



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Warszawie

LWA.410.008.02.2020

Donata Szopińska-Frańczak
p.o. Dyrektora
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Płocku

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 Płocku ¹ , al. S. Jachowicza 1, 09-400 Płock
Kierownik jednostki kontrolowanej	Donata Szopińska-Frańczak, p.o. dyrektora Oddziału ZUS ² od 1 grudnia 2019 r. Wcześniej funkcję dyrektora Oddziału pełniła Beata Pawlińska-Wiak (od 1 sierpnia 2017 r. do 30 listopada 2019 r.). (akta kontroli tom I str. 3-4)
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 także 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 ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie
Kontrolerzy	1. Danuta Bolikowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/123/2020 z 31 lipca 2020 r. 2. Marcin Mirończuk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/138/2020 z 31 sierpnia 2020 r. (akta kontroli tom I str. 1-2)

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	<p>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 rehabilitację⁵. Analiza wysokości odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne, kwot świadczeń wypłaconych osobom ubezpieczonym z tytułu niezdolności do pracy⁶ oraz liczba dni ich pobierania w ciągu roku (przed i po rehabilitacji) wykazała:</p> <ul style="list-style-type: none">– zmniejszenie łącznej kwoty odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne/rentowe o 23,9%,– spadek o 2,2% liczby dni, za które wypłacono świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych⁷,– wzrost wysokości wypłaconych świadczeń z FUS o 3,9%.
---------------------	--

¹ Dalej: Oddział ZUS.

² Dalej także: p.o. Dyrektora Oddziału.

³ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszym wystąpieniu pokontrolnym zastosowano ocenę opisową.

⁵ Wg czterech grup osób uprawnionych wybranych do badania.

⁶ Zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne i renty okresowe z tytułu niezdolności do pracy.

⁷ Dalej: FUS.

Pomimo że poprawę stanu funkcjonalnego organizmu rehabilitowanych stwierdzono u 48 osób (tj. 66,7% osób wybranych do badania), to w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji 57 osób (tj. 79,2%) otrzymywało świadczenia z FUS. Spośród 72 osób, które ukończyły rehabilitację, 41 osób (tj. 56,9%) wykonywało pracę zarobkową, osiem (11,1%) posiadało status bezrobotnego, a 23 osoby (31,9%) nie powróciły do pracy – pobierały rentę okresową lub emeryturę, a jedna osoba zmarła⁸. Wymienione osoby, wykonujące pracę zarobkową, były zatrudnione na umowę o pracę, umowę cywilnoprawną 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 zmniejszyła się liczba dni, za które ubezpieczeni pobierali świadczenia z tytułu niezdolności do pracy (z 427 do 245 dni) oraz zmalała średnia wysokość wypłaconych świadczeń (z 39,02 tys. zł do 24,67 tys. zł). Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne/rentowe w przypadku tych osób wzrosła o 11,4%. Wszyscy rehabilitowani utrzymali się na rynku pracy w okresie 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 wzrosła o 14,8%, a kwota wypłaconych świadczeń o 35,2%. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne/rentowe wzrosła o 15,3%. Świadczenia nadal pobierało 15 osób. W okresie roku od zakończenia rehabilitacji 11 osób powróciło do pracy, jedna osoba posiadała status bezrobotnego, a sześć osób nie powróciło do pracy.

W grupie 18 osób, które przed rehabilitacją pobierały świadczenie rehabilitacyjne, liczba dni, za które wypłacono świadczenia z FUS po odbyciu rehabilitacji zmniejszyła się o 7,8%, a kwota wypłaconych świadczeń o 24,3%. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne/rentowe uległa zwiększeniu o 88,7%. Świadczenie nadal pobierało 12 osób, trzy osoby otrzymywały rentę okresową, a trzy osoby nie pobierały świadczeń.

W grupie 18 osób, które przed rehabilitacją pobierały rentę okresową, liczba dni, za które wypłacono świadczenia z FUS, po odbyciu rehabilitacji zwiększyła się o 3,8%, a kwota wypłaconych świadczeń zmniejszyła się o 6,7%. Kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenia społeczne/rentowe, wzrosła o 3,4%. W ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji 14 osób pobierało rentę, dwie osoby były bezrobotne, jedna osoba pracowała na umowie agencyjnej, a jedna osoba zmarła.

Średni czas oczekiwania na rehabilitację – liczony od daty złożenia wniosku do daty rozpoczęcia rehabilitacji – wynosił 149 dni (średni czas wydania orzeczenia – 24 dni, średni czas od wydania orzeczenia do emisji skierowania – 18 dni, a czas od emisji skierowania do rozpoczęcia turnusu, z powodu okoliczności niezależnych od Oddziału, wyniósł 109 dni). W ocenie NIK, długi okres oczekiwania na rehabilitację mógł mieć negatywny wpływ 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

⁸ W ciągu roku od zakończenia rehabilitacji.

ubezpieczeń społecznych⁹ oraz z wewnętrznymi procedurami, jednakże zainteresowanie pracą na tych stanowiskach było niewielkie.

Wydawanie orzeczeń przez lekarzy orzeczników w sprawach związanych z kierowaniem na rehabilitację leczniczą było prowadzone 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 rehabilitacyjne¹⁰, stosownie do postanowień wewnętrznej Procedury do procesu 9.1. *Wydawanie orzeczeń*¹¹. Nie stwierdzono przewlekłości w rozpatrywaniu wniosków. Kierowanie uprawnionych osób na rehabilitację leczniczą ZUS odbywało się zgodnie z rozporządzeniem o rehabilitacji oraz Procedurą do procesu 9.3. *Realizacja rehabilitacji leczniczej*¹². Ustalone normy obciążenia lekarzy pracą były przestrzegane. Stwierdzono, że dwaj lekarze orzecznicy wydawali orzeczenia przed zakończeniem przeszkolenia dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników, co było niezgodne z § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy¹³. 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 cząstkowe¹⁴ 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. zatrudnionych było 17 lekarzy orzeczników na 13,4 etatu (plan zatrudnienia 14 etatów), a na koniec 2019 r. 15 lekarzy na 12 etatach (plan zatrudnienia 19 etatów).

Zwiększenie planu zatrudnienia lekarzy orzeczników w 2019 r. wynikało z przyznania Oddziałowi, przez Prezesa ZUS, od 1 września 2019 r. dodatkowo 4 etatów. Jeden etat należało uzupełnić z zasobów będących w dyspozycji Oddziału. Działania te były związane z realizacją zadań wynikających z ustawy z 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji¹⁵ i miały na celu zapewnienie sprawnego wydawania orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji, potrzebnych do przyznania świadczenia uzupełniającego. W okresie objętym kontrolą cztery osoby rozwiązały umowę o pracę na mocy porozumienia stron lub wypowiedzenia pracownika.

Oddział ogłosił siedem naborów (jeden w 2018 r. i sześć w 2019 r.) na stanowisko lekarza orzecznika o specjalizacji: choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria, ortopedia, medycyna rodzinna, medycyna pracy. W przypadku pięciu naborów nie zgłosił się żaden kandydat, a w wyniku dwóch naborów zatrudniono dwóch lekarzy, każdego na pełen etat. Nabory na stanowiska lekarzy orzeczników

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

¹⁰ Dz. U. z 2019 r. poz. 277. Dalej: rozporządzenie o rehabilitacji.

¹¹ Wprowadzona zarządzeniem nr 39 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*.

¹² Wprowadzona zarządzeniem nr 40 Prezesa ZUS z dnia 25 czerwca 2018 r., zmieniającym zarządzenie nr 41 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3. *Realizacja rehabilitacji leczniczej*.

¹³ Dz. U. nr 273 poz. 2711, ze zm. Dalej rozporządzenie w sprawie orzekania.

¹⁴ 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.

¹⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 1622, ze zm.

zostały przeprowadzone zgodnie z art. 74a-74g ustawy o sus oraz z wewnętrznymi procedurami.

(akta kontroli tom I str. 6 -101)

Średni wiek lekarzy orzeczników wyniósł 55 lat, a poziom wynagrodzenia zasadniczego wyniósł: w 2018 r. – 8 346,54 zł, w 2019 r. – 9 599,20 zł. Wzrost wynagrodzeń wynikał z podwyżki wynagrodzenia zasadniczego pracowników Oddziału w związku z brakami kadrowymi i trudnościami w pozyskaniu pracowników pionu orzeczniczego (w tym lekarzy orzeczników). Powyższe działania wynikały z Porozumienia zawartego 19 marca 2019 r. pomiędzy pracodawcą, a zakładowymi organizacjami związkowymi w sprawie podwyżki wynagrodzeń zasadniczych pracowników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w roku 2019.

Według p.o. Dyrektora Oddziału poziom wynagrodzeń lekarzy orzeczników Oddziału zapewniał warunki stabilnego i trwałego zatrudnienia.

(akta kontroli tom I str. 6-7, 9, 270-271)

W okresie objętym kontrolą wydano odpowiednio 28 257 i 32 222 orzeczeń, tj. średnio miesięcznie około 176 orzeczeń w 2018 r. i 224 w 2019 r. przez jednego lekarza orzecznika (1 etat). Orzeczenia odmowne wydano w 428 przypadkach w 2018 r. i 461 w 2019 r. Według norm¹⁶ ustalonych przez Centralę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych¹⁷, średnia miesięczna liczba orzeczeń przypadających na jeden etat lekarza orzecznika wynosiła 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 2019 r. przestrzegali ww. norm. W 2018 r. wydali średnio miesięcznie mniej orzeczeń, niż wskazuje ww. norma.

(akta kontroli tom I str. 6-7, 10, 102-128)

P.o. Dyrektora Oddziału wyjaśniła, iż liczba wydanych orzeczeń jest zależna od liczby wniosków, które wpłynęły do rozpatrzenia w okresie sprawozdawczym. Mniejszy wpływ wniosków powoduje mniejszą liczbę wydanych orzeczeń przypadających na etat lekarza orzecznika.

(akta kontroli tom I str. 323)

Wskaźnik terminowości wydawania orzeczeń lekarskich w Oddziale wyniósł: w 2018 r. - 99,21%, przy założeniach Centrali: 95% i w 2019 r. - 94,99%. przy założeniach Centrali: 90%. Ustalony przez Centralę wskaźnik błędnie wydanych orzeczeń (<= 2%) nie został przez Oddział przekroczony i kształtował się na poziomie 1,55% i 1,22%.

(akta kontroli tom I str. 114)

Oddział współpracował w 2018 r. z 13 konsultantami (10 lekarzami specjalistami i trzema psychologami) i 14 konsultantami (11 lekarzami specjalistami i trzema psychologami) w 2019 r., którzy wydali odpowiednio: 715 opinii (558 opinii wydanych przez lekarzy i 157 przez psychologów) i 1 197 opinii (1 019 opinii wydanych przez lekarzy i 178 przez psychologów). Koszty z tytułu wydania ww. opinii wyniosły ogółem: w 2018 r. – 109 840 zł (84 560 zł dla lekarzy i 25 280 zł dla psychologów), a w 2019 r. – 176 780 zł (152 780 zł dla lekarzy i 24 000 zł dla

¹⁶ Pismo Prezesa ZUS nr 991800/000339/2012/A z dnia 27 września 2012 r.

¹⁷ Dalej Centrala.

psychologów). Konsultanci spełniali wymogi określone w załączniku do Procedury do procesu 9.1 *Wydawanie orzeczeń*.

(akta kontroli tom I str. 129-145, 271)

Oddział w latach 2018-2019 współpracował z trzema podmiotami w zakresie wykonywania dodatkowych badań lekarskich i diagnostycznych. Rozpoznanie potrzeb w zakresie zapotrzebowania na usługi świadczone przez ww. podmioty opierało się w szczególności na zgłoszeniach lekarzy orzeczników. Wyboru ww. wykonawców usług medycznych dokonano w trybie konkurencyjnym (zaproszenie do składania ofert).

(akta kontroli tom I str. 146-190, 272-273)

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

(akta kontroli tom I str. 191-192)

Lekarze orzecznicy uczestniczyli w szkoleniach organizowanych przez Centralę ZUS i przez Oddział. Szkolenia dotyczyły m.in.: reakcji na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne – zespół stresu pourazowego; schorzeń dermatologicznych; zasad orzekania o niezdolności do pracy w schorzeniach układu krążenia; orzekania o procentowym uszczerbku na zdrowiu. W zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, w 2018 r. zorganizowano jedno szkolenie, w którym brał udział lekarz orzecznik wraz z Głównym Lekarzem Orzecznikiem¹⁸, a w 2019 r. zorganizowano dwa szkolenia, w których uczestniczył Główny Lekarz Orzecznik¹⁹ (16,67% 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 tom I str. 196-198, 274)

P.o. Dyrektora Oddziału wyjaśniła, że szkolenia z zakresu rehabilitacji leczniczej organizowane przez Centralę przeznaczone są przede wszystkim dla głównych lekarzy orzeczników. W przypadku delegowania do Centrali na szkolenie, na lekarzu spoczywa obowiązek kaskadowego przekazania wiedzy uzyskanej w trakcie szkolenia pozostałym lekarzom. Tego typu szkolenia, na których lekarz dzieli się nowymi informacjami uzyskanymi w trakcie nauki na szkoleniu w Centrali, odbywają się w ramach comiesięcznych spotkań dla lekarzy orzeczników. Po szkoleniu w Centrali, treść prezentowanych tam materiałów umieszczana jest na stronie intranetowej Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego.

(akta kontroli tom I str. 323-324)

W kontrolowanym okresie Oddział realizował działalność informacyjno-promocyjną dotyczącą ZUS i systemu ubezpieczeń społecznych, w tym rehabilitacji leczniczej. Ponadto eksperci z Oddziału na wydarzeniach, takich jak targi, konferencje, lokalne wydarzenia, „Dni Ubezpieczonego” udzielali wyjaśnień klientom w zakresie rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli tom I str. 199-212)

¹⁸ Szkolenie: „Choroby tarczycy w orzekaniu o niezdolności do pracy”

¹⁹ Szkolenie: „Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne – zespół stresu pourazowego, astenia poobozowa”; „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”.

W 2018 r. koszty funkcjonowania Oddziału wyniosły 70 179 337,00 zł (95,32% planu)²⁰, a w 2019 r. 76 257 231,00 zł (95,06% planu)²¹, w tym koszty Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji w 2018 r. – 554 560,08 zł (95,85% planu)²² i w 2019 r. – 628 052,97 zł (88,94% planu)²³. Koszty te dotyczyły: badania osób ubiegających się o świadczenia krajowe i zagraniczne w tym badania dodatkowe i opinie specjalistyczne (konsultanci Zakładu prowadzący działalność gospodarczą) w 2018 r. – 73 123,00 zł (80,84% planu)²⁴ i w 2019 r. 148 495,00 zł (92,77% planu)²⁵, zwrotu kosztów przejazdu wzywanych na badanie lekarskie w 2018 r. – 442 987,08 zł (98,72% planu)²⁶ i w 2019 r. – 446 208,37 zł (87,37% planu)²⁷ wynagrodzenia bezosobowe wynikające z umów cywilnoprawnych w 2018 r. – 38 450,00 (97,89% planu)²⁸ i w 2019 r. – 32 710,00 (95,53% planu)²⁹, oraz tłumaczeń w 2019 r. – 639,60 zł (87,37% planu)³⁰.

(akta kontroli tom I str. 213-220)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej obszarze stwierdzono nieprawidłowość polegającą na tym, że dwaj lekarze orzecznicy sporządzali i wydawali orzeczenia przed ukończeniem przeszkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników niezgodnie z § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania.

(akta kontroli tom I str. 191-192)

Główny Lekarz Orzecznik Oddziału wyjaśniła, że lekarze orzecznicy w trakcie szkolenia realizowanego pod nadzorem Głównego Lekarza Orzecznika wydawali orzeczenia w ramach, m.in. praktyki orzeczniczej, w celu przeszkolenia w wypełnianiu druków orzecznicznych w systemie WO.

(akta kontroli tom I str. 194-195)

OCENA CZĄSTKOWA

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 lekarzy orzeczników zgodnie z prawem, jednakże zainteresowanie pracą na tym stanowisku było niewielkie. Lekarze orzecznicy spełniali wymogi określone w § 11 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie orzekania, a także przestrzegali norm w zakresie czasu wydawania orzeczeń zarówno w przypadku badania bezpośredniego, jak i w trybie zaocznym. Dwaj lekarze orzecznicy wydawali orzeczenia przed zakończeniem przeszkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników, co było niezgodne z § 11 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia.

OBSZAR

2. Prawidłowość wydawania orzeczeń i skuteczność rehabilitacji leczniczej

Opis stanu
faktycznego

Szczegółowym badaniem prawidłowości wydawania orzeczeń objęto próbę³¹ 90 spraw rozpatrzonych w 2018 r., w tym 18 spraw, w których lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji oraz 72 sprawy, w których wydano

²⁰ 73 626 702,00 zł.

²¹ 80 223 077,00 zł.

²² 578 580,00 zł.

²³ 706 120 zł.

²⁴ 90 450 zł.

²⁵ 160 076 zł.

²⁶ 448 750 zł.

²⁷ 510 704 zł.

²⁸ 39 280 zł.

²⁹ 34 240 zł.

³⁰ 1 100 zł.

³¹ Próba wybrana w sposób losowy, uzupełniona doбором celowym w przypadku 8 spraw w celu zachowania kryteriów doboru spraw do danej kategorii badawczej.

orzeczenia o potrzebie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS, spośród których wyodrębniono cztery kategorie (po 18 spraw w każdej), w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku:

- nie pobierał z FUS żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany;
- pobierał zasiłki chorobowe związane ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany (lub też pewna część zasiłków była z nimi związana);
- pobierał świadczenie rehabilitacyjne;
- pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

(akta kontroli tom II str. 68-300, 329-340)

Główny Lekarz Orzecznik lub jego zastępca przydzielali sprawy lekarzom orzecznikom poprzez losowanie w aplikacji Wspomaganie Orzecznictwa (dalej: WO). W jednym przypadku³² sprawę przydzielono celowo, a dobór lekarza orzecznika wynikał z konieczności rozpatrzenia dwóch wniosków jednej osoby, tj. o rehabilitację leczniczą i o świadczenie rehabilitacyjne – przez tego samego lekarza, wylosowanego wcześniej do rozpatrzenia sprawy o świadczenie.

(akta kontroli tom II str. 32-211)

Lekarze orzecznicy, wydając orzeczenia, odnosili się do okoliczności wskazanych we wniosku o skierowanie na rehabilitację leczniczą, w uzasadnieniach opinii lekarskiej zamieszczali informacje na temat celowości przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej lub braku potrzeby jej prowadzenia. Kserokopie dokumentacji medycznej, która miała wpływ na ustalenia orzecznicze, były poświadczane za zgodność z oryginałem. Skany dokumentacji dołączono do większości spraw prowadzonych w aplikacji WO. Do pięciu spraw spośród 90 objętych kontrolą (5,5%), w aplikacji WO nie dołączono skanów dokumentacji medycznej. Główny Lekarz Orzecznik Oddziału wyjaśniła, że dokumentacja medyczna była dołączana do wcześniej wydawanych orzeczeń w innych sprawach, m.in. przy orzekaniu przyznania świadczeń rehabilitacyjnych i nie ma potrzeby powielania i załączania tych samych wyników badań, gdyż są one widoczne w systemie.

(akta kontroli tom II str. 120-121, 326, 341-342)

W jednej sprawie³³ (z 90 zbadanych), w aplikacji WO nie dołączono opinii i orzeczenia o przyznaniu rehabilitacji. Jak wyjaśniła Główny Lekarz Orzecznik – brak ten wynikał z awarii systemu informatycznego (aplikacji WO). Brakujące orzeczenie dołączono do sprawy w trakcie kontroli NIK.

(akta kontroli tom II str. 341)

Pozostałe objęte kontrolą opinie, orzeczenia i skierowania były wydawane przez lekarzy orzeczników Oddziału zgodnie z obowiązującą Procedurą 9.1. Od orzeczenia lekarza orzecznika o braku potrzeby rehabilitacji, sprzeciw do komisji lekarskiej³⁴ wniosła jedna osoba (spośród 18 przypadków poddanych analizie). Komisja lekarska właściwa dla Oddziału odstąpiła od postępowania wyjaśniającego z powodu dwukrotnego niestawiennictwa wnioskodawcy na badanie.

(akta kontroli tom II str. 44-45)

Zgodnie z Procedurą 9.1 Główny Lekarz Orzecznik albo jego zastępca przeprowadza analizę dokumentacji stanowiącej podstawę wydania orzeczenia albo

³² Sprawa nr 28/641/1182/2013.

³³ Sprawa nr 28/641/9928/2018.

³⁴ Sprawa nr 28/641/9466/2018.

opinii w stosunku do co najmniej 60% spraw w miesiącu. W 2019 r. ww. analizą objęto średnio 85,40% wydanych orzeczeń.

(akta kontroli tom I str. 301, tom II str. 32-211)

W większości skontrolowanych spraw (w 70 z 90 spraw, tj. 77,8%) orzeczenia zostały wydane przez lekarzy orzeczników o specjalności innej niż typ schorzenia, w sprawie którego orzekali. Główny Lekarz Orzecznik wyjaśniła, że skierowanie na rehabilitację nie musi być wydawane przez lekarza o specjalności odpowiadającej jednostce chorobowej. Każdy lekarz orzecznik, przed przystąpieniem do orzekania, został przeszkolony z zasad orzecznictwa lekarskiego, dotyczących również wydawania orzeczeń o celowości skierowania na rehabilitację leczniczą, a lekarze podczas comiesięcznych szkoleń w ciągu roku analizują zasady orzekania, warunki jakie muszą spełniać kierowani na rehabilitację oraz wskazania i przeciwwskazania.

(akta kontroli tom II str. 324, 329-340)

We 90 sprawach objętych próbą badawczą nie zlecano dodatkowych badań medycznych. Jak wyjaśniła Główny Lekarz Orzecznik, ZUS nie prowadzi działalności diagnostyczno-leczniczej, a zakres możliwych do wykonania badań dodatkowych dostępnych lekarzom orzecznikom nie obejmuje szczegółowej diagnostyki schorzeń układu ruchu. Badania diagnostyczne typu echo serca lub próba wysiłkowa są przewidziane w programie pobytu na rehabilitacji, w ramach rehabilitacji układu krążenia.

(akta kontroli tom II str. 325)

Wszystkie skontrolowane 72 wnioski o skierowanie na rehabilitację leczniczą zostały rozpatrzone zgodnie z obowiązującymi przepisami. Badanie w zakresie ich terminowości wykazało, iż przestrzegano wymogów określonych w Procedurze 9.3 (termin obsługi wniosku w żadnej z 72 badanych spraw nie przekroczył 8 dni od jego wpływu), dokumenty zabezpieczano prawidłowo w teczkach PRL i MED, skierowania na rehabilitację były dostarczane z zachowaniem obowiązującej procedury, dokumentacja była terminowo dostarczana do ośrodków rehabilitacji, wszyscy skierowani skorzystali z rehabilitacji, we wszystkich 72 sprawach ośrodki wydały informacje o przebytej rehabilitacji.

(akta kontroli tom II str. 212-300, 331-340)

Dla 72 zbadanych spraw, w których orzeciono potrzebę rehabilitacji, okres procedowania (od wpływu wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji) wyniósł średnio 149 dni (najkrótszy – 43 dni, a najdłuższy – 293 dni). Na poszczególnych etapach średni okres realizacji procedury przyznawania rehabilitacji wynosił:

- 24 dni - od wpływu wniosku do wydania orzeczenia (najkrótszy 15 dni, najdłuższy 42 dni);
- 18 - dni od wydania orzeczenia do emisji skierowania (najszybciej skierowanie wydano w dniu orzeczenia, najpóźniej – w 76 dniu);
- 109 - dni od emisji skierowania do rozpoczęcia turnusu (od 10 do 235 dni).

(akta kontroli tom II str. 331-340)

Badając skuteczność podejmowanych działań w ramach prewencji rentowej ustalono, że wśród 72 ww. spraw z 2018 r., w których wnioski wpłynęły, zostały rozpatrzone, a skierowana osoba zakończyła turnus rehabilitacyjny w tym roku:

- wszystkie sprawy rozpatrzono na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- 63 sprawy (87,5%) zostały rozpatrzone przez lekarzy orzeczników o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (w żadnym przypadku nie zlecono badań dodatkowych);

- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed rehabilitacją uległa zmniejszeniu z 9 471 do 9 263 dni po odbytej rehabilitacji, tj. o 2,2%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed rehabilitacją i po jej zakończeniu wzrosła z 517,59 tys. zł do 538,12 tys. zł, tj. o 3,96%;
- łączna kwota odprowadzonych przez rehabilitowane 72 osoby składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmniejszyła się z 790,6 tys. zł do 601,26 tys. zł, tj. o 23,95%.

Spośród 72 opinii lekarskich wydanych po zakończeniu rehabilitacji, w 48 wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, co – biorąc pod uwagę stan zdrowia rehabilitowanego przed i po turnusie rehabilitacyjnym – może oznaczać, że rehabilitacja lecznicza okazała się skuteczna dla 66,7% osób. W pozostałych 23 opiniach nie odnotowano zmiany stanu funkcjonalnego, zaś u jednej z rehabilitowanych osób (pobierających zasiłek chorobowy na chorobę związaną z przyczyną rehabilitacji), stwierdzono pogorszenie stanu funkcjonalnego pomimo odbycia rehabilitacji.

Po upływie roku od zakończenia rehabilitacji do pracy wróciło 41 osób (56,9%) – w tym 33 osoby były pracownikami, a 8 osób prowadziło działalność gospodarczą lub pracowało na podstawie umowy cywilnoprawnej. Cztery osoby przeszły na emeryturę, 18 pobierało rentę, 8 osób było bezrobotnych, a jedna osoba zmarła.

(akta kontroli tom II str. 329-340)

W 18 sprawach osób, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierał żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy związanych ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany:

- wszystkie sprawy rozpatrzono na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- 11 spraw zostało rozpatrzonych przez lekarza o specjalności niezgodnej z typem schorzenia (w żadnym przypadku nie zlecono badań dodatkowych);
- liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 427 dni do 245 dni, tj. o 42,6%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła 39,02 tys. zł (świadczenia z tytułu niezdolności do pracy), zaś po rehabilitacji – 24,67 tys. zł (spadek o 36,8%);
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła 279,67 tys. zł i wzrosła w ciągu roku po rehabilitacji do 311,6 tys. zł, tj. o 11,4%;
- w 17 opiniach lekarskich wydanych po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego (94,4%), w jednej – bez zmian;
- po upływie roku od zakończenia rehabilitacji wszystkie osoby pracowały³⁵.

(akta kontroli tom II str. 331-332)

Dla 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku pobierał zasiłki chorobowe związane ze schorzeniami, na które miał być rehabilitowany (lub pewna część tych zasiłków była z nimi związana), w wyniku kontroli stwierdzono, że:

- wszystkie sprawy rozpatrzono zostały na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- dwie sprawy zostały rozpatrzono przez lekarza o specjalności zgodnej z typem schorzenia, 16 – przez lekarzy orzeczników o innych specjalizacjach (w żadnym przypadku nie zlecono badań dodatkowych);

³⁵ W tym 17 osób było pracownikami, zaś jedna osoba była emerytem pracującym na umowę zlecenie.

- w jednej sprawie zgłoszony został zarzut wadliwości, lecz komisja lekarska podtrzymała orzeczenie wydane przez lekarza orzecznika o potrzebie skierowania na rehabilitację;
- w dwóch sprawach nie podłączono dokumentacji w aplikacji WO;
- łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 1 687 do 1 937, tj. o 14,8%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła ze 108,74 tys. zł do 147, 01 tys. zł, tj. o 35,2%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 147,54 tys. zł do 170,18 tys. zł, tj. o 15,3%.

W 11 opiniach lekarskich wydanych przez ośrodki rehabilitacyjne po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w sześciu nie odnotowano zmiany, w jednej – wskazano pogorszenie stanu. Osoba, u której stwierdzono pogorszenie stanu po rehabilitacji wróciła jednak do pracy, w ciągu roku od zakończenia rehabilitacji nie pobierała żadnych świadczeń z ZUS i odprowadziła składki na ubezpieczenie społeczne w wysokości 18,96 tys. zł, tj. o 50,8% więcej niż w roku przed rehabilitacją (12,57 tys. zł).

Z ww. próby, w ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji 11 z 18 osób pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, cztery osoby pobierały świadczenia z innego powodu, a trzy osoby nie pobierały świadczeń z ZUS-u.

Po upływie roku od zakończenia rehabilitacji, okazała się ona skuteczna w odniesieniu do 11 z 18 osób z próby badawczej: zatrudnionych na podstawie umowy o pracę było 8 osób, a działalność gospodarczą prowadziły trzy osoby. Emeryturę pobierały cztery osoby, rentę dwie osoby, a jedna osoba była bezrobotna.

(akta kontroli tom II str. 110-111, 120-121, 333-334)

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

- wszystkie sprawy rozpatrzone zostały na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- 5 spraw zostało rozpatrzonych przez lekarza orzecznika o specjalności zgodnej z typem schorzenia, zaś 13 przez lekarza o innej specjalności;
- w dwóch sprawach nie podłączono w aplikacji WO dokumentacji niezbędnej do wydania orzeczenia;
- w jednej sprawie w aplikacji WO brakowało orzeczenia,
- liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed rehabilitacją zmalała z 1 646 dni do 1 518 dni w ciągu roku po odbyciu rehabilitacji, tj. o 7,8%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmniejszyła się z 91,49 tys. zł do 69,3 tys. zł, tj. o 24,3%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła 57,3 tys. zł, zaś po rehabilitacji wzrosła do 108,1 tys. zł, tj. o 88,7%;
- w 10 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w 8 – nie odnotowano zmian lub poprawy.

Z ww. próby w ciągu roku od przeprowadzenia rehabilitacji 12 osób (66,7%) pobierało nadal świadczenie rehabilitacyjne (następnie cztery osoby po zakończeniu pobierania świadczenia stały się bezrobotne, a jedna osoba została świadczeniobiorcą MOPS); trzy osoby otrzymywały rentę okresową, a trzy osoby nie pobierały świadczeń. Po upływie roku od zakończenia rehabilitacji okazała się ona skuteczna dla 11 osób (tj. 61,1% z próby badawczej 18 osób tej grupy) nadal

pracujących (w tym dwie osoby pracowały na umowie agencyjnej, a jedna osoba prowadziła działalność gospodarczą). Dwie osoby pobierały rentę z powodu choroby będącej przyczyną rehabilitacji, jedna była świadczeniobiorcą MOPS (nie pracowała), cztery osoby były bezrobotne.

(akta kontroli tom II str. 335-336)

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

- wszystkie sprawy rozpatrzono na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- 5 spraw zostało rozpatrzonych przez lekarza orzecznika o specjalności zgodnej z typem schorzenia, zaś 13 przez lekarza o innej specjalności;
- w dwóch sprawach nie podłączono dokumentacji w aplikacji WO;
- łączna liczba dni dla osób przebywających na rencie okresowej w ciągu roku przed i po rehabilitacją wzrosła z 5 359 do 5 563, tj. o 3,8%;
- łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 278,34 tys. zł do 297,14 tys. zł, tj. o 6,7%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed i po rehabilitacji wzrosła z 11,01 tys. zł do 11,38 tys. zł, tj. o 3,4%;
- w 10 opiniach lekarskich po zakończeniu rehabilitacji wskazano poprawę stanu funkcjonalnego, w ośmiu – nie nastąpiła zmiana.

W przypadku 18 osób skierowanych na rehabilitację i pobierających rentę okresową, 14 osób w ciągu roku po odbyciu rehabilitacji przebywało na rencie; dwie osoby stały się bezrobotne, jedna osoba pracowała na umowie agencyjnej, a jedna osoba (w przypadku której odnotowano po rehabilitacji poprawę) zmarła.

(akta kontroli tom II str. 182-183, 190-191 oraz str. 337-338)

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

- wszystkie 18 spraw rozpatrzonych zostało na podstawie wniosku lekarza leczącego;
- w jednej sprawie nie podłączono do aplikacji WO skanu dokumentacji (z powodu braku oryginału wyniku badania rezonansu magnetycznego);
- łączna liczba dni osób pobierających świadczenia w ciągu roku przed złożeniem wniosku wyniosła 2 942, zaś w ciągu roku po wydaniu orzeczenia spadła do 849, tj. o 71,1%;
- łączna kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku przed złożeniem wniosku wyniosła 299,24 tys. zł i w ciągu roku po odmowie rehabilitacji spadła do 53,25 tys. zł tj. 82,2%;
- łączna kwota odprowadzonych składek na ubezpieczenie społeczne/rentowe w ciągu roku przed wnioskiem o rehabilitację wyniosła 161,34 tys. zł a w ciągu roku po odmowie rehabilitacji zmniejszyła się do 155,50 tys. tj. o 3,6%;
- w dwóch sprawach lekarz orzecznik stwierdził, że badana osoba z powodu licznych schorzeń nie rokuje odzyskania zdolności do pracy wobec czego rehabilitacja jest bezcelowa (wcześniej jedna osoba pobierała świadczenie rehabilitacyjne, następnie otrzymała rentę okresową, zaś druga pobierała rentę, a następnie przeszła na emeryturę).

Spośród ww. osób, w ciągu roku od daty orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji, siedem osób nie pobierało świadczeń z FUS, sześć osób pobierało świadczenia z powodu schorzeń, które stanowiły podstawę wydania orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji, a jedna – na zbieżną jednostkę chorobową.

Cztery osoby pobierały świadczenia z powodu innych chorób. Orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji nie spowodowało negatywnych skutków dla 11 spośród 18 osób - po upływie roku od wydania orzeczenia nadal pracowały. Ponadto trzy osoby były emerytami i jednocześnie pracowały.

(akta kontroli tom II str. 329-330)

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 orzeczono potrzebę rehabilitacji leczniczej, w 48 opiniach lekarskich wskazano poprawę stanu funkcjonalnego po zakończeniu rehabilitacji. Nadal jednak, w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji, 57 osób (tj. 79,2%) otrzymywało świadczenia 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, 41 osób (tj. 56,9%) wykonywały pracę zarobkową, osiem (11,1%) posiadało status bezrobotnego, a 23 osób (31,9%) nie powróciło do pracy – pobierało rentę okresową lub emeryturę, a jedna osoba zmarła.

Orzeczenia, opinie i skierowania na rehabilitację były sporządzane zgodnie z rozporządzeniem o rehabilitacji oraz Procedurą 9.1. Stwierdzone nieprawidłowości, o charakterze formalnym, nie miały wpływu na prawidłowość wydanych orzeczeń. Oddział prawidłowo kierował ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą ZUS, w terminach określonych w procedurach. Średni czas od emisji skierowania do rozpoczęcia turnusu wyniósł 109 dni i wynikał z okoliczności niezależnych od Oddziału. Należy zauważyć, że średni czas oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji – liczony od daty złożenia wniosku wynosił 149 dni, co w ocenie NIK, może skutkować zmniejszeniem efektywności rehabilitacji leczniczej.

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujący wniosek:

Wnioski

Podjęcie działań mających na celu wyeliminowanie przypadków wydawania orzeczeń przez lekarzy orzeczników przed ukończeniem szkolenia, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania.

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.

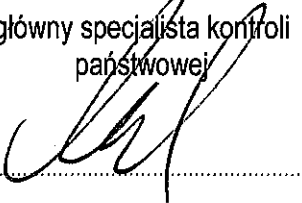
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Warszawa, dnia 30 września 2020 r.

Kontroler
Marcin Mirończuk
główny specjalista kontroli
państwowej



Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Warszawie

p.o. WICEDYREKTOR
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Warszawie



Wojciech Wojciechowski