509-532)

W 18 sprawach, w których skierowano na rehabilitację leczniczą osoby pobierające rentę okresową, po rehabilitacji 16 osób pobierało rentę okresową, jedna osoba pobierała rentę stałą, a jedna była na emeryturze.

(akta kontroli str. 527-532)

W przypadku 18 spraw, w których lekarz orzecznik stwierdził brak celowości rehabilitacji wnioski zostały złożone przez osoby ubezpieczone, spośród których 14 osób nie pobierało świadczeń ZUS w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację³⁶. W ciągu roku po złożeniu wniosku o rehabilitację³⁷ przez ww. 18 osób 17 z nich nie korzystało ze świadczeń. Kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację dla 4 osób wyniosła 18,90 tys. zł, a w ciągu roku po złożeniu wniosku o rehabilitację dla jednej osoby wyniosła 2,29 tys. zł. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku przed złożeniem wniosku o rehabilitację wynosiła 167,56 tys. zł., a na rentowe 47,59 tys. zł. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne w ciągu roku po złożeniu wniosku o rehabilitację zmniejszyła się i wyniosła 144,63 tys. zł, a na rentowe 37,05 tys. zł.

Obecnie osoby, które złożyły ww. wnioski: pobierają rentę (1 przypadek³⁸); pobierają emeryturę (6 przypadków); nie pobierają żadnych świadczeń (11 przypadków).

(akta kontroli str.504-538)

W wyniku analizy ww. 90 spraw stwierdzono, że w 6 przypadkach orzeczenie zostało wydane przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia, w pozostałych 84 sprawach przez lekarzy o innych specjalnościach.

P.o. Dyrektora Oddziału wyjaśnił, że zgodnie z obowiązującą Procedurą 9.1 Wydawanie orzeczeń Załącznik nr 4 – „Instrukcja wydawania dyspozycji”: Główny lekarz orzecznik albo jego zastępca wykonuje w aplikacji WO (Wspomaganie Orzecznictwa) losowanie spraw do lekarzy orzeczników w dniu, w którym ma być przeprowadzone badanie. Dotyczy to również spraw o potrzebie rehabilitacji leczniczej. Dobór losowy nie gwarantuje zgodności specjalności lekarzy orzeczników z typem schorzenia klienta.

(akta kontroli str. 504-532, 597)

Zgodnie z Procedurą 9.1 Główny Lekarz Orzecznik albo jego zastępca przeprowadza analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo opinii w stosunku do co najmniej 60% spraw w miesiącu. W 2019 r. ww. analizą objęto średnio 65,75% wydanych orzeczeń.

(akta kontroli str. 599-605)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej skierowana do osób zagrożonych utratą zdolności do pracy, ale rokujących odzyskanie tej zdolności nie była w pełni skuteczna. Wśród 72 skontrolowanych przypadków, w których orzeciono potrzebę rehabilitacji leczniczej w 49 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego. Jednak nadal w ciągu roku po rehabilitacji 49 osób (tj. 68,0%) przebywało na świadczeniach z FUS. Poziom skuteczności leczenia rehabilitacyjnego był zróżnicowany w odniesieniu do objętych badaniem poszczególnych grup osób uprawnionych. W ciągu 12 miesięcy od zakończenia rehabilitacji, spośród 72 osób, które ukończyły rehabilitację, 35 osób (tj. 48,6%) wykonywało pracę zarobkową, a siedem (9,7%) posiadało status bezrobotnego i nie było zgłoszonych do ubezpieczenia w ZUS, w pozostałych 30

³⁶ badanie nr 2 - 59 dni, badanie nr 3 - 138 dni, badanie nr 12 - 130 dni, badanie nr 18 - 40 dni.

³⁷ badanie nr 2 - 41 dni.

³⁸ Nie pobierały renty przed złożeniem wniosku o rehabilitację.

przypadkach (41,6%) osoby rehabilitowane nie powróciły do pracy – pobierały rentę okresową lub emeryturę.

Orzeczenia, opinie i skierowania na rehabilitację były sporządzane zgodnie z rozporządzeniem o rehabilitacji oraz Procedurą 9.1. Oddział prawidłowo kierował ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą ZUS, w terminach określonych w procedurach. Średni czas od emisji skierowania do rozpoczęcia turnusu wyniósł 79 dni i wynikał z okoliczności niezależnych od Oddziału. Należy zauważyć, że średni czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji – liczony od daty złożenia wniosku wynosił 145 dni, co w ocenie NIK może skutkować zmniejszeniem efektywności rehabilitacji leczniczej.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości w zakresie objętym kontrolą Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag, ani wniosków pokontrolnych.

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 Warszawie. 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, 20 września 2020 r.

Kontroler

Marcin Mironczuk
główny specjalista kontroli
państwowej



Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Warszawie

p.o. WICEDYREKTORA
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Warszawie



Michał Musiał