



KPS.430.001.2021
Nr ewid. 3/21/P/20/040/KPS

Informacja o wynikach kontroli

REHABILITACJA LECZNICZA
REALIZOWANA PRZEZ ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
W RAMACH PREWENCJI RENTOWEJ

DEPARTAMENT PRACY,
SPRAW SPOŁECZNYCH I RODZINY

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Informacja o wynikach kontroli

Rehabilitacja lecznicza realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej

p.o. Dyrektor Departamentu Pracy,
Spraw Społecznych i Rodziny

Dariusz Rogowski

Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Tadeusz Dziuba

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś

Warszawa, dnia 16.02.2021

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00
www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	5
2. OCENA OGÓLNA	7
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	9
4. WNIOSKI	22
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	24
5.1. Realizacja zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej.....	24
5.1.1. Skala i zakres prowadzonej działalności	24
5.1.2. Wydawanie orzeczeń i kierowanie na rehabilitację leczniczą	26
5.1.3. Zatrudnienie i wynagrodzenia	36
5.1.4. Koszty prowadzonej działalności.....	42
5.1.5. Działalność promocyjno-informacyjna.....	45
5.2. Wybór ośrodków rehabilitacyjnych, osiągnięte efekty oraz sprawowanie nadzoru.....	47
5.2.1. Wybór ośrodków rehabilitacyjnych, zawieranie umów i ich rozliczanie	47
5.2.2. Skuteczność rehabilitacji leczniczej	51
5.2.3. Pomiar osiągniętych efektów	59
5.2.4. Nadzór nad prowadzoną działalnością.....	64
6. ZAŁĄCZNIKI.....	69
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	69
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	71
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	76
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	77
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	78
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra	101

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

ZUS, Zakład	Zakład Ubezpieczeń Społecznych
FUS	Fundusz Ubezpieczeń Społecznych
Centrala ZUS	Centrala Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
Oddział	Oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
Orzeczenie ZUS	Dokument wydawany przez lekarza orzecznika lub komisję lekarską (II instancja w trybie odwoławczym), zawierający ocenę niezdolności do pracy, jej stopnia, przewidywanego okresu trwania, niezdolności do samodzielnej egzystencji, uszczerbku na zdrowiu oraz innych okoliczności niezbędnych do wydania decyzji w sprawie świadczeń.
Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS	Kompleksowa rehabilitacja lecznicza prowadzona przez ZUS w ośrodkach wybranych w drodze konkursu, dla osób uprawnionych zagrożonych częściową lub całkowitą niezdolnością do pracy.
Profile rehabilitacji leczniczej	Schorzenia wywołujące niezdolność do pracy, które są objęte rehabilitacją leczniczą.
Renta okresowa	Świadczenie przyznawane przez okres wskazany w decyzji organu rentowego, jeżeli niezdolność do pracy na okres czasowy.
Świadczenie rehabilitacyjne	Świadczenie przyznawane osobie uprawnionej, po zakończeniu okresu zasiłkowego, która nadal jest niezdolna do pracy, ale dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy; przysługuje przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej niż przez 12 miesięcy.
Zasiłek chorobowy	Zasiłek z FUS, przysługujący osobom objętym obowiązkowym ubezpieczeniem chorobowym (pracownikom, członkom rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych, osobom odbywającym służbę zastępczą) oraz osobom podlegającym ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie. Przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy, nie dłużej niż przez okres 182 dni lub 270 dni – w przypadku, gdy niezdolność do pracy jest spowodowana gruźlicą lub przypada w trakcie ciąży.
Ustawa o sus	Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych ¹ .
Ubezpieczony	Osoba podlegająca ubezpieczeniu emerytalnemu lub rentowemu, na podstawie przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych, a także osoba, która przed dniem wejścia w życie ustawy o emeryturach i rentach z FUS (1 stycznia 1999 r.) podlegała ubezpieczeniu społecznemu lub zaopatrzeniu emerytalnemu, z wyłączeniem ubezpieczenia społecznego rolników.
Rozporządzenie lub rozporządzenie w sprawie rehabilitacji	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne ² .
Rozporządzenie o orzekaniu	Rozporządzenie z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy ³ .

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 266, ze zm.

² Dz. U. z 2019 r. poz. 277.

³ Dz. U. Nr 273, poz. 2711, ze zm.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy rehabilitacja lecznicza realizowana w ramach prewencji rentowej ZUS umożliwiła powrót do pracy osobom zagrożonym powstaniem długotrwałej niezdolności do pracy lub pobierającym renty?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy warunki kadrowe i organizacyjne były wystarczające dla prawidłowej realizacji zadań?
2. Czy prawidłowo zawierano umowy z ośrodkami rehabilitacyjnymi i sprawowano nadzór nad ich realizacją?
3. Czy rehabilitacja lecznicza dla osób zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy była skuteczna?

Jednostki kontrolowane

Centrala ZUS
i 20 oddziałów ZUS.

Jednostki, w których
zasięgnięto informacje:
Ośrodki rehabilitacyjne,
Przychodnie zdrowia.

Okres objęty kontrolą

Lata 2018–2019,
z wykorzystaniem danych
z innych okresów
niezbędnych dla realizacji
celu kontroli.

Zgodnie z definicją, rehabilitacja oznacza zespół działań, których celem jest przywrócenie lub kształtowanie u osoby z niepełnosprawnością utraconych optymalnych funkcji biologicznych, rodzinnych i społecznych. Rehabilitacja powinna umożliwić szybki powrót osoby do życia społecznego, zawodowego, rodzinnego. Pod pojęciem rehabilitacji leczniczej rozumie się proces leczenia, który umożliwia przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji i zmniejszenia fizycznych i psychicznych następstw choroby lub urazu. Przedmiotem rehabilitacji jest leczenie dysfunkcji organizmu będących najczęściej następstwami zmian pourazowych, schorzeń narządu ruchu, chorób ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, schorzeń onkologicznych, schorzeń układu krążenia, schorzeń układu oddechowego.

Przepisy prawa regulujące kwestię rehabilitacji, wyróżniają jej trzy odrębne obszary, tj. rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, rehabilitację leczniczą z ubezpieczenia zdrowotnego prowadzoną w ramach świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia⁴ (dalej: NFZ) oraz rehabilitację zawodową i społeczną osób niepełnosprawnych⁵. Poszczególnym rodzajom rehabilitacji leczniczych ustawodawca przypisuje w przepisach prawa odrębne od siebie cele, zastosowane metody rehabilitacji, krąg osób uprawnionych, a także źródła ich finansowania. Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS ukierunkowana jest na przeciwdziałanie zagrożeniu utraty całkowicie lub częściowo zdolności do pracy. Natomiast rehabilitacja lecznicza (medyczna prowadzona w ramach NFZ) ma na celu profilaktykę, zachowanie, ratowanie, przywracanie lub poprawę zdrowia (przywrócenie funkcji zdrowotnych). Z kolei rehabilitacja osób niepełnosprawnych koncentruje się na ogólnej poprawie psychofizycznej sprawności oraz rozwijaniu umiejętności społecznych (poprawę funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie). Poszczególne rodzaje rehabilitacji leczniczej mają odmienne cele i zmierzają do zaspokojenia innych potrzeb osób do nich uprawnionych. Poszczególnych rodzajów rehabilitacji nie można traktować jako systemów zastępujących się lecz wzajemnie uzupełniających, komplementarnych.

ZUS realizuje rehabilitację leczniczą na podstawie art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz rozporządzenia 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 rehabilitacyjne. Przepisy te określają zasady prowadzonej rehabilitacji, w tym jej cel, katalog osób uprawnionych, przesłanki orzecznicze, które brane są pod uwagę przy ocenie rokowania odzyskania zdolności do pracy osoby uprawnionej po przeprowadzeniu rehabilitacji, a także zasady kontraktowania usług rehabilitacyjnych. Corocznie kwota wydatków na prewencję

⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, ze zm.).

⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694, ze zm.).

WPROWADZENIE

rentową ZUS stanowi 0,5% wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy. Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym powinna trwać 24 dni, przy czym czas jej trwania może być przedłużony lub skrócony przez ordynatora ośrodka rehabilitacyjnego po uprzednim uzyskaniu zgody Zakładu. Rehabilitacja realizowana jest w systemie stacjonarnym (w ośrodkach rehabilitacyjnych) oraz w systemie ambulatoryjnym.

2. OCENA OGÓLNA

Rehabilitacja lecznicza, prowadzona przez ZUS w ramach prewencji rentowej, może być skutecznym narzędziem umożliwiającym powrót na rynek pracy lub utrzymanie się na nim, pod warunkiem skutecznego i właściwego jej wdrożenia. Zbyt długie oczekiwanie pacjentów na rozpoczęcie rehabilitacji zmniejsza jej skuteczność, szczególnie w grupie osób pobierających rentę okresową z tytułu czasowej niezdolności do pracy. Z ustaleń kontroli wynika, że z powodów organizacyjnych, głównie niewystarczającej liczby lekarzy orzeczników, a także braku odpowiedniej liczby podmiotów realizujących rehabilitację, ZUS nie mógł wywiązać się rzetelnie ze swoich zadań. W dodatku Zakład stosował nieprecyzyjne sposoby szacowania efektywności rehabilitacji, tym samym uzyskane wyniki nie dostarczały rzetelnych danych na temat skuteczności prewencji rentowej.

Program rehabilitacji leczniczej powinien zapobiegać utrwalaniu się dysfunkcji organizmu i w konsekwencji pozwolić na szybszy powrót do aktywności zawodowej. W większości przypadków kluczowy dla prawidłowego przebiegu rehabilitacji jest więc krótki okres oczekiwania na jej rozpoczęcie. Tymczasem w latach 2017–2019 pacjenci czekali na pierwsze zabiegi, od momentu złożenia wniosku licząc, średnio aż 110 dni. Wzrost okresu oczekiwania nastąpił w dziewięciu z 11 realizowanych profili leczniczych. Np. w profilu schorzeń psychosomatycznych wzrósł z średnio 73 dni w roku 2017, do 134 dni w roku 2019, a układu krążenia w systemie ambulatoryjnym z 59 do 93 dni. W ocenie NIK tak długi okres oczekiwania może powodować pogorszenie stanu zdrowia oraz potrzebę zastosowania dodatkowego leczenia, a w konsekwencji opóźnić proces odzyskania zdolności do pracy przez osoby wymagające rehabilitacji. Wydłużenie okresu oczekiwania było spowodowane rezygnacjami oraz niezapewnieniem przez Zakład odpowiedniej liczby miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych. Wynikało to przede wszystkim z niewystarczającej liczby oferentów spełniających wymogi ZUS oraz z rozwiązywania umów z podmiotami, które nie potrafiły się z nich wywiązać, zwłaszcza w zakresie wymaganej bazy lokalowej i sprzętowej, a także zatrudnionej kadry medycznej. Na realizację zawartych umów ZUS wydatkował w latach 2018-2019 ponad 405 mln złotych.

W latach 2018–2019 liczba pozytywnych orzeczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej zmniejszyła się z 105 103 do 100 280, a liczba osób, które odbyły rehabilitację z 90 570 do 86 392. Mniejsza liczba rehabilitowanych osób, wynikała m.in. z licznych rezygnacji, odpowiednio: 11 436 i 10 760 osób oraz zmian terminów turnusów przez 8947 i 8952 osoby. Wylimitowanie chociaż niektórych problemów organizacyjnych utrudniają przepisy uniemożliwiające wyciągnięcie konsekwencji wobec pacjentów, którzy bez wystarczającego uzasadnienia nie stawiają się w ośrodkach rehabilitacyjnych.

W badanej próbie 1423 osób, po zakończeniu rehabilitacji poprawę stanu funkcjonalnego stwierdzono u 956 osób, brak poprawy u 448 osób, zaś pogorszenie stanu zdrowia u 19 osób. W ciągu roku od ukończenia rehabilitacji, w badanej próbie, pracę podjęło (podlegając ubezpieczeniu społecznemu) 795 osób. Ze świadczeń FUS korzystało 479 osób. Bezrobotnych było 80 osób. Na emeryturze przebywało zaś 55 osób. Najgorsze wyniki osiągnięto w badanej próbie 341 spraw, dotyczących osób pobierających renty okresowe przed rozpoczęciem rehabilitacji. W tym przypadku tylko 69 osób podlegało ubezpieczeniu społecznemu, a ze świadczeń FUS, w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji, korzystało aż 240 osób.

Bardzo ważnym problemem jest wciąż niewystarczająca liczba lekarzy orzeczników oraz lekarzy orzeczników – członków komisji lekarskich. ZUS, mimo podejmowanych działań, nie zdołał rozwiązać tego problemu. W latach 2018–2019 nieobsadzonych pozostawało odpowiednio 13,4% i 24,6% etatów.

Konsekwencją tego była m.in. konieczność znacznego skrócenia czasu na wydawanie orzeczeń, często bez bezpośredniego badania.

Sytuacja kadrowa miała także wpływ na nadzór sprawowany nad wydawaniem orzeczeń. W siedmiu oddziałach ZUS główni lekarze orzecznicy lub ich zastępcy nie kontrolowali wymaganej liczby dokumentów, stanowiących podstawę do wydania orzeczeń. NIK zwraca też uwagę, że wiek lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskiej w okresie objętym kontrolą wynosił średnio ponad 60 lat, a w niektórych oddziałach nawet ponad 65 lat.

Zdaniem NIK, przyjęty przez ZUS sposób szacowania efektywności rehabilitacji jest nieprecyzyjny, a uzyskane wyniki nie dają rzetelnej informacji o skuteczności prewencji rentowej. Badania statystyczne osób poddanych rehabilitacji leczniczej, mające na celu ocenę skuteczności rehabilitacji leczniczej mierzone były wskaźnikiem liczby osób, które w 12 miesięcy po zakończeniu rehabilitacji nie pobierały żadnych świadczeń z FUS. Np. osoby, które pobierały zasiłek chorobowy, czy też świadczenie rehabilitacyjne przez długi okres, a następnie po odbyciu rehabilitacji leczniczej utraciły pracę lub prawo do świadczeń (np. świadczenia rehabilitacyjnego). W związku z tym, że nie pobierają świadczeń z FUS, są zaliczane jako osoby skutecznie zrehabilitowane. Ponadto, przy dokonywaniu oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej Zakład nie brał pod uwagę jej wyników uzyskanych w ośrodkach rehabilitacyjnych. W konsekwencji, nie jest możliwe ustalenie na podstawie danych gromadzonych przez Zakład, jaki odsetek osób poddanych rehabilitacji zostaje skutecznie przywrócony na rynek pracy. NIK uważa, że także oceny rehabilitacji leczniczej dokonywane po jej zakończeniu przez ośrodki rehabilitacyjne, muszą być związane z celem jakim jest prewencja rentowa, a co za tym idzie z określeniem zdolności do podjęcia pracy.

Konkursy ofert na usługi rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej przeprowadzone były zgodnie z przepisami *rozporządzenia w sprawie rehabilitacji*. Umowy z ośrodkami rehabilitacyjnymi były zawierane zgodnie z warunkami konkursów. Nadzór ZUS nad ich realizacją nie był jednak wystarczający. NIK krytycznie ocenia postanowienia umowne dotyczące fakultatywności w naliczaniu kar umownych za nieprzestrzeganie wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami podczas 120 postępowań kontrolnych, jedynie w czterech przypadkach nałożono kary umowne. Dodać przy tym należy, że kontrole w ośrodkach rehabilitacyjnych w zakresie prawidłowości świadczonych usług, w znacznym stopniu były prowadzone niezgodnie z uregulowaniami wewnętrznymi zawartymi w Polityce zarządzania w ZUS rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej⁶ (*Polityka lub Polityka zarządzania rehabilitacją*).

⁶ Zarządzenie nr 65 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Polityki zarządzania w ZUS rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

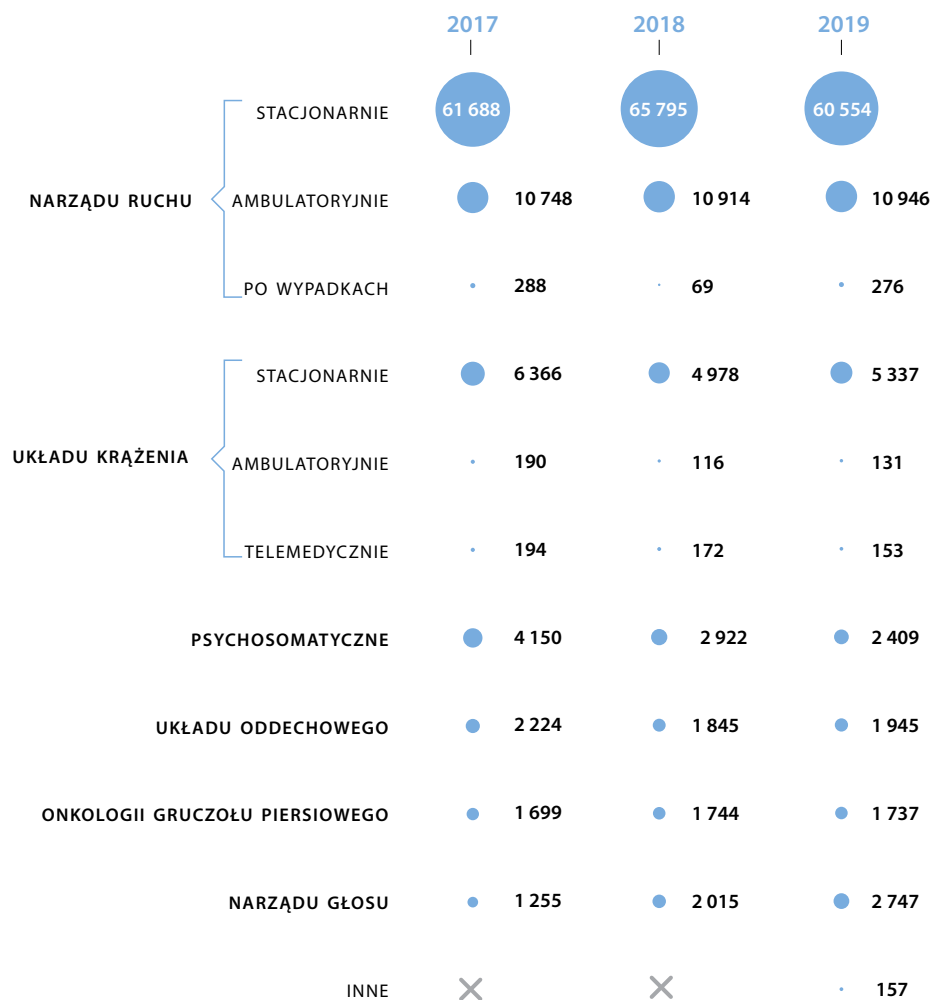
1. Zakład prowadzi rehabilitację leczniczą w ramach 11 profili, z czego osiem realizowano w trybie stacjonarnym, tj. narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, chorób psychosomatycznych, po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, narządu głosu, narządu ruchu we wczesnych stanach pourazowych oraz schorzenia ośrodkowego układu nerwowego. Trzy profile realizowane są w trybie ambulatoryjnym, tj. narządu ruchu, układu krążenia, układu krążenia z możliwością rehabilitacji monitorowanej telemedycznie. Realizowane profile powiązane są z grupami chorób generujących największe wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.

Profile rehabilitacyjne objęte rehabilitacją leczniczą

Rehabilitacja lecznicza koncentrowała się w największym stopniu w profilach schorzeń narządu ruchu w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym. W latach 2017–2019 odpowiednio: 81,6%; 84,7%; 82,8% ogółu osób odbyło rehabilitację w tych profilach. Natomiast w sześciu z dziewięciu pozostałych profili liczba osób zmniejszyła się, np. schorzeń układu krążenia stacjonarnie z 6366 do 5337 osób; chorób psychosomatycznych z 4150 do 2409 osób;

[str. 24–26]

Infografika 1
Liczba osób, które odbyły rehabilitację leczniczą w podziale na profile



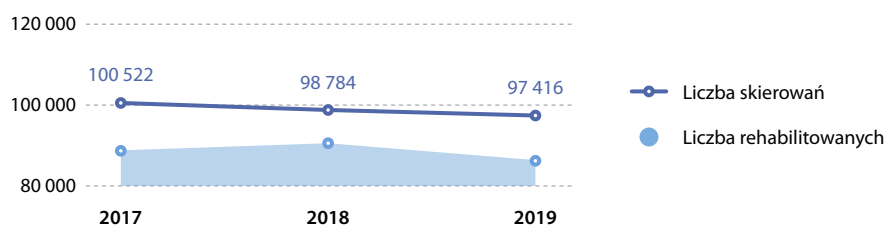
Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych podczas kontroli.

Prawidłowość wydawanych orzeczeń

2. W latach 2017–2019 liczba pozytywnych orzeczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej zmniejszyła się z 101 520 do 100 280. W tym okresie liczba orzeczeń o braku potrzeby rehabilitacji wzrosła z 19 274 do 20 375, a liczba odmów rehabilitacji ze względów formalnych z 1531 do 1937. Orzeczenia wydawane były głównie na wniosek lekarza leczącego (§ 2 ust. 1 *rozporządzenia*). Ich liczba zwiększyła się z 81 906 do 90 275. Natomiast w coraz mniejszym stopniu osoby wymagające rehabilitacji identyfikowane były przez lekarzy orzeczników, co wynikało m.in. ze znacznego skrócenia czasu na wydawanie orzeczeń oraz zmniejszenia liczby wniosków o świadczenia określone w § 3 ust. 1 i 2 *rozporządzenia*. [str. 26–27]

Infografika 2

Liczba osób, które odbyły rehabilitację leczniczą



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych podczas kontroli.

Lekarze orzecznicy wydawali orzeczenia na ogół zgodnie z wymogami *rozporządzenia* oraz wewnętrznymi uregulowaniami w tym zakresie, tj. procedurą do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń⁷ i procedurą do procesu 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej⁸. Stwierdzone w tym zakresie nieprawidłowości dotyczyły głównie wydawania orzeczeń, przed ukończeniem szkolenia, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 *rozporządzenia* w sprawie orzekania o niezdolności do pracy oraz braku kontroli dokumentacji stanowiącej podstawę do orzekania. [str. 30–31]

Wydłużenie czasu oczekiwania na rehabilitację

3. W okresie objętym kontrolą wydłużył się średni okres oczekiwania na rehabilitację w większości realizowanych profili leczniczych, a rehabilitacja w profilach innych niż narządów ruchu była realizowana w coraz mniejszym stopniu. Średni okres oczekiwania na rehabilitację leczniczą, od złożenia wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji wynosił 110 dni, a w skrajnych przypadkach nawet 365 dni. W latach 2017–2019 sytuacja uległa pogorszeniu. W dziewięciu z 11 profili zwiększył się średni okres oczekiwania od złożenia wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji. W profilu narządu głosu ze 165 dni do 172 dni, narządu ruchu stacjonarnie ze 139 do 142 dni, układu oddechowego ze 103 do 122 dni, układu krążenia w systemie stacjonarnym z 83 do 136 dni. Okres oczekiwania

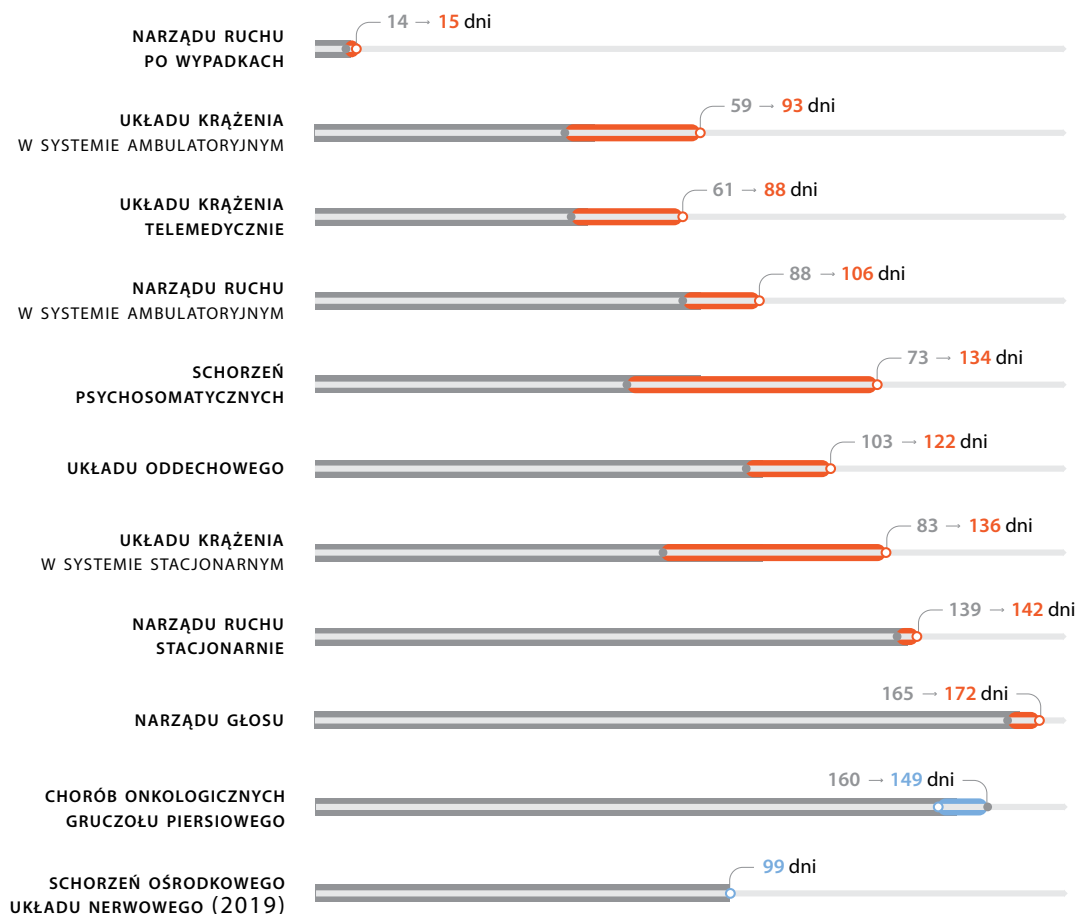
⁷ Procedura 9.1 Wydawanie orzeczeń, wprowadzona zarządzeniem nr 39 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1 „Wydawanie orzeczeń”, obowiązująca od 1 kwietnia 2017 r.

⁸ W okresie objętym kontrolą NIK obowiązywała Procedura 9.3. wprowadzona zarządzeniem nr 41 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3 „Realizacja rehabilitacji leczniczej”, a następnie Procedura 9.3. wprowadzona zarządzeniem nr 40 Prezesa ZUS z dnia 25 czerwca 2018 r. zmieniającym wcześniejsze zarządzenie, dalej: Procedura 9.3.

na rehabilitację w ww. profilach był najdłuższy. Natomiast najbardziej wzrósł w profilu schorzeń psychosomatycznych z 73 do 134 dni oraz układu krążenia w systemie ambulatoryjnym z 59 do 93 dni. [str. 32–35]

Infografika 3

Czas oczekiwania na rehabilitację leczniczą ZUS w latach 2018–2019



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych podczas kontroli.

Zdaniem NIK, czynnik czasu w większości pacjentów jest kluczowy dla skuteczności rehabilitacji. Dlatego też lekarz orzecznik powinien mieć możliwość skierowania pacjentów w określonych przypadkach do ośrodków rehabilitacyjnych tzw. szybszą ścieżką, w szczególności osób, które są po zabiegach i wskazane jest podjęcie natychmiastowej rehabilitacji. Niedochowanie zasady rozpoczęcia rehabilitacji w odpowiednio wczesnym czasie, oprócz mniejszej jej skuteczności, w wielu przypadkach może mieć również skutek w postaci późniejszego powrotu do pracy ze względu na wielomiesięczne oczekiwanie na rehabilitację.

4. Kluczowym problemem dla sprawnej i terminowej obsługi orzeczeń jest pogarszająca się w ZUS sytuacja kadrowa. Zakład, mimo podejmowanych działań, nie zdołał pozyskać wystarczającej liczby lekarzy orzeczników i lekarzy orzeczników – członków komisji lekarskich. W latach 2018–2019 Zakład przeprowadził łącznie 349 naborów. W 2018 r. zakończono 144 rekrutacje, z czego 75 zakończyło się niepowodzeniem. W 2019 r. wielkości te wynosiły 205 i 118. Na przykład w oddziale w Legnicy w pięciu

Brak pełnej obsady kadrowej lekarzy orzeczników

naborach na 14 stanowisk zatrudnionych zostało zaledwie dwóch lekarzy. Dodać należy, że zatrudnieni lekarze orzecznicy spełniali wymogi formalne określone w § 11 ust. 1 pkt 1 i 2 *rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy*, oraz że oddziały ZUS przeprowadzały na ogół nabory na stanowiska lekarzy orzeczników oraz konsultantów zgodnie z przepisami art. 74a–74f ustawy o sus oraz wewnętrznymi procedurami dotyczącymi naboru pracowników. [str. 38–39]

W latach 2018–2019 nieobsadzonych pozostawało odpowiednio 13,4% i 24,6% z planowanych 780,5 i 887,9 etatów⁹. Podejmowane działania przyczyniały się tylko do zmniejszenia tendencji spadkowej. Średnie zatrudnienie wyniosło 751 etatów w 2017 r., 690 w 2018 r. i 669 na koniec 2019 r. Średni wiek lekarzy – członków komisji lekarskiej wg stanu na dzień 3 marca 2020 r. wyniósł 61 lat, natomiast lekarzy orzeczników 60 lat. Na przykład w oddziale w Radomiu w 2018 r. średni wiek lekarzy wynosił 65 lat w 2018 r. i 66,25 lat w 2019 r. Z ustaleń kontroli wynika, że Zakład dostrzega istotne ryzyka w obszarze pozyskania odpowiedniej liczby lekarzy orzeczników. Na problem ten zwrócono uwagę w oświadczeniu o stanie kontroli zarządczej Prezesa ZUS za rok 2018 i 2019. W *Oświadczeniu o stanie kontroli zarządczej Prezesa ZUS za rok 2019* ryzyko to zostało w ZUS ocenione na poziomie bardzo wysokim. [str. 36–38]

Wydawanie orzeczeń
z pominięciem
bezpośredniego badania

5. Niewystarczającej obsadzie kadrowej towarzyszyło zwiększenie liczby wydawanych orzeczeń. W 2019 r. lekarze orzecznicy wydali łącznie 1 286 334 orzeczeń¹⁰, tj. o 18,9% więcej niż w 2018 r. Natomiast biorąc pod uwagę początek i koniec tego okresu wzrost ten był jeszcze większy. Np. w okresie od I kwartału 2018 r. do IV kwartału 2019 r. średnia liczba orzeczeń przypadająca na jeden etat w oddziale w Radomiu wzrosła z 652,6 do 1046,2, w Rzeszowie z 613,1 do 976,9, a w Szczecinie z 471,0 do 919,5.

Konsekwencją tego było m.in. znaczne skrócenie czasu na wydawanie orzeczeń oraz zalecenie do ich wydawania na podstawie zgromadzonych dokumentów z pominięciem bezpośredniego badania. We wrześniu 2017 r., a następnie października 2019 r. naczelny lekarz zakładu skrócił przedział czasowy na rozpatrzenie spraw dotyczących wydawania orzeczeń dla celów świadczeń z ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń wypłacanych przez ZUS z 30 minut na 15 minut w sprawach, w których orzeczenie miało zostać wydane na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, oraz z 60 minut na 30 minut w sprawach, w których orzeczenie miało zostać wydane po przeprowadzeniu bezpośredniego badania. W piśmie do głównych lekarzy orzeczników, naczelny lekarz zakładu stwierdził m.in., że istnieje potrzeba wykorzystywania w większym stopniu możliwości wydania orzeczenia w sprawach świadczeń bez przeprowadzania bezpośredniego badania przez lekarza orzecznika.

[str. 28–30, 37]

⁹ We wrześniu 2019 r. dokonano zwiększenia liczby etatów o 72,4 etatów w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1936, ze zm.).

¹⁰ Dotyczy to łącznej liczby orzeczeń, w tym orzeczeń o skierowaniu na rehabilitację leczniczą.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

W ocenie NIK, taka praktyka rodzi ryzyka dla rzetelności i skuteczności procesu rehabilitacji leczniczej. Dokładne zapoznanie się ze stanem zdrowotnym pacjenta, dysfunkcjami jego organizmu zagrażającymi całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, zapoznanie się z dokumentacją medyczną ewentualne jej uzupełnienie np. o opinie specjalistów) i w konsekwencji dobranie właściwej ścieżki rehabilitacji wymaga określonego czasu.

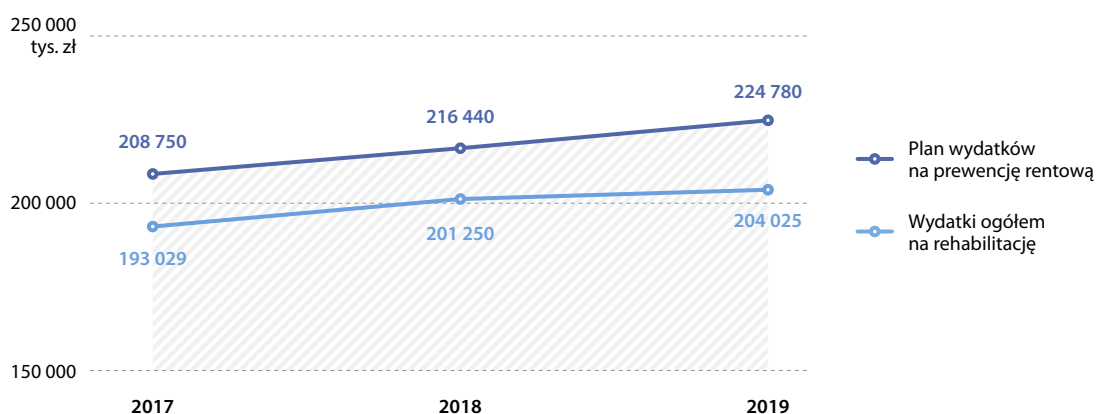
Z ustaleń kontroli wynika, że liczba osób, które zrezygnowały z rehabilitacji leczniczej wyniosła w latach 2018–2019 odpowiednio 11 436 i 10 760. Dodać należy, że obowiązujące przepisy nie przewidują sankcji za nieusprawiedliwione niestawiennictwo w ośrodku rehabilitacyjnym. Zakład podjął działania w celu zmiany przepisów umożliwiających zastosowanie sankcji wobec osób, które zostały skierowane na rehabilitację leczniczą, ale się na nią nie stawiły bez usprawiedliwienia. Do dnia zakończenia kontroli zmian tych nie wprowadzono. [str. 28]

6. W latach 2018–2019 na rehabilitację leczniczą zaplanowano 216 230 tys. zł i 224 570 tys. zł, natomiast wydatkowano 201 250 tys. zł i 204 025 tys. zł. Niższe niż planowano wykonanie kosztów wynikało m.in. z mniejszej liczby zawartych umów, wypowiedzenia przez ośrodki umów oraz niestawiennictwa osób skierowanych w ośrodkach. Średni koszt pobytu ubezpieczonego w ośrodku rehabilitacyjnym w 2019 r. wyniósł 2,3 tys. zł i był wyższy o 6,4% niż w 2018 r.

Niższe niż planowane wykonanie wydatków

Infografika 4

Planowane i wydatkowane środki na rehabilitację leczniczą w latach 2017–2019 (tys. zł)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych podczas kontroli.

Największe wydatki zostały poniesione na profil schorzeń narządu ruchu w systemie stacjonarnym (139 076,2 tys. zł i 134 067 tys. zł) i ambulatoryjnym (14 574,8 tys. zł i 14 602,3 tys. zł) oraz schorzeń układu krążenia w systemie stacjonarnym (11 347,8 tys. zł i 13 225,3 tys. zł). W tym okresie najniższa stawka jednego dnia pobytu wyniosła 26,54 zł (dotyczyła profilu leczenia narządu ruchu w systemie ambulatoryjnym), natomiast najwyższa 300 zł (dotyczyła narządu ruchu we wczesnych stanach pourazowych w systemie stacjonarnym) i 288,99 zł (dotyczyła profilu w schorzeniach ośrodkowego układu nerwowego). [str. 42–43]

W 2019 r. zwrócono 85 608 osobom koszty przyjazdu do ośrodków oraz opłatę uzdrowską w łącznej kwocie 6627,8 tys. zł. Na działalność informacyjno-promocyjną w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, która dotyczyła publikacji tekstów informacyjnych¹¹ poniesiono wydatki w wysokości 160 tys. zł (55,4 tys. zł w 2018 r. i 104,6 tys. zł w 2019 r.). Działalność informacyjno-promocyjna oddziałów ZUS objętych kontrolą w zakresie rehabilitacji leczniczej była nieznaczna. Oddziały w zasadzie nie inicjowały, ani też nie uczestniczyły w prowadzeniu działań informacyjno-promocyjnych stricte dedykowanych rehabilitacji leczniczej. [str. 45–47]

Niezapewnienie odpowiedniej liczby miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych

7. Główną przyczyną długiego okresu oczekiwania na rehabilitację były m.in. rezygnacje z odbycia rehabilitacji oraz niezapewnienie przez Centralę ZUS odpowiedniej liczby miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych. Wpływ na to miało m. in. nieposiadanie przez ZUS własnych ośrodków rehabilitacyjnych oraz w odniesieniu do niektórych profili brak wystarczającej liczby oferentów spełniających wymogi ZUS w zakresie rehabilitacji leczniczej. ZUS korzystał z ośrodków NFZ i ośrodków prywatnych. Na ich wybór ogłaszał postępowania przetargowe. W latach 2018–2019 Zakład przeprowadził 67 konkursów ofert na usługi rehabilitacyjne w ramach prewencji rentowej (dalej: konkursy ofert), z czego 11 konkursów (16,4%) zostało unieważnionych z powodu braku ofert, a w 18 konkursach (26,9%) została złożona tylko jedna oferta. Wszystkie konkursy ofert procedowane były w oparciu o *rozporządzenie* oraz *Politykę zarządzania rehabilitacją*. Na realizację rehabilitacji w ośrodkach, z którymi ZUS podpisał umowy wydatkowano w kontrolowanym okresie 405 274,9 tys. zł. [str. 47–51]

Kontrolą objęto cztery konkursy ofert, z czego trzy zakończone zawarciem umów z ośrodkami rehabilitacyjnymi oraz jeden konkurs unieważniony. We wszystkich badanych konkursach określono kryteria oceny ofert zgodne z § 13 ust. 3 *rozporządzenia*. Ranking ofert ustalany był na podstawie zaoferowanych cen jednego dnia pobytu w ośrodku osoby skierowanej na rehabilitację. Zapisy *rozporządzenia* nie dawały możliwości określenia dodatkowo punktowanych pozacenowych kryteriów oceny ofert, które miałyby istotny wpływ na wyższe standardy jakościowe ośrodków. Z ustaleń kontroli wynika, iż w większości przypadków ośrodki rehabilitacyjne dostosowywały swoje oferty składane do zaniżonych górnych stawek osobodnia, ustalanych przez ZUS w warunkach konkursowych. [str. 47–48]

Rozwiązywanie umów przez ośrodki rehabilitacyjne

8. W umowach z ośrodkami rehabilitacyjnymi ZUS dopuszczał rozwiązywanie umów przez ośrodki z powodu nie spełniania przez nie warunków, których spełnianie deklarowali w ofertach i zawieranych umowach. Takie działanie było jednak zgodne z *rozporządzeniem*. Ośrodki nie ponosiły przy tym żadnych konsekwencji finansowych, gdyż taka możliwość wynikała z § 18 ust. 5 pkt 2 *rozporządzenia*. Zawierane umowy nie

¹¹ Na podstawie zawartej umowy z Biurem Reklamy Gazet Lokalnych sp. z o.o. w 2018 r. opublikowano teksty informacyjne w 65 tygodnikach i czterech dwutygodnikach, a w 2019 r. w 115 tygodnikach i 2 dwutygodnikach.

przewidywały również obligatoryjnego naliczania kar umownych w takich sytuacjach. W kontrolowanym okresie 23 umowy (spośród 205 obowiązujących) zostały wypowiedziane przez ośrodki rehabilitacyjne z zachowaniem trzymiesięcznego okresu, m.in. z powodu braku kadry medycznej umożliwiającej realizację umowy, zwiększenia się kosztów stałych świadczenia usług medycznych i utrzymania ośrodka oraz konieczności przeprowadzenia remontu w ośrodku. Średnia ilość dni obowiązywania umów, które zostały rozwiązane wynosiła: około 721 dni w 2018 r. i około 608 dni w 2019 r. W ocenie NIK, w zakresie umów zawartych na okres powyżej 12 miesięcy zasadne byłoby wprowadzenie do nich postanowień pozwalających na dokonanie ich waloryzacji w przypadku zmiany: stawki podatku od towarów i usług, wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie art. 2 ust. 3–5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę¹², zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne – jeżeli zmiany te będą miały istotny wpływ na realizację świadczonych usług. Zasadna byłaby również nowelizacja *rozporządzenia*. Zmiany przepisów powinny dać możliwość naliczenia kar za wypowiedzenie umowy z winy ośrodka rehabilitacyjnego. [str. 49–50]

9. Kontrolą objęto sprawy, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku: nie pobierał z Zakładu świadczeń z tytułu niezdolności do pracy; pobierał zasiłki chorobowe; pobierał świadczenie rehabilitacyjne; pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy¹³.

W grupie 1423 spraw osób korzystających z rehabilitacji liczba dni w ciągu roku po przebytej rehabilitacji, za które ubezpieczony pobierał świadczenia z FUS wyniosła 194 867 dni, co stanowiło spadek o 59 614 dni (23,0%), w stosunku do liczby 254 481 dni w ciągu roku przed rehabilitacją. W badanej próbie zmniejszeniu uległa również kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku po przebytej rehabilitacji o 4390,53 tys. zł, tj. z 15 150,60 tys. zł do 10 760,08 tys. zł (28,98%). Zwiększeniu uległa natomiast kwota odprowadzonych składek z tytułu ubezpieczenia społecznego o 957,89 tys. zł, z 9507,24 tys. zł do 10 465,12 tys. zł (10,08%). W wyniku przebytych rehabilitacji, u 956 osób stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego (67,18%), u 448 osób stwierdzono brak poprawy (31,48% opinii), natomiast u 19 osób stwierdzono pogorszenie stanu zdrowia (1,34% opinii). W ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji, w badanej próbie 1423 osób/spraw 795 osób podlegało ubezpieczeniu społecznemu (55,87%). Ze świadczeń FUS korzystało 479 osób (33,66%). Bezrobotnymi pozostawało 80 osób (5,62%). Na emeryturze przebywało 55 osób (3,87%). [str. 51–59]

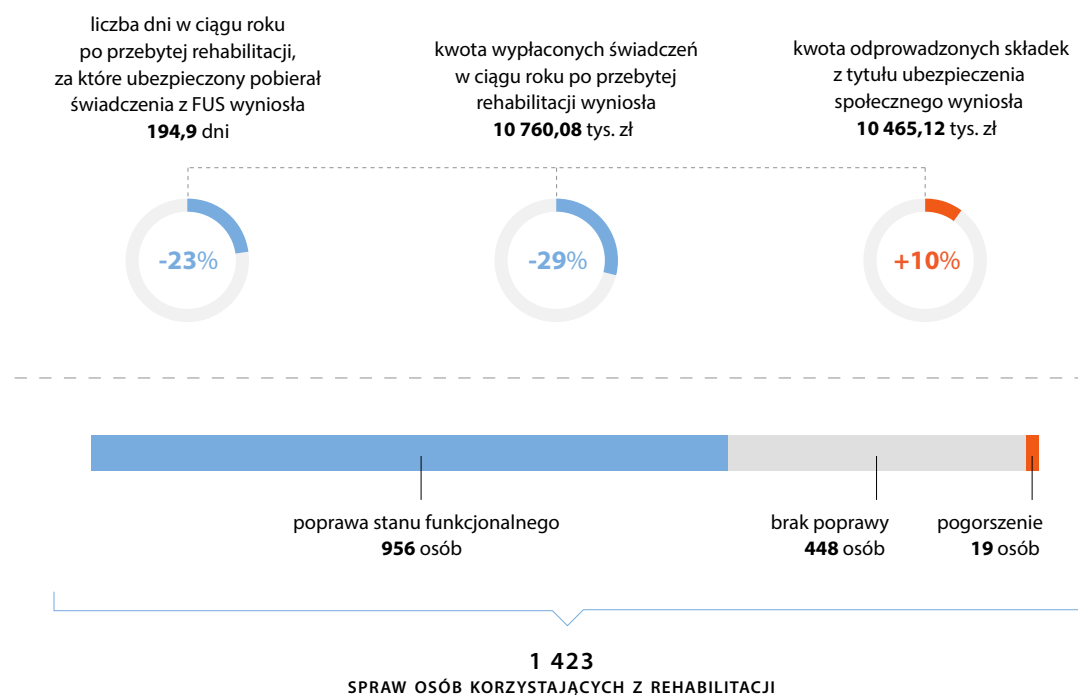
Badanie sytuacji osób po przebytej rehabilitacji leczniczej

¹² Dz. U. z 2020 r. poz. 2207.

¹³ Zwrócić należy uwagę, że badania kontrolne zostały zaprogramowane w następujący sposób: pierwsza grupa obejmowała osoby, które przez rozpoczęciem rehabilitacji leczniczej nie korzystały ze świadczeń FUS, druga osoby pobierające zasiłki chorobowe (tj. max do 270 dni), trzecia grupa to osoby, które pobierały świadczenia rehabilitacyjne (tj. nie mogły już pobierać zasiłków chorobowych), czwarta grupa obejmowała osoby pobierające rentę okresową (czyli osoby schorowane, które wcześniej korzystały z zasiłków chorobowych i świadczeń rehabilitacyjnych, ale dalej już nie mają takiej możliwości).

Infografika 5

Skuteczność rehabilitacji leczniczej ZUS w 2018 r.



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych podczas kontroli.

Zwrócić jednak należy uwagę, że w poszczególnych grupach sytuacja kształtowała się odmiennie.

Najlepsze wyniki osiągnięto w badanej próbie 358 spraw, dotyczących osób niekorzystających ze świadczeń FUS przed rozpoczęciem rehabilitacji. W ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji 300 osób podlegało ubezpieczeniu społecznemu, tj. 83,80% badanej próby. Ze świadczeń FUS korzystało 28 osób (7,82%). Bezrobotnymi pozostawały dwie osoby (0,56%). Na emeryturze przebywało 19 osób (5,30%). Poprawę stanu funkcjonalnego po pobycie w ośrodku rehabilitacyjnym stwierdzono u 83,80%, brak zmian u 15,64%, a pogorszenie u 0,56% badanych.

W badanej próbie 360 spraw, dotyczących osób pobierających zasiłek chorobowy przed rozpoczęciem rehabilitacji, 251 osób podlegało ubezpieczeniu społecznemu (69,72%). Ze świadczeń FUS, w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji korzystało 76 osób (21,11%). Bezrobotnymi pozostawało 17 osób (4,72%). Na emeryturze w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji przebywało 16 osób (4,45%). Poprawę stanu funkcjonalnego stwierdzono u 73,05%, brak zmian u 26,39%, a pogorszenie u 0,56% badanych.

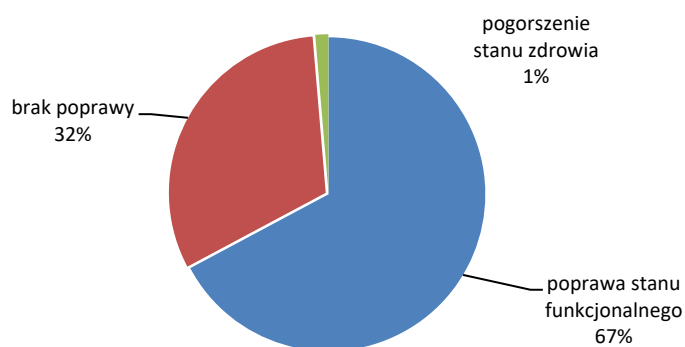
W badanej próbie 360 spraw, dotyczących osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne przed rozpoczęciem rehabilitacji 172 osoby podlegały ubezpieczeniu społecznemu (47,78%). Ze świadczeń FUS, w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji, korzystało 135 osób (37,50%). Bezrobotnymi pozostawało 40 osób (11,11%). Na emeryturze przebywało 10 osób (2,78%). Poprawę stanu funkcjonalnego stwierdzono u 60,00%, brak zmian u 37,50%, a pogorszenie u 2,50%.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Najgorsze wyniki osiągnięto w badanej próbie 341 spraw, dotyczących osób pobierających renty okresowe przed rozpoczęciem rehabilitacji. W tym przypadku tylko 69 osób odprowadzało składki ZUS (20,23%). Ze świadczeń FUS, w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji, korzystało 240 osób (70,38%). Bezrobotnymi pozostawało 21 osób (6,16%). Na emeryturze przebywało 10 osób (2,93%). Poprawę stanu funkcjonalnego stwierdzono u 50,73%, brak zmian u 47,50%, a pogorszenie u 1,77%.

Infografika 6

Wyniki osiągnięte w ośrodkach rehabilitacyjnych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Z powyższych danych wynika, że poziom skuteczności zastosowanej rehabilitacji leczniczej maleje wraz z wydłużaniem się okresu niezdolności do pracy ubezpieczonego poprzedzającym rehabilitację. W szczególności nie spełnia ona swojej roli w odniesieniu do wieloletnich rencistów, którzy wypadli z rynku pracy i nie posiadają wysokich kwalifikacji, bądź przywykli do stylu życia, jaki zapewnia im stałe świadczenie ZUS. Sprzyjają temu również obecne przepisy, które umożliwiają pracę osobom pobierającym renty, nawet jeśli orzeczono wobec nich całkowitą niezdolność do pracy.

Zwrócić jednak należy uwagę, że na efektywność rehabilitacji ma wpływ wiele czynników, przede wszystkim: stadium zaawansowania choroby (rehabilitacja we wczesnym stadium zmniejsza ryzyko utraty zdolności do pracy); rodzaj schorzenia; nasilenie objawów chorobowych; pojawienie się w trakcie rehabilitacji nowych schorzeń dotychczas nierozpoznanych; wyuczony i wykonywany zawód; czas pobierania ewentualnych świadczeń; sytuacja na rynku pracy; chęć i motywacja ubezpieczonego do powrotu do pracy.

Z przywołanych powyżej ustaleń kontroli wynika niska skuteczność Zakładu w zakresie rehabilitacji leczniczej osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy. W trakcie kontroli kierownicy kontrolowanych jednostek, zwracali uwagę że rehabilitacja lecznicza nie spełnia roli w odniesieniu do wieloletnich rencistów, którzy wypadli z rynku pracy i nie posiadają wysokich kwalifikacji, bądź przywykli do stylu życia, jaki zapewnia im stałe świadczenie ZUS oraz z powodu konfliktu pomiędzy celem prewencji, a warunkami pobierania świadczenia rentowego. Obecne przepisy, które umożliwiają pracę osobom pobierającym renty są przeciwstawne ekonomicznie założeniom prewencji, która co do zasady ma ograniczać ryzyko braku możliwości świadczenia pracy. [str. 58–59]

Niska skuteczność rehabilitacji leczniczej w przypadku osób pobierających rentę okresową

Paradoksalnie, o wiele lepsze wyniki osiągnięto w przypadku osób wobec których lekarz orzecznik uznał rehabilitację za niecelową. W badanej próbie 360 spraw, liczba dni w ciągu roku, po wydanych orzeczeniach o odmowie, 163 osoby podlegały ubezpieczeniu społecznemu, tj. 45,28% badanej próby. Ze świadczeń FUS, w ciągu roku po odmowie rehabilitacji, korzystało 138 osób, co stanowiło 38,33% ogółu badanych. Bezrobotnych było osiem osób (2,22%). Na emeryturze w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji przebywało 41 osób (11,39%). [str. 52–53]

Brak wiarygodnych i adekwatnych mierników oceny skuteczności

10. Zakład nie posiada wiarygodnych i adekwatnych mierników oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej realizowanej w ramach prewencji rentowej. Skuteczność rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej mierzona była przez Zakład odsetkiem ubezpieczonych, którzy po zakończeniu rehabilitacji nie korzystali z żadnych świadczeń z FUS w okresie 12 miesięcy od daty zakończenia rehabilitacji¹⁴. Według opracowania pn. „Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w 2017 r. w 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji” z 88,6 tys. osób poddanych rehabilitacji leczniczej w 2017 r. i objętych badaniem przez ZUS – 54,4 tys. osób, tj. 61,4% pobierało przed rehabilitacją leczniczą świadczenia z FUS. Struktura pobieranych świadczeń przedstawiała się następująco: 18,3 tys. (20,7%) osób pobierało zasiłek chorobowy, 28,5 tys. (32,2%) świadczenie rehabilitacyjne, a 7,5 tys. (8,5% rentę okresową). Żadnych świadczeń przed rehabilitacją nie pobierało 34,2 tys. osób (38,6%). Po przebytej rehabilitacji leczniczej 47,1 tys. osób (53,2%) nadal pobierało świadczenia z FUS. Zasiłek chorobowy pobierało 18 tys. (20,4%), świadczenie rehabilitacyjne 14,8 tys. (16,7%), a rentę okresową 14,3 tys. (16,1%). Tak więc, wg przyjętych przez ZUS założeń, w przypadku 46,8% osób rehabilitacja okazała się skuteczna. [str. 59–62]

W ocenie NIK, przyjęcie takiej metody badania skuteczności prewencji rentowej nie przedstawia precyzyjnie osiągniętych rezultatów. Dotyczy to m.in. skuteczności rehabilitacji w stosunku do osób, które przed rozpoczęciem rehabilitacji nie pobierały zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub renty okresowej z tytułu niezdolności do pracy. Wskaźnik poprawy stanu funkcjonalnego, mierzony poprzez niepobieranie świadczeń z FUS po zakończeniu leczenia rehabilitacyjnego przez okres jednego roku, nie był miarodajny, gdyż część z tych osób nie pobierała żadnych świadczeń z FUS przed skierowaniem na rehabilitację, jak i rok po jej zakończeniu.

Należy też zwrócić uwagę, że ocena skuteczności rehabilitacji leczniczej mierzona była wskaźnikiem liczby osób, które w ciągu 12 miesięcy po zakończeniu rehabilitacji nie pobierały żadnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Skoro celem rehabilitacji leczniczej jest przywrócenie zdolności do pracy to przy obliczaniu jej skuteczności powinny być brane pod uwagę tylko te osoby, u których cel rehabilitacji został zrealizowany. Uwzględniając przyjętą metodologię, do grupy osób skutecznie zrehabilitowanych zaliczane są osoby, które nie utrzymały się na rynku pracy. Dotyczy

¹⁴ Zakład dokonując oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej porównał w okresie 12 miesięcy po ukończeniu rehabilitacji sytuację osób, które w momencie skierowania na rehabilitację leczniczą pobierały: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, rentę okresową, a także osoby, które nie pobierały żadnych świadczeń.

to np. osób, które pobierały zasiłek chorobowy, czy też świadczenie rehabilitacyjne przez długi okres, a następnie po odbyciu rehabilitacji leczniczej utraciły pracę lub prawo do świadczeń (np. świadczenia rehabilitacyjnego). W związku z tym, że nie pobierają świadczeń z FUS, są zaliczane jako osoby skutecznie zrehabilitowane. Uwzględniając przyjętą metodologię, do grupy osób skutecznie zrehabilitowanych zaliczane są osoby, które przeszły na emeryturę po odbytej rehabilitacji leczniczej. Osoby te nie pobierają świadczeń z tytułu zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego, czy też renty okresowej, więc są zaliczane jako skutecznie zrehabilitowane.

Przy dokonywaniu oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej Zakład nie brał pod uwagę jej wyników uzyskanych w ośrodkach rehabilitacyjnych. Z ogólnej liczby 88,6 tys. osób poddanych badaniu, bezpośrednio po przebytej rehabilitacji leczniczej w przypadku 1,4% osób, ich stan został określony, jako „niezdolny do pracy, 0,9% – „pogorszenie” i 26,2% – „bez zmian”. Jak wynika z ustaleń kontroli przeprowadzonej w oddziałach ZUS, część z tych osób, mimo pogorszenia stanu zdrowia nadal pracuje lub prowadzi działalność gospodarczą. Dlatego też osoby te zaliczane są, jako skutecznie zrehabilitowane. Budzi to wątpliwości z tego względu, że rehabilitacja nie przyczyniła się do poprawy stanu funkcjonalnego w aspekcie odzyskania zdolności do pracy, a jednakże osoby takie były zaliczane do grupy osób skutecznie zrehabilitowanych. [str. 61]

Analiza powyższych danych wskazuje więc, że przyjęta przez Zakład metodologia pomiaru skuteczności rehabilitacji leczniczej osób zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy jest nieprecyzyjna, a uzyskane wyniki nie dają rzetelnej informacji o skuteczności prewencji rentowej. W konsekwencji, nie jest możliwe precyzyjne ustalenie na podstawie danych gromadzonych przez Zakład, jaki odsetek osób poddanych rehabilitacji powraca na rynek pracy. Skuteczność rehabilitacji leczniczej powinna odnosić się wprost do przywrócenia zdolności do pracy, co jest głównym celem rehabilitacji leczniczej i powinno nastąpić to po zastosowaniu odpowiedniego leczenia rehabilitacyjnego.

11. Oceny podsumowujące skuteczność rehabilitacji leczniczej realizowanej w ośrodkach rehabilitacyjnych w coraz mniejszym stopniu pozostają w związku z odzyskaniem zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji, zaś w coraz większym stopniu są zbieżne z ocenami wynikającymi z rehabilitacji leczniczej realizowanej przez NFZ, mimo że cele obu systemów rehabilitacji są różne. Celem prowadzonej przez ZUS rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej jest poprawa stanu funkcjonalnego w stopniu umożliwiającym podjęcie pracy osobom, które w wyniku choroby bądź urazu są zagrożone długotrwałą lub trwałą utratą zdolności do pracy i jednocześnie rokują jej odzyskanie po odbyciu rehabilitacji. Bezsprzeczne jest zatem, że skoro zasadniczym celem rehabilitacji leczniczej jest przywrócenie ubezpieczonym zdolności do pracy Zakład powinien wprowadzić narzędzia/mierniki, które szacowałyby efektywność rehabilitacji leczniczej, a tym samym skuteczność wykorzystywania środków publicznych. Narzędzia oceniające skuteczność rehabilitacji powinny być ściśle z tym celem powiązane. Dodatkowo należy podkreślić, że zgodnie z § 4 rozporządzenia, lekarz orzecznik i komisja lekarska Zakładu wydają orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej,

Brak wiarygodnych mierników skuteczności osiągniętej w ośrodkach rehabilitacyjnych

w stosunku do osoby uprawnionej, która rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzaniu rehabilitacji. Oznacza to, że uznając celowość skierowania na rehabilitację lekarz orzecznik ocenia, że rehabilitacja ma duże szanse na przywrócenie ubezpieczonemu pełnej sprawności.

Z ustaleń kontroli wynika, że do sierpnia 2015 r. ośrodki rehabilitacyjne w *Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS* musiały zawrzeć w opinii końcowej ocenę: „zdolny do pracy”, „niezdolny do pracy”, „brak opinii”. Od sierpnia 2015 r. rozróżnia się opinie: „poprawa”, „bez zmiany”, „pogorszenie”, „brak opinii z przyczyny dyscyplinarnej”, „brak opinii z innej przyczyny”. W umowach o świadczenie usług rehabilitacyjnych wprowadzono postanowienia, że informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS musi zawierać opinię końcową uwzględniającą stan funkcjonalny osoby skierowanej przez Zakład w aspekcie odzyskania zdolności do pracy. W 2019 r. postanowienia umów w tym zakresie zostały zmienione w ten sposób, że informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS powinna zawierać opinię końcową uwzględniającą stan funkcjonalny osoby skierowanej przez Zakład, bez wskazania w jakim stopniu dana osoba odzyskała zdolność do pracy po przeprowadzaniu rehabilitacji. Określenie stanu funkcjonalnego nie wskazuje, czy cel rehabilitacji został zrealizowany, bowiem poprawa stanu zdrowia może nie wiązać się z odzyskaniem zdolności do pracy. Wprowadzenie takich postanowień do umowy utrudnia ocenę w zakresie osiągnięcia celu rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ramach prewencji rentowej. Samo określenie poprawa stanu funkcjonalnego nie wskazuje czy cel rehabilitacji, czyli odzyskanie zdolności do pracy został zrealizowany. Reasumując, w ocenie NIK, oceny rehabilitacji leczniczej dokonywane po jej zakończeniu nie mogą pozostawać w oderwaniu od celu jakim jest prewencja rentowa, a co za tym idzie bez odniesienia do oceny zdolności do podjęcia pracy. [str. 62–64]

12. Prezes ZUS, za pośrednictwem naczelnego lekarza zakładu, sprawował nadzór, o którym mowa w § 12 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. W okresie objętym kontrolą w Zakładzie obowiązywała procedura do procesu 9.1. „Wydawanie orzeczeń”. Procedura regulowała m.in. dokonywanie ustaleń orzecznich w sprawach ustalenia uprawnień do polskich świadczeń i w sprawach poza ubezpieczeniowych. W trybie nadzoru nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego zostało rozpatrzonych: w 2018 r. – 7,4 tys. spraw i w 2019 r. – 7,6 tys. spraw. Do rozpatrzenia przez komisję lekarską w przypadkach, gdy w wyniku kontroli stwierdzono brak zgodności orzeczenia lekarza orzecznika lub orzeczenia komisji lekarskiej ze stanem faktycznym lub z zasadami orzecznictwa o niezdolności do pracy w 2018 r. i w 2019 r. skierowano po ok. 1,3 tys. spraw, co stanowiło ok. 0,1% ogółu orzeczeń. [str. 64–65]

Nienaliczanie
przez Zakład
kar umownych

W 2018 r. ZUS przeprowadził 88 kontroli w zakresie świadczonych usług w ośrodkach rehabilitacyjnych, w 2019 r. zaś 75 kontroli. W okresie objętym kontrolą ZUS nie rozwiązał żadnej umowy w związku ze stwierdzonymi w toku kontroli nieprawidłowościami. Na 120 postępowań kontrolnych, w których stwierdzono co najmniej jedną nieprawidłowość, jedynie w czterech przypadkach nałożono kary umowne. Zgodnie z zawieranymi przez ZUS umowami o świadczenie usług rehabilitacyjnych, w przypadku

stwierdzenia m.in. niespełnienia przez ośrodek wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych wskazanych w załączniku do umowy, braku realizacji obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej z przebiegu rehabilitacji, zmiany obiektu w którym świadczone są usługi rehabilitacyjne albo zmiany pokoi wskazanych w załączniku do umowy, Zakład ma prawo nałożyć karę umowną w wysokości 1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby ośrodkowi w danym roku, gdyby zrealizował w całości przedmiot umowy. W ocenie NIK brak obligatoryjności powoduje uznaniowość i nieprzejrzystość w nakładaniu kar umownych oraz może prowadzić do braku ich skuteczności, nierównego traktowania poszczególnych podmiotów, jak również zachęcać do świadczenia usług o niższym standardzie. Odstępstwa od wymagań lokalowych, medycznych czy kadrowych prowadzą do świadczenia usług o niższej jakości, a w rezultacie do niższej skuteczności rehabilitacji. [str. 65–68]

13. Program rehabilitacji leczniczej realizowany przez Zakład, jest w swojej istocie związany z obowiązującym systemem orzekania o niezdolności do pracy, a także z rehabilitacją leczniczą realizowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W 2017 r. Rada Ministrów podjęła decyzję o rozpoczęciu prac nad reformą systemu rentowego, zakładającą gruntowne zmiany w systemach orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy. Przygotowaniem projektu zmian zajmował się Międzyresortowy Zespół ds. Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności oraz Niezdolności do Pracy, powołany zarządzeniem nr 6 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 lutego 2017 r. Zadaniem Zespołu było dokonanie przeglądu systemów orzecznictwa w Polsce. Istotne zmiany miały dotyczyć również rehabilitacji leczniczej m.in. stworzenia kompleksowego systemu rekonwalescencji, ułatwiającego powrót do pracy. Kierunki prac reformujących system rentowy w dużym stopniu pokrywały się z wnioskami Najwyższej Izby Kontroli, przedstawionymi w informacji o wynikach kontroli P/12/105 pn. *Organizacja systemów orzecznictwa lekarskiego ZUS dla celów rentowych oraz orzekania o niepełnosprawności*. NIK stwierdziła bowiem nieosiągnięcie celów reformy z 1997 r., w wyniku której wyodrębniono systemy orzecznicze: lekarski ZUS dla celów rentowych oraz orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności. Rozdzielenie systemów nie przyczyniło się do osiągnięcia głównego priorytetu: zwiększenia roli rehabilitacji leczniczej i zawodowej oraz zmiany funkcji świadczeń z kompensacyjnych na formy aktywizujące. NIK zwróciła uwagę, że zadania wykonywane w obu systemach są podobne, a integracja systemów pozwoliłaby na zmniejszenie wydatków publicznych, zaś ujednoczenie orzecznictwa miałoby pozytywny wpływ na jakość orzekania. Zakończenie prac wspomnianego Zespołu wyznaczono na 29 czerwca 2018 r. Według informacji zamieszczonych w Internecie projekt ustawy regulującej zakres orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy został już opracowany i obecnie trwają analizy Pełnomocnika Rządu do spraw Osób Niepełnosprawnych w oparciu o ten projekt¹⁵.

Przenikanie się
systemów orzekania

¹⁵ Informacja taka znalazła się ona w odpowiedzi Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Pani Barbary Sochy z dnia 9 września 2020 r. na interpelację nr 10341 w sprawie niewykonania wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2014 r. dotyczącego świadczeń dla opiekunów dorosłych osób niepełnosprawnych, Stroniam Sejmu pod adresem: sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=BTBK37.

4. WNIOSKI

Minister Rodziny
i Polityki Społecznej

Najwyższa Izba Kontroli – na podstawie wyników kontroli – stwierdza konieczność przyspieszenia prac zmierzających do opracowania ostatecznej wersji projektu nowej ustawy, która winna w sposób spójny z obowiązującymi regulacjami prawnymi określić sposób funkcjonowania obecnych systemów orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy. Do czasu uchwalenia nowej ustawy należy podjąć działania zmierzające do:

1. Wprowadzenia odpłatności lub odpowiedzialności finansowej osób, które bez wystarczającego uzasadnienia, rezygnują z rozpoczęcia rehabilitacji po otrzymaniu skierowania do ośrodków rehabilitacyjnych lub swoim niewłaściwym zachowaniem powodują skrócenie w nim pobytu.
2. Umożliwienia ZUS formułowania – w konkursach ofert na usługi rehabilitacyjne w ramach prewencji rentowej – innych niż cena punktowanych kryteriów oceny ofert.

Wylimitowanie nieprawidłowości i zapewnienie celowego i gospodarnego wykorzystania środków wymaga:

Prezes Zakładu
Ubezpieczeń
Społecznych

1. Podjęcie działań w celu skrócenia średniego okresu oczekiwania na rehabilitację leczniczą od złożenia wniosku o rehabilitację do jej rozpoczęcia.
2. Podjęcie działań w celu wypracowania adekwatnych mierników umożliwiających dokonanie oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej uwzględniających trwałość osiągniętych efektów oraz cele rehabilitacji leczniczej, dedykowanej prewencji rentowej w podziale na poszczególne grupy ubezpieczonych (np. osoby niepobierające żadnych świadczeń z FUS, osoby pobierające zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne).
3. Uwzględnianie w ocenie skuteczności wyników rehabilitacji leczniczej osiągniętych w ośrodkach rehabilitacyjnych.
4. Zawieranie w *Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS* oceny podsumowującej skuteczność rehabilitacji leczniczej, w aspekcie odzyskania zdolności do pracy.
5. Zwiększenie nadzoru w zakresie ograniczenia występowania znacznych różnic opisu efektów rehabilitacji leczniczej zawartych w *Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS*, a faktycznym stanem funkcjonalnym ubezpieczonego, implikującym dalsze pobieranie świadczeń, po ocenionej jako skutecznej rehabilitacji leczniczej przez jednostkę realizującą konkretny profil rehabilitacji.
6. Podjęcie działań na rzecz zidentyfikowania i wylimitowania przyczyn niskiej skuteczności rehabilitacji leczniczej osób pobierających renty z tytułu czasowej niezdolności do pracy.
7. Wprowadzenie i stosowanie jednoznacznych zasad i kryteriów naliczania kar umownych, w przypadku niewywiązywania się ośrodków rehabilitacyjnych z warunków umowy.
8. Przeprowadzanie postępowań kontrolnych w ośrodkach rehabilitacyjnych zgodnie z zasadami określonymi w *Polityce zarządzania rehabilitacją*.
9. Kierowanie zaleceń pokontrolnych do ośrodków rehabilitacyjnych zgodnie z zasadami określonymi w *Polityce zarządzania rehabilitacją*.

- 10.** Wyeliminowanie przypadków orzekania przez lekarzy orzeczników, pomimo nieukończenia przez nich szkolenia, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.
- 11.** Rozważenie wprowadzenia możliwości skierowania przez lekarza orzecznika pacjentów w określonych przypadkach, na tzw. szybszą ścieżką, w szczególności osób, które są np. po zabiegach i wskazane jest podjęcie natychmiastowej rehabilitacji.

Jednocześnie niezbędne jest kontynuowanie działań na rzecz osiągnięcia i utrzymania odpowiedniego poziomu zatrudnienia lekarzy orzeczników i lekarzy orzeczników – członków komisji lekarskich.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Realizacja zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej

5.1.1. Skala i zakres prowadzonej działalności

Zakres
prowadzonej
działalności

ZUS prowadzi rehabilitację leczniczą w ramach 11 profili leczniczych. W 2018 r. Zakład prowadził rehabilitację leczniczą w ramach 10 profili, z czego siedem realizowano w trybie stacjonarnym, tj. narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, chorób psychosomatycznych, po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, narządu głosu, narządu ruchu we wczesnych stanach pourazowych. Trzy profile realizowano w trybie ambulatoryjnym, tj. narządu ruchu, układu krążenia, układu krążenia z możliwością rehabilitacji monitorowanej telemedycznie. Powyższe profile rehabilitacji były wprowadzane od 1996 r. zaczynając od chorób narządu ruchu oraz układu krążenia w systemie stacjonarnym.

W 2019 r. wprowadzono pilotażowo nowy profil w trybie stacjonarnym, tj. schorzenia ośrodkowego układu nerwowego, w oparciu o wytyczne ekspertów wchodzących w skład powołanego w 2018 r. Zespołu konsultacyjnego ds. opracowania pilotażowego programu rehabilitacji leczniczej osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Program rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (dalej: OUN) zawierał: założenia i cele rehabilitacji leczniczej dla osób z uszkodzeniem OUN; kryteria kwalifikacji pacjentów z uszkodzeniem OUN; wymogi dotyczące wyposażenia ośrodków rehabilitacyjnych; kwalifikacje i liczbę personelu; estymację kosztów pobytu rehabilitacyjnego; społeczne i ekonomiczne efekty programu rehabilitacji OUN. Z ustaleń kontroli wynika że Program spełniał wymagania określone w § 4 *Polityka zarządzania rehabilitacją*.

Jednostki chorobowe
objęte profilami
leczniczymi

Z ustaleń kontroli wynika, że prowadzona przez ZUS rehabilitacja nie ma charakteru powszechnego¹⁶. W ramach 11 profili leczniczych obejmuje ona 248 jednostek chorobowych¹⁷, w tym: profile obejmujące choroby narządu ruchu w systemie stacjonarnym oraz choroby narządu ruchu w systemie ambulatoryjnym obejmują – po 48 jednostek; choroby układu krążenia w systemie stacjonarnym oraz ambulatoryjnym – po 18 jednostek; choroby układu krążenia w systemie ambulatoryjnym z monitorowaniem telemedycznym – 18 jednostek; choroby układu oddechowego – dziewięć jednostek; choroby ośrodkowego układu nerwowego – 14 jednostek; rehabilitacja po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego – jedna jednostka; choroby narządu głosu – osiem jednostek; choroby psychosomatyczne – 21 jednostek; wczesna powypadkowa rehabilitacja narządu ruchu – 45 jednostek.

¹⁶ Powszechność – z programu może skorzystać każda ubezpieczona osoba, która w wyniku choroby lub urazu jest zagrożona długotrwałą lub trwałą utratą zdolności do pracy, ale rokuje jej odzyskanie po zastosowaniu kompleksowej rehabilitacji. Aktualizacja podręcznika „Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS”, Rozdział: „Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS”. Trzeci kwartał 2019 r.

¹⁷ Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Jednostek chorobowych, które nie są objęte profilami rehabilitacji leczniczej jest około 1962 i należą do nich m.in.: niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze – ok. 200 jednostek; nowotwory – ok. 130 jednostek; zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – ok. 50 jednostek; choroby układu krążenia – ok. 50 jednostek; choroby skóry i tkanki podskórnej – ok. 70 jednostek; choroby układu oddechowego – ok. 40 jednostek; choroby układu moczowo-płciowego – ok. 60 jednostek; ciąża, poród i połóg – ok. 70 jednostek.

Realizowane profile powiązane były z grupami chorób generujących największe wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy. W 2018 r. grupami chorobowymi generującymi najwyższe koszty były: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 15,8%; choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 14,3%; choroby układu krążenia – 10%; choroby układu nerwowego – 8,1%; choroby układu oddechowego – 8,5%; nowotwory – 4,7%.

Rehabilitacja lecznicza koncentrowała się w największym stopniu w profilach schorzeń narządu ruchu w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym. W latach 2017–2019 odpowiednio: 81,6%; 84,7%; 82,8% ogółu osób odbyło rehabilitację w tych profilach. Natomiast w sześciu z dziewięciu pozostałych profili liczba osób zmniejszyła się.

W latach 2017–2019 liczba osób rehabilitowanych w poszczególnych profilach kształtowała się następująco: schorzeń narządu ruchu po wypadkach zmniejszyła się z 288 do 276 osób; układu krążenia stacjonarnie z 6366 do 5337 osób; układu krążenia ambulatoryjnie ze 190 do 131 osób; układu krążenia telemedycznie ze 194 do 153 osób; chorób psychosomatycznych z 4150 do 2409 osób; schorzeń układu oddechowego z 2224 do 1945 osób.

Tabela nr 1

Liczbę osób skierowanych oraz liczbę osób, które odbyły rehabilitację z podziałem na profile przedstawiono w tabeli poniżej:

Lp.	Wyszczególnienie	2017	2018	2019
1.	Liczba skierowań	100 522	98 784	97 416
2.	Liczba rehabilitowanych	88 802	90 570	86 392
	profile rehabilitacji:			
a)	narządu ruchu stacjonarnie	61 688	65 795	60 554
b)	narządu ruchu ambulatoryjnie	10 748	10 914	10 946
c)	narządu ruchu po wypadkach	288	69	276
d)	układu krążenia stacjonarnie	6 366	4 978	5 337
e)	układu krążenia ambulatoryjnie	190	116	131
f)	układu krążenia telemedycznie	194	172	153
g)	psychosomatyczne	4 150	2 922	2 409
h)	układu oddechowego	2 224	1 845	1 945
i)	onkologii gruczołu piersiowego	1 699	1 744	1 737
j)	narządu głosu	1 255	2 015	2 747
k)	Inne	–	–	157

Źródło: na podstawie danych zebranych w Centrali ZUS.

Ustalenia kontroli wskazują na konieczność identyfikacji kolejnych jednostek chorobowych, w których celowe byłoby prowadzenie rehabilitacji leczniczej i ewentualne wprowadzenie dodatkowych profili leczniczych.

Brak prac nad tworzeniem nowych profili

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Z zebranych w trakcie kontroli informacji wynika, że istnieje konieczność tworzenia nowych profili.

Przykłady

Oddział w Słupsku: Uważam, że warto dążyć do wprowadzania nowych profili rehabilitacji leczniczej. Proponuję nowy profil onkologiczny – przeznaczony dla klientów, u których występuje niskie zaawansowanie schorzenia. Inny przykład w tym zakresie może również stanowić rozszerzenie profilu psychosomatycznego – poprzez wyodrębnienie „podprofilu” w jego ramach – dedykowanego właśnie ww. grupie klientów.

Miejskie Centrum Zdrowia: Z naszego doświadczenia wynika, że kolejnym profilem winny być choroby diabetologiczne, gdzie w trakcie rehabilitacji pacjenci uzyskiwaliby zdolność do pracy, jak również zostałyby wdrożone odpowiednie mechanizmy do postępowania w życiu codziennym.

W mniejszym stopniu wskazywano na konieczność tworzenia łączonych profili.

Przykłady

„FIZJO – MED II” sp. z o.o.: Uważam, iż nie ma potrzeby stwarzania łączonych profili, ponieważ każdy ośrodek specjalizuje się w swojej jednostce i tylko wtedy jest w stanie właściwie pomóc. Pacjenci laryngologiczni powinni być kierowani do ośrodków, które mają odpowiednich specjalistów i doświadczenia w tej dziedzinie, onkologiczni do ośrodków, które specjalizują się w leczeniu osób z chorobą nowotworową, kardiologiczni do ośrodków, które są wyposażone w odpowiedni sprzęt do monitorowania takich pacjentów, a z chorobami narządu ruchu do ośrodków, które zatrudniają specjalistów terapii manualnej i specjalistów prowadzących gimnastykę w basenie. Mieszanie profili mogłoby wyrządzić więcej szkody niż pomóc.

Oddział w Słupsku: Tworzenie profili rehabilitacji, które obejmowałyby więcej niż jeden obecny profil rehabilitacji – jest uzasadnione. Przykładowo – schorzenia kardiologiczne bardzo często występują wśród osób, u których współistnieją choroby zwyrodnieniowe. Łączenie profili rehabilitacji może skutkować poprawą stanu funkcjonalnego klienta w większym stopniu. Taka zmiana mogłaby również przyczynić się do krótszego okresu pobierania świadczeń.

5.1.2. Wydawanie orzeczeń i kierowanie na rehabilitację leczniczą

Wydawanie orzeczeń

Podstawą skierowania osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego jest wydane przez lekarza orzecznika ZUS orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej. Orzeczenie takie lekarz orzecznik może wydać: orzekając o niezdolności do pracy do celów rentowych, orzekając o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego, dokonując kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy, na wniosek lekarza leczącego w okresie trwania czasowej niezdolności do pracy.

Wydawanie orzeczeń w zakresie rehabilitacji

W latach 2017–2019 liczba pozytywnych orzeczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej zmniejszyła się z 101 520 do 100 280. W tym okresie liczba orzeczeń o braku potrzeby rehabilitacji wzrosła z 19 274 do 20 375, a liczba odmów rehabilitacji ze względów formalnych z 1531 do 1937. Podstawowe dane w omawianym zakresie przedstawiono w tabeli poniżej:

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tabela nr 2

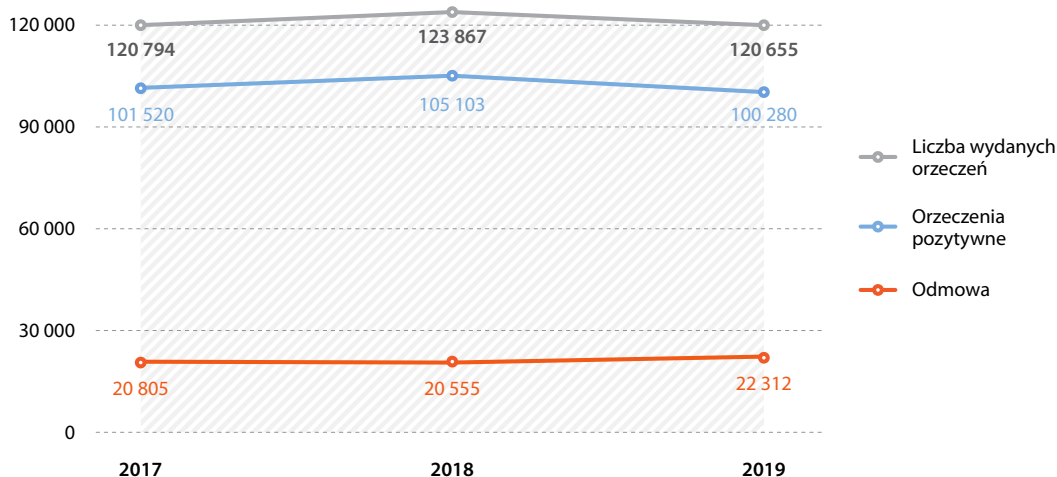
Lp.	Wyszczególnienie	2017	2018	2019
1.	Liczba wniosków o rehabilitację leczniczą	86 347	90 386	95 340
1.	Liczba wydanych orzeczeń	120 794	123 867	120 655
2.	Orzeczenia pozytywne:	101 520	105 103	100 280
3.	wydane w związku z chorobą zawodową	36	34	34
4.	wydane w związku z wypadkiem przy pracy	1 783	1 817	1 517
5.	Odmowa (ogółem):	20 805	20 555	22 312
6.	Orzecznicza	19 274	18 764	20 375
7.	Formalna	1 531	1 791	1 937

Źródło: na podstawie danych zebranych w Centrali ZUS.

W latach 2017–2019 liczba wydanych orzeczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej zmniejszyła się z 120 794 do 120 655¹⁸. Orzeczenia wydawane były głównie na wniosek lekarza leczącego (§ 2 ust. 1 *rozporządzenia*). Ich liczba zwiększyła się z 81 906 do 90 275. Znacznie do tego przyczyniła się zmiana przepisów dotycząca obowiązku wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy w formie elektronicznej, gdyż system przypomina lekarzowi o możliwości skierowania pacjenta na rehabilitację w przypadkach, gdy czasowa niezdolność do pracy jest orzekana z powodu schorzeń będących w programie prewencyjnym ZUS. W przypadku pozytywnej decyzji lekarza o skierowaniu na rehabilitację system otwiera właściwy formularz (PR-4) i wprowadza automatycznie dane pacjenta. W związku z tym lekarz może od razu wystawić wniosek i przesłać go w formie elektronicznej do Zakładu w celu wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji. W sytuacji, gdy lekarz prowadzący nie wydaje zaświadczenia lekarskiego, wniosek o rehabilitację może wystawić na Platformie Usług Elektronicznych ZUS, gdzie w katalogu usług dostępny jest ww. formularz.

Infografika 7

Liczba wydanych orzeczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej w latach 2017–2019



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych podczas kontroli.

¹⁸ Zakład dzieli sposób rozpatrzenia wniosków o rehabilitację leczniczą na: **1)** odmowę formalną/przyczyny formalne; **2)** potrzebę rehabilitacji – sytuacja taka ma miejsce, gdy u osoby uprawnionej stwierdzono naruszenie sprawności organizmu, które stwarza zagrożenie całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, przy czym osoba taka musi rokować, że po odbyciu turnusu rehabilitacyjnego odzyska sprawność; **3)** brak potrzeby rehabilitacji – sytuacja taka ma miejsce, gdy u osoby uprawnionej nie stwierdzono zagrożenia całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy albo uznano rehabilitację za niecelową, tj. osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokuje odzyskania zdolności do pracy, a także **4)** brak orzeczenia (np. złożono wniosek o rehabilitację leczniczą w schorzeniach, w których ZUS nie realizuje rehabilitacji; zrezygnowano z ubiegania się o rehabilitację).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W coraz mniejszym stopniu osoby wymagające rehabilitacji identyfikowane były przez lekarzy orzeczników, którzy mogą wydać orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej:

- 1) orzekając o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego (§ 3 ust. 1 *rozporządzenia*) – spadek z 28 623 do 23 085,
- 2) orzekając w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych (§ 3 ust. 1 *rozporządzenia*) – spadek z 7046 do 5322,
- 3) wykonując kontrolę prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich (§ 3 ust. 2 *rozporządzenia*) – spadek z 3219 do 1973.

Z ustaleń kontroli wynika, że było to głównie wynikiem skróceniem czasu na wydawanie orzeczeń oraz zmniejszeniem liczby wniosków o te świadczenia trafiających do rozpatrzenia przez lekarzy orzeczników (łącznie liczba orzeczeń lekarzy orzeczników wydanych w sprawach dotyczących wymienionych świadczeń również spadła w latach 2017–2019 z 473,7 tys. do 408,9 tys., tj. o 13,7%).

Duża liczba osób rezygnujących z rehabilitacji leczniczej

Co istotne, liczba osób, które zrezygnowały z rehabilitacji leczniczej wyniosła w latach 2018–2019 odpowiednio 11 436 i 10 760. Termin turnusu zmieniło w tym okresie 8947 i 8952 osób. Obowiązujące przepisy nie przewidują sankcji za nieusprawiedliwione niestawiennictwo w ośrodku rehabilitacyjnym. Zakład podjął działania w celu zmiany przepisów, tak aby możliwe było zastosowanie sankcji wobec osób, które zostały skierowane przez Zakład na rehabilitację leczniczą, ale się na nią nie stawiły bez usprawiedliwienia. W dniu 3 grudnia 2018 r. Zakład zwrócił się do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z propozycją zmian przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych¹⁹. Zmiany miałyby dotyczyć możliwości zastosowania sankcji wobec osób, które zostały skierowane przez Zakład na rehabilitację leczniczą, ale się na nią nie stawiły bez usprawiedliwienia. Do dnia zakończenia kontroli nie wprowadzono zmian legislacyjnych w omawianym zakresie.

Orzekanie na podstawie dokumentacji, bez badań bezpośrednich

Lekarze orzecznicy w coraz większym stopniu orzekali na podstawie dokumentacji, bez przeprowadzenia bezpośredniego badania co miało związek ze zwiększonym napływem wniosków w związku z nowymi zadaniami, nałożonymi na lekarzy orzecznictwa lekarskiego ustawą z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Jak ustalono, mimo podejmowanych działań, Zakład nie zdołał pozyskać wystarczającej liczby lekarzy orzeczników i lekarzy orzeczników – członków komisji lekarskich. Wobec niewystarczającej obsady kadrowej we wrześniu 2017 r. naczelny lekarz zakładu skrócił przedział czasowy na rozpatrzenie spraw dotyczących wydawania orzeczeń dla celów świadczeń z ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń wypłacanych przez ZUS.

¹⁹ Dz. U. z 2020 r. poz. 53, ze zm.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- z 30 minut na 20 minut w sprawach, w których orzeczenie miało zostać wydane na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej;
- z 60 minut na 40 minut w sprawach, w których orzeczenie miało zostać wydane po przeprowadzeniu bezpośredniego badania.

W piśmie do głównych lekarzy orzeczników, naczelny lekarz zakładu stwierdził m.in., że analiza spraw rozpatrywanych w trybie nadzoru nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego wskazuje, że istnieje potrzeba wykorzystywania w większym stopniu możliwości wydania orzeczenia w sprawach świadczeń bez przeprowadzania bezpośredniego badania przez lekarza orzecznika. Od dnia 1 października 2019 r. w pierwszym przypadku skrócono przedział czasowy z 20 minut na 15 minut oraz w drugim z 40 minut do 30 minut, a od dnia 14 kwietnia 2020 r. wydłużono przedział czasowy odpowiednio na 20 minut oraz 40 minut.

W ocenie NIK, taka praktyka rodzi ryzyka dla rzetelności i skuteczności procesu rehabilitacji leczniczej. Dokładne zapoznanie się ze stanem zdrowotnym pacjenta, dysfunkcjami jego organizmu zagrażającymi całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, zapoznanie się z dokumentacją medyczną (określenie ewentualnego zakresu uzupełnienia tej dokumentacji np. o opinie specjalistów) i w konsekwencji dobranie właściwej ścieżki rehabilitacji wymaga określonego czasu. Również zasadne jest wskazanie, że orzekanie na podstawie bezpośredniego badania sprzyja bardziej trafnej i skutecznej diagnozie, w porównaniu z orzekaniem na podstawie zgromadzonej dokumentacji. Dodatkowo, istnieje możliwość poznania osobistej motywacji i zaangażowania, a są czynniki niewątpliwie wspierające proces rehabilitacji leczniczej na etapie jej realizacji w ośrodkach rehabilitacyjnych. Jednakże zgodnie z obecnymi procedurami czynnik ten pozostaje bez wpływu na orzecznictwo w tym zakresie.

Przykłady

Oddział w Poznaniu: Część wnioskodawców uważa, że jest to swego rodzaju możliwość wypoczynku, którego koszty w całości pokrywane są przez Zakład, nie obciążając tym samym budżetu domowego. Takie smutne wnioski wyciągam z bieżącej obserwacji zachowań klientów, którzy niejednokrotnie podczas wizyt w ramach dyżurów Dyrektora oddziału wygłaszali tezy o konieczności wypoczynku i to najlepiej w określonym terminie, w określonym miejscu (najbardziej pożądane są pobyty w znanych kurortach) i w określonym towarzystwie (np. męża, siostry, koleżanki). Elementem uniemożliwiającym bądź znacznie utrudniającym rzeczywistą rehabilitację jest niechęć osób pobierających świadczenia rentowe do uzyskania poprawy stanu zdrowia, które ich zdaniem przyczyni się do utraty prawa do renty. Wiele osób z tego grona ubezpieczonych zdecydowanie bardziej woli pobierać rentę, niż utracić do niej prawo na skutek opisanej przez lekarzy w ośrodku rehabilitacyjnym poprawy stanu zdrowia. Renta jest dla większości osób dodatkowym źródłem dochodu (zwłaszcza dotyczy to orzeczeń częściowej niezdolności do pracy) poza świadczoną legalnie bądź nie, pracą zarobkową i zdecydowanie poprawia sytuację finansową zainteresowanych.

Oddział w Wałbrzychu: Ważnym elementem skuteczności rehabilitacji jest również motywacja samych ubezpieczonych. Im dłuższy okres niezdolności do pracy i pobierania świadczeń, tym mniejsza motywacja odzyskania zdolności do pracy. Ubezpieczony nabiera przekonania, że świadczenie mu się należy, przyjmuje postawę prorentową.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Klinika Psychosomatyczna SOL: Widoczna jest różnica w zaangażowaniu pacjentów do wykonywania procedur medycznych pomiędzy osobami przebywającymi na zwolnieniach lekarskich, a osobami pobierającymi świadczenia tj. renta. Nadmierne prośby o przepustki, skracanie pobytów „z powodów rodzinnych”, wcześniejsze wyjazdy (dzień lub dwa przed zakończeniem turnusu), złe nastawienie pacjenta utrudnia współpracę z personelem medycznym, powodują niezasadne roszczenia, co przekłada się m.in. na efekty rehabilitacji.

W ocenie NIK, rosnąca ilość spraw oraz niewystarczająca liczba lekarzy orzeczników nie usprawiedliwia skracania czasu na wydawanie orzeczenia.

Niewystarczający nadzór nad wydawaniem orzeczeń

Sytuacja kadrowa miała także wpływ na nadzór sprawowany przez głównych lekarzy orzeczników lub ich zastępców nad wydawaniem orzeczeń. W siedmiu oddziałach ZUS główni lekarze orzecznicy lub ich zastępcy nie kontrolowali 60% dokumentacji, stanowiącej podstawę do wydania orzeczeń w miesiącu, co stanowiło naruszenie Procedury 9.1 – Wydawanie orzeczeń. Odsetek skontrolowanej dokumentacji wynosił w tych oddziałach od 10% do 51%.

Przykłady

W **Oddziale w Krakowie** w trzech z sześciu miesięcy kontrolą objęto: 58,7%, 57,1%, 59,6% spraw. W **oddziale w Nowym Sączu** w pięciu miesiącach 2019 r. kontrolą objęto: 18,3% spraw w lipcu, 49% w sierpniu, 29,5% we wrześniu, 52,2% w październiku i 9,3% spraw w grudniu 2019 r. W **II oddziale w Warszawie** w grudniu 2019 r. przeprowadzono analizę jedynie 10% wymaganej dokumentacji. W **oddziale w Ostrowie Wielkopolskim** w okresie od sierpnia do grudnia 2019 r. kontrolą objęto 46,6% do 55,1%.

Prawidłowość i terminowość wydawania orzeczeń

Lekarze orzecznicy na ogół kierowali osoby na rehabilitację leczniczą zgodnie z wymogami rozporządzenia oraz wewnętrznymi uregulowaniami ZUS w tym zakresie. W czterech oddziałach ZUS stwierdzono jednak przypadki braku sporządzenia uzasadnienia w aplikacji Wspomaganie Orzecznictwa (WO) dla przydzielenia spraw lekarzom orzecznikom z pominięciem losowania. Zgodnie z pkt 1 „Postanowień ogólnych”, stanowiących załącznik nr 6 do zarządzenia nr 39 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1 „Wydawanie orzeczeń”, w przypadku przydzielenia sprawy do wybranego lekarza orzecznika, główny lekarz orzecznik albo jego zastępca sporządza uzasadnienie w WO. I tak:

Przykłady

W **oddziale w Ostrowie Wielkopolskim** główny lekarz orzecznik oddziału ZUS lub jego zastępca nie w pełni realizowali zadania nałożone na nich Procedurą 9.1. Stwierdzono przypadki (83,3%) braku sporządzenia uzasadnienia w aplikacji WO dla przydzielenia spraw lekarzom orzecznikom z pominięciem losowania.

W **oddziale w Biłgoraju** stwierdzono dwa przypadki niesporządzenia uzasadnienia w aplikacji WO w związku z przydzieleniem sprawy lekarzowi orzecznikowi z pominięciem losowania.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W dwóch oddziałach ZUS termin obsługi orzeczenia liczony od daty wydania orzeczenia do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację przekroczył 30 dni. Zgodnie z pkt 20 załącznika Nr 3 – Instrukcji dotyczącej kierowania na rehabilitację leczniczą do zarządzenia Nr 41 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 30 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3 „Realizacja rehabilitacji leczniczej”, termin obsługi orzeczenia, nie powinien przekroczyć 30 dni liczonych od daty wydania orzeczenia do daty emisji zawiadomienia o skierowaniu na rehabilitację²⁰.

Przykład

W oddziale w Nowym Sączu w jednej sprawie obowiązujący w ZUS termin 30 dni na obsługę orzeczenia, wydanego przy orzekaniu w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych przekroczone o cztery dni.

Inne stwierdzone nieprawidłowości występowały w pojedynczych przypadkach i dotyczyły niekompletności opisu w dokumentacji, czy też przekraczania wymaganych terminów.

Przykłady

W oddziale w Gdańsku brak było w uzasadnieniach i podsumowaniach ustaleń orzeczniczych informacji dotyczących: oceny naruszenia sprawności organizmu w zakresie: stopnia i charakteru, w jakim wymienione dysfunkcje naruszają sprawność całego organizmu – odpowiednio w 36 i 48 sprawach (50% i 66,7%), zmiany naruszenia sprawności organizmu w porównaniu do poprzedniego badania przez lekarza orzecznika ZUS – w 28 przypadkach (38,9%), rokowań poprawy stanu zdrowia po odbyciu rehabilitacji – w 28 sprawach (38,9%), informacji stwierdzenia czy naruszona sprawność organizmu uniemożliwia wykonywanie pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji – w 59 przypadkach (81,9%), oceny konieczności przeprowadzenia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS – w pięciu badanych sprawach (6,9%), a w 20 (27,8%) nie podano profilu tej rehabilitacji. Działanie takie było niezgodne z pkt 6 załącznika nr 3 Procedury 9.1. Wydawanie orzeczeń”.

W oddziale w Nowym Sączu w 16 sprawach (22,2%) z 72 badanych dokumentację medyczną ubezpieczonych przekazano do ośrodka rehabilitacyjnego w okresie krótszym niż 10 dni przed planowanym rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego, a w dwóch (2,8%) w okresie dłuższym niż dwa tygodnie. Stanowiło to naruszenie Procedury 9.3 Realizacja rehabilitacji leczniczej, pkt 26 załącznik nr 3 – Instrukcja dotycząca kierowania na rehabilitację leczniczą.

Wydawanie orzeczeń o przekwalifikowaniu zawodowym

W znikomym stopniu wydawano orzeczenia o przekwalifikowaniu zawodowym. Ich liczba zmniejszyła się z 219 w 2017 r. do 144 w 2019 r. Problematyka ta wiąże się z instytucją renty szkoleniowej, o jakiej mowa w art. 60 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z FUS. Od wielu lat nie zmienia się także stan prawny w omawianym zakresie. Uczynienie

Znikoma liczba orzeczeń o przekwalifikowaniu zawodowym

²⁰ W okresie objętym kontrolą NIK obowiązywała Procedura 9.3. wersja 1 0. wprowadzona zarządzeniem nr 41 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.3. „Realizacja rehabilitacji leczniczej”, następnie Procedura 9.3. wersja 1.1. wprowadzona zarządzeniem nr 40 Prezesa ZUS z dnia 25 czerwca 2018 r.

z instytucji renty szkoleniowej efektywnego narzędzia, ściśle związane jest z potrzebą zmian legislacyjnych systemu orzekania o niezdolności do pracy i niepełnosprawności. Przede wszystkim przygotowania koncepcji rozwiązań usprawniających realizację procesu przekwalifikowania zawodowego osób, którym została przyznana renta szkoleniowa, w tym poprawy efektywności współpracy oddziałów ZUS z urzędami pracy.

Według danych zebranych w trakcie kontroli w oddziałach ZUS, wpływ na to miała również mała skuteczność prowadzonych działań w tym zakresie i mała dostępność kursów zawodowych prowadzonych przez urzędy pracy w okresie orzeczonej renty szkoleniowej. W ocenie NIK, programy prewencyjne prowadzone przez ZUS powinny być uzupełnione o aktywne poradnictwo zawodowe z rozszerzonymi programami przekwalifikowania pracownika (po analizie rynku pracy i zapotrzebowania zgłoszonego przez pracodawców) już na wczesnym etapie zasiłku chorobowego (zwłaszcza u osób z podstawowym i zawodowym wykształceniem), u których jest duże ryzyko braku możliwości powrotu do dotychczasowej pracy.

Przykłady

Oddział w Nowym Sączu: Orzeczenia o konieczności przekwalifikowania zawodowego w praktyce nie dają oczekiwanego rezultatu w postaci odzyskania zdolności do pracy według nowych nabytych kwalifikacji. Wynika to z niechęci osób do przekwalifikowania się i przedstawianiu zaświadczeń lekarskich o przeciwwskazaniach do podjęcia pracy w proponowanym profilu – to skutkuje rezygnacją przez ośrodki szkoleniowe od postępowania w tym zakresie. W praktyce osoba będąca świadczeniobiorcą ZUS pozostaje nadal na pozycji osoby niezdolnej do pracy, co leży w jej zainteresowaniu.

Oddział w Rybniku: Należy podkreślić, że w aktualnym stanie legislacyjnym przekwalifikowanie zawodowe jest nieskuteczne.

Oddział w Wałbrzychu: Proponowane zmiany kwalifikacji są mało atrakcyjne dla ubezpieczonych (wąskie pasmo szkoleń i nabywanych dzięki nim umiejętności). Ponadto wpływ na przywrócenie osób rehabilitowanych do pracy ma ich motywacja, która spada wraz z okresem pobierania renty.

Średni okres oczekiwania na rehabilitację leczniczą

Rezerwacja miejsc w ośrodkach odbywała się przy wykorzystaniu aplikacji WL (Wspomaganie prewencji Kompleksowego Systemu Informatycznego w Oddziałach ZUS). Po uprawomocnieniu się orzeczenia o potrzebie rehabilitacji (14 dni) miejsce zostaje zarezerwowane w aplikacji WL. Jest to pierwsze dostępne wolne miejsce w ośrodku położonym najbliżej miejsca zamieszkania ubezpieczonego. Na podstawie rezerwacji emitowane było zawiadomienie o skierowaniu na rehabilitację. W przypadku gdy lekarz orzecznik wskaże w orzeczeniu miejsce lub termin rehabilitacji, realizowane są wskazania lekarza orzecznika. Natomiast gdy osoba kierowana na rehabilitację pobiera świadczenia z ubezpieczenia społecznego (świadczenie, rehabilitacyjne, renta) rehabilitacja musi odbyć się przed zakończeniem pobierania świadczenia i taki termin powinien być rezerwowany.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Analizując przewidziane w obowiązujących przepisach ścieżki kierowania na rehabilitację leczniczą należy mieć na uwadze, że rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS powinna być realizowana na jak najwcześniejszym etapie stwierdzenia niezdolności do pracy lub zagrożenia niezdolnością do pracy, ponieważ jej celem jest umożliwienie osobom z problemami zdrowotnymi jak najdłuższe utrzymanie zdolności do pracy. Istotne w tym zakresie jest, aby rozstrzygnięcie w przedmiocie potrzeby rehabilitacji leczniczej było dokonane w możliwie najkrótszym czasie od wystąpienia tych okoliczności

Z ustaleń kontroli wynika, że w dziewięciu spośród 11 profili leczniczych średni okres oczekiwania na rehabilitację leczniczą, od złożenia wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji w latach 2017–2019 uległ wydłużeniu. Średni okres oczekiwania wzrósł w następujących profilach:

- narządu ruchu po wypadkach z 14 do 15 dni,
- układu krążenia w systemie ambulatoryjnym z 59 do 93 dni,
- układu krążenia telemedycznie z 61 do 88 dni,
- narządu ruchu w systemie ambulatoryjnym z 88 do 106 dni,
- schorzeń psychosomatycznych z 73 do 134 dni,
- układu oddechowego ze 103 do 122 dni,
- układu krążenia w systemie stacjonarnym z 83 do 136 dni,
- narządu ruchu stacjonarnie z 139 do 142 dni,
- narządu głosu: ze 165 do 172 dni.

W przypadku profilu chorób onkologicznych gruczołu piersiowego okres oczekiwania skrócił się ze 160 do 149 dni, a w przypadku schorzeń ośrodkowego układu nerwowego, który wprowadzono w 2019 r., okres oczekiwania wyniósł 99 dni.

Podane powyżej wartości są wartościami średnimi, które w sześciu profilach wynoszą znacznie powyżej 100 dni, natomiast wartości ekstremalne są znacznie wyższe i wynoszą powyżej 200 dni, co wynikało przede wszystkim z niewystarczającej liczby miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych.

Wydłużenie średniego okresu oczekiwania na rehabilitację

Przykłady

Oddział w Legnicy: Trudnością jest niedostateczna liczba ośrodków sanatoryjnych, co utrudnia rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, ponieważ przyczynia się do wydłużenia czasu oczekiwania na rehabilitację. W bardzo wielu przypadkach czas rozpoczęcia rehabilitacji decyduje o powodzeniu rehabilitacji.

Oddział w Chorzowie: Średni czas jaki upłynął do rozpoczęcia rehabilitacji w badanej próbie 41 spraw wyniósł: od złożenia wniosku o rehabilitację – 102 dni (od 51 dni do 354 dni), od wydania ostatecznego orzeczenia o potrzebie rehabilitacji – 92 dni (od 23 dni do 200 dni).

Oddział w Ostrowie Wielkopolskim: Uprawnieni skierowani przez lekarzy orzeczników na rehabilitację leczniczą turnus rehabilitacyjny w ośrodku rehabilitacyjnym rozpoczęli po upływie od 44 do 252 dni od daty złożenia wniosku o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS (średni termin wynosił 137 dni) oraz po upływie od dziewięciu do 218 dni od daty emisji zawiadomienia (średni termin wynosił 100 dni).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zdaniem NIK, w zakresie okresu oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji leczniczej, czynnik czasu w większości przypadków jest kluczowy dla jej skuteczności. Niedochowanie zasady wczesności rozpoczęcia rehabilitacji, oprócz mniejszej skuteczności rehabilitacji, w wielu przypadkach ma również skutek w postaci późniejszego powrotu do pracy w wyniku wielomiesięcznego oczekiwania na rehabilitację. W realizacji programu rehabilitacji priorytetem powinno być położenie nacisku na maksymalne skrócenie czasu oczekiwania na jej rozpoczęcie, tak, aby jak najwcześniej skierować do ośrodka osoby, które otrzymały orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej. Program rehabilitacji leczniczej powinien bowiem zapobiegać utrwalaniu się dysfunkcji organizmu i w konsekwencji pozwolić na szybszy powrót do aktywności zawodowej. Potwierdza to także stanowisko ZUS, zawarte w opracowaniu pn. „Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2017 roku w 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji”. Wskazano tam, że skuteczność rehabilitacji w znacznym stopniu zależy od możliwie wczesnego kierowania osób na leczenie rehabilitacyjne. Na potrzebę wczesnego rozpoczęcia rehabilitacji leczniczej, wskazywany praktycznie we wszystkich podmiotach, do których zwróciła się NIK.

Przykłady

Klinika Psychosomatyczna SOL: Faktycznie długotrwałe oczekiwanie na rehabilitację ma niekorzystny wpływ na jej efekty. Doprowadza głównie do pogarszania się stanu zdrowia ubezpieczonych, co niekorzystnie wpływa również na ich stan psychiczny. Szybka rehabilitacja głównie schorzeń narządu ruchu, neurologiczna, układu krążenia i powypadkowa wpłynie na jej skuteczność i nie doprowadzi do powstania większych zmian chorobowych. Z pewnością przełoży się to na późniejszą ich zdolność do pracy.

Oddział w Wałbrzychu: Rehabilitacja, aby była skuteczna, musi być szybko wdrożona. Logicznym zatem się wydaje sytuacja, że osoby pobierające zasiłki chorobowe szybko skierowane na rehabilitację uzyskują lepsze efekty końcowe. W przypadku osób pobierających świadczenia rehabilitacyjne czy renty okresowe okres wdrożenia rehabilitacji jest mocno wydłużony.

Nadbałtyckie Centrum Rehabilitacji NZOZ Alma: Czas oczekiwania na rehabilitację ma wpływ na jej skuteczność i osiągnięte wyniki w przypadku wszystkich profili, a w wypadku niektórych schorzeń jest wręcz kluczowe. Brak dostępu do rehabilitacji w przypadku narządu ruchu może spowodować pogorszenie stanu zdrowia oraz potrzebę zastosowania dodatkowego leczenia.

Oddział w Słupsku: Program rehabilitacji leczniczej zakłada, m.in. jej wczesne rozpoczęcie. Natomiast w praktyce bywa tak, że w wielu przypadkach rehabilitacja powinna odbyć się po zabiegu operacyjnym, a czas oczekiwania na ten zabieg jest bardzo długi. W efekcie – trudno mówić o, tzw. „wczesnej rehabilitacji”.

W ocenie NIK, lekarz orzecznik powinien mieć możliwość skierowania pacjentów w określonych przypadkach po zabiegach rekonstrukcji narządu ruchu do ośrodków rehabilitacyjnych tzw. szybszą ścieżką, w szczególności osób które są po zabiegach i wskazane jest podjęcie natychmiastowe rehabilitacji. Zwracano na to uwagę w zarówno w jednostkach objętych kontrolą, jak i w tych, w których zasięgnięto informacji.

Przykłady

Oddział w Wałbrzychu: Barięą, utrudniającą skuteczną rehabilitację, zdecydowanie jest czas oczekiwania na rehabilitację spowodowany: brakiem „krótkiej ścieżki” przy orzekaniu dla ubezpieczonych pobierających już świadczenie rehabilitacyjne czy zasiłek chorobowy, małą ilością miejsc w ośrodkach świadczących usługi rehabilitacyjne dla Zakładu. Im dłuższy czas oczekiwania tym większe ryzyko jej niepowodzenia.

Oddział w Rybniku: Aktualnie rehabilitacja lecznicza jest skutecznym narzędziem umożliwiającym powrót do pracy osobom zagrożonym powstaniem długotrwałej niezdolności do pracy lub pobierającym renty okresowe. Wymaga jednakże modyfikacji działań np. krótkiej ścieżki skierowań w trakcie świadczeń rehabilitacyjnych lub w trakcie zasiłku chorobowego.

Klinika Psychosomatyczna SOL: Sytuację osób wnioskujących o rehabilitację leczniczą poprawiałaby jak najkrótsza ścieżka przyznawania turnusów rehabilitacyjnych, zwłaszcza w przypadku osób po złamaniach, z początkami choroby zwyrodnieniowej, po operacjach, zawałach itp.

Zwrócić należy uwagę, że problem ten również dostrzegany jest przez Zakład, jednak nie wprowadzono w tym zakresie stosownych uregulowań.

Przykład

Oddział w Chorzowie: Zastępca GLO i naczelnik Wydziału Orzecznictwa wyjaśnili, że ubezpieczeni pobierający jakiegokolwiek świadczenia (zwolnienia lekarskie, świadczenia rehabilitacyjne lub rentowe) kierowani są w pierwszej kolejności, w terminach umożliwiających odbycie rehabilitacji przez ubezpieczonych w okresie pobierania tych świadczeń.

Kierowanie na rehabilitację osób mających ustalone prawo do emerytury

Zgodnie z art. 69 ust. 1 ustawy o sus rehabilitacja lecznicza obejmuje ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osoby uprawnione do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osoby pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy. Osoby mające ustalone prawo do emerytury lub spełniających warunki do jej uzyskania, ale opłacające składki na ubezpieczenie społeczne mają uprawnienia do odbycia rehabilitacji leczniczej. Wielu emerytów pozostaje nadal w zatrudnieniu i odprowadza składki do ZUS. Jeśli lekarz stwierdzi podczas badania zagrożenie utraty zdolności do wykonywania pracy zawodowej oraz możliwość uzyskania poprawy w wyniku przeprowadzonej rehabilitacji, kwalifikacja będzie pozytywna niezależnie od wieku ubezpieczonego.

Przykład

Oddział w Nowym Sączu: spośród badanych 72 spraw, w pięciu na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS skierowano ubezpieczonych, którzy w dniu wydania orzeczenia spełniali warunki do uzyskania emerytury, w tym dwie osoby miały ustalone prawo do emerytury, przy czym jedna z nich ją pobierała, a druga nie pobierała emerytury.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Najwyższa Izba Kontroli, zwraca jednak uwagę na wątpliwości co do celowości kierowania takich osób na rehabilitację w ramach prewencji rentowej. Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej prowadzony przez ZUS jest skierowany do osób w wieku produkcyjnym, które w wyniku następstw chorób i urazów są zagrożone utratą zdolności do pracy, ale rokują odzyskanie tej zdolności po zastosowaniu odpowiedniego leczenia rehabilitacyjnego. Należy zauważyć, że zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa osobom, które mają ustalone prawo do emerytury z FUS lub spełniają warunki do uzyskania emerytury, nie może zostać przyznana renta z tytułu niezdolności do pracy. Trudno więc w przypadku takich osób dostrzec cel rehabilitacji ZUS jakim jest prewencja rentowa.

Przykład

Dyrektor **Oddziału w Poznaniu** wskazała, że główną barierą w efektywności rehabilitacji prowadzonej przez ZUS jest niewłaściwie określona grupa docelowa, która może skorzystać z turnusów rehabilitacyjnych. Nie powinna ona obejmować osób pobierających świadczenia emerytalne i jednocześnie pracujących, ponieważ prewencja rentowa nie ma w takich przypadkach zastosowania. Dla takich osób turnus rehabilitacyjny powinien dedykować NFZ w ramach swoich uprawnień. Z kolei GLO podał, że wnioski osób pobierających emeryturę i kontynuujących zatrudnienie w ogóle nie powinny być procedowane.

5.1.3. Zatrudnienie i wynagrodzenia

Stan zatrudnienia

Niewystarczająca
obsada kadrowa

W latach 2018–2019 przeciętne zatrudnienie głównych lekarzy orzeczników i ich zastępców wyniosło: 98,4 i 98,3 etatów; lekarzy orzeczników: 462,4 i 439,5 etatów; lekarzy członków komisji lekarskich: 128,6 i 120,6 etatów. Ogółem plan zatrudnienia wynosił 780,5; 887,9 etatów²¹, natomiast zatrudnienie 675,8 i 669,2 etatów. W latach 2018–2019 nieobsadzonych pozostawało odpowiednio 13,4% i 24,6% etatów lekarzy orzeczników. Plan zatrudnienia i jego wykonanie przedstawiono w tabeli poniżej:

Tabela nr 3

Lp.	Wyszczególnienie	2017	2018	2019
1.	Plan zatrudnienia ogółem (etaty – e)	780,5	780,5	887,9
2.	Przeciętne zatrudnienie ogółem (e)	750,9	689,3	658,4
3.	Plan zatrudnienia głównych lekarzy orzeczników i ich zastępców (e)	98,5	98,5	101,0
4.	Przeciętne zatrudnienie głównych lekarzy orzeczników i ich zastępców (e)	102,0	98,4	98,3
5.	Plan zatrudnienia lekarzy orzeczników (e)	682,0	682,0	632,4
6.	Przeciętne zatrudnienie lekarzy orzeczników (e)	510,5	462,4	439,5
7.	Plan zatrudnienia lekarzy członków komisji lekarskich (e)	b.d.	b.d.	154,5
8.	Przeciętne zatrudnienie lekarzy członków komisji lekarskich (e)	138,4	128,6	120,6

Źródło: na podstawie danych zebranych w Centrali ZUS.

²¹ Po zwiększeniu etatów we wrześniu 2019 r. o 72,4 etatów w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W latach 2018–2019 na wynagrodzenia w zakresie orzecznictwa lekarskiego Zakład wydatkował odpowiednio: 96 444,6 tys. zł i 118 826,3 tys. zł²², natomiast wydatki na umowy cywilnoprawne wyniosły odpowiednio: 8620 tys. zł; 11 520 tys. zł. Przeciętne wynagrodzenie w orzecznictwie lekarskim wyniosło w 2018 r. – 9135,8 zł, natomiast w 2019 r. – 12 098,1 zł.

Przykłady

Oddział w Legnicy: Średnie wynagrodzenie brutto lekarza orzecznika w oddziale wyniosło: w 2018 r. – 9,3 tys. zł (bez nagród jubileuszowych i odpraw emerytalno-rentowych) oraz 9,4 tys. zł (z uwzględnieniem ww. składników), w 2019 r. – 12,0 tys. zł (bez nagród jubileuszowych i odpraw emerytalno-rentowych) oraz 13,3 tys. zł (z uwzględnieniem ww. składników).

Oddział w Wałbrzychu: Średni poziom wynagrodzenia (brutto) lekarzy orzeczników zatrudnionych w oddziale w Wałbrzychu wynosił odpowiednio: 6 8734 zł w 2018 r. oraz 8406 zł w 2019 r. Dyrektor oddziału wskazała, że obecny poziom wynagrodzenia był może odpowiedni dla lekarzy posiadających dodatkowe źródło dochodów (emeryturę), natomiast nie jest to wynagrodzenie, które może stanowić zachętę do podejmowania pracy w oddziale przez młodszych lekarzy specjalistów.

Niewystarczającej obsadzie kadrowej towarzyszyło zwiększenie liczby wydawanych orzeczeń. W 2019 r. lekarze orzecznicy wydali 1 286 334 orzeczeń, tj. o 18,9% więcej niż w 2018 r. W objętych kontrolą pięciu oddziałach ZUS średnia liczba orzeczeń przypadająca na jeden etat w okresie od I kwartału 2018 do IV kwartału 2019 r. w oddziałach ZUS wzrosła: w Płocku z 572,9 do 860,7; w Radomiu z 652,6 do 1046,2; w Rzeszowie z 613,1 do 976,9; w Szczecinie z 471,0 do 919,5; we Wrocławiu z 618,7 do 844,2. W latach 2018–2019 najwyższą średnią liczbę spraw przypadających na jednego lekarza orzecznika na jeden miesiąc odnotowano w oddziałach: w Gorzowie Wielkopolskim (385 spraw), Bydgoszczy (348), Poznaniu (324), Opolu (302) i Gdańsku (264).

Przykład

Oddział w Słupsku: 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 1908 i 2278 rocznie (wzrost o 19%).

Z ustaleń kontroli wynika, że Zakład dostrzega istotne ryzyka w tym obszarze oraz konieczność podjęcia działań ograniczających te ryzyka. Na problem ten zwrócono uwagę w oświadczeniu o stanie kontroli zarządczej Prezesa ZUS za rok 2018 i 2019. ZUS przedłożył w dniu 13 marca 2020 r. Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej *Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej Prezesa ZUS za rok 2019*. W *Oświadczeniu* podano, że w ograniczonym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza w zakresie zapewnienia odpowiedniej obsady kadrowej w obszarze orzecznictwa lekarskiego, zagrażającej zabezpieczeniu sprawnej i efektywnej realizacji zadań ustawowych ZUS – w celu

Wzrost wynagrodzeń

Wzrost liczby wydanych orzeczeń przy zmniejszającym się zatrudnieniu

Funkcjonowanie w ograniczonym zakresie adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej w obszarze orzecznictwa lekarskiego

²² Wynagrodzenia nie uwzględniają nagród indywidualnych, które w latach 2018–2019 wyniosły: 11 950 tys. zł; 13 651 tys. zł oraz dodatkowego wynagrodzenia rocznego, które wyniosło odpowiednio: 7962,6 tys. zł; 9842,8 tys. zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

poprawy kontroli zarządczej zaplanowano m.in. kontynuowanie działań zmierzających do uzupełnienia stanu zatrudnienia lekarzy orzekających w ZUS. Podobne zapisy znalazły się w *Oświadczeniu* za rok 2018.

W celu zapewnienia odpowiedniej obsady kadrowej w obszarze orzecznictwa lekarskiego podwyższono wynagrodzenia. W związku z nowymi zadaniami nałożonymi na lekarzy orzecznictwa lekarskiego ustawą z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, zwiększono plan zatrudnienia lekarzy orzeczników oraz lekarzy – członków komisji lekarskich. Podejmowane działania w celu pozyskania lekarzy orzeczników przyczyniły się tylko do zmniejszenia tendencji spadkowej. Średnie zatrudnienie wyniosło 751 etatów w 2017 r., 690 w 2018 r. i 669 na koniec 2019 r.

Przykłady

Oddział w Krakowie: Zatrudnienie na stanowiskach lekarzy orzecznictwa lekarskiego na koniec 2018 r. wyniosło 28,8 etatów przy planie 34 etatów, a na koniec 2019 r. 26,6 etatów przy planie 35 etatów.

Oddział w Nowym Sączu: W latach 2018–2019 było zatrudnionych 11 lekarzy orzeczników oraz w nadzorze Główny Lekarz Orzecznik i jego zastępca. Przeciętne zatrudnienie lekarzy orzeczników, w przeliczeniu na pełny etat, wyniosło, odpowiednio: 9,27 etatu w 2018 r. i 7,1 etatu w 2019 r. i w porównaniu do planu zatrudnienia było niższe, odpowiednio o: 2,73 etatu (22,8%) i 7,9 etatu (52,7%).

Nabory na stanowiska lekarzy orzeczników i konsultantów

W latach 2018–2019 Zakład przeprowadził łącznie 349 nabory na stanowiska głównego lekarza orzecznika, zastępcy głównego lekarza orzecznika i lekarza orzecznika. W 2018 r. zakończono 144 rekrutacje, z czego 69 rekrutacji zakończyło się zatrudnieniem kandydata, a 75 zakończyło się niepowodzeniem (39 z powodu niezgłoszenia się żadnego kandydata, 30 niespełnienia przez kandydatów wymogów formalnych, dwa – rezygnacji kandydata, cztery – przerwania rekrutacji ze względów organizacyjnych). Natomiast w 2019 r. zakończono 205 rekrutacji, z czego 87 zakończyło się zatrudnieniem kandydata, 118 zakończyło się niepowodzeniem (69 z przyczyn niezgłoszenia się żadnego kandydata, 44 niespełnienia przez kandydatów wymogów formalnych, pięć z powodu rezygnacji kandydata).

Przykłady

W **oddziale w Legnicy** na przeprowadzonych pięć naborów na 14 stanowisk w 2019 r. zatrudnionych zostało dwóch lekarzy. Nabory na pozostałe wakujące stanowiska zakończyły się niepowodzeniem pomimo wzrostu atrakcyjności ofert pracy kierowanych do tej grupy pracowników, tj. oferowania wynagrodzeń o 30% wyższych niż w 2018 r.

W **II oddziale w Warszawie** z przeprowadzonych 28 naborów na 36 etatów na stanowisko lekarza orzecznika i lekarza – członka komisji lekarskiej ZUS nierozstrzygniętych zostało 20 naborów na 27 stanowisk.

W **oddziale w Chrzanowie** z planowanych w ramach 12 naborów na 37,7 etatu obsadzono w wyniku ośmiu naborów jedynie 5,7 etatu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Oddziały ZUS były zobowiązane do przeprowadzania naborów na stanowiska lekarzy orzeczników oraz konsultantów zgodnie z przepisami art. 74a-74f ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz wewnętrznymi procedurami dotyczącymi naboru pracowników²³. W omawianym zakresie stwierdzono, że w dwóch oddziałach ZUS nieterminowo opublikowano listy kandydatów, którzy spełniali wymagania formalne oraz wyniki naborów na stanowiska lekarzy orzeczników, określone w ogłoszeniu o naborze, co stanowiło odpowiednio naruszenie art. 74 d i art. 74 f ustawy o sus. Wystąpiły także pojedyncze przypadki naruszenia procedur wewnętrznych ZUS.

Przykłady

W **oddziale w Bielsku Białej** w przypadku wszystkich pięciu naborów na stanowisko lekarza orzecznika, gdzie wpłynęła co najmniej jedna oferta, nie upowszechniono niezwłocznie listy kandydatów, którzy spełniali wymagania formalne określone w ogłoszeniu o naborze, bowiem listy te opublikowano w Biuletynie Informacji Publicznej po 28, 33, 49, 53 i 56 dniach po upływie terminu do składania ofert, co było niezgodne z art. 74d ust. 1 ustawy o sus.

W **oddziale w Wałbrzychu** w trzech z sześciu badanych procesach naborów prowadzonych w 2018 r. na stanowiska lekarzy orzeczników nie dopełniono obowiązków określonych w pkt 6 części I – *Nabór pracowników – informacje ogólne* Załącznika nr 3 – *Instrukcja – Nabór Pracowników* do Procedury 13.1 *Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników*, ponieważ nabory prowadziła komisja rekrutacyjna w składzie dwu, a nie trzy osobowym.

Ponadto w dwóch oddziałach odnotowano przypadki nie egzekwowania przez ZUS od lekarzy konsultantów zaświadczeń o niekaralności do czego obligowały warunki udziału w postępowaniu zawarte w ogłoszeniu o konkursie. Ponadto, zapisy ust. 2 część II. *Współpraca z konsultantami Zakładu, wykonywanie badań dodatkowych* załącznika nr 9 do Procedury do procesu 9.1 Wydawanie orzeczeń, przewidywały, że współpraca może zostać nawiązana wyłącznie z lekarzami o nieskazitelnym postawie etycznej.

Przykłady

Oddział w Biłgoraju nie wyegzekwował od 18 lekarzy konsultantów zaświadczeń o niekaralności zawodowej. Dyrektor oddziału wyjaśnił, że lekarze byli konsultantami w poprzednich latach i uprzednio złożyli zaświadczenia o niekaralności przy podpisywaniu poprzednich umów.

Oddział w Ostrowie Wielkopolskim nie wyegzekwował od pięciu konsultantów stosowanych zaświadczeń potwierdzających ich niekaralność i nieskazitelną postawę etyczną.

Niekorzystnie należy ocenić strukturę wiekową zatrudnionych lekarzy. Średni wiek lekarzy – członków komisji lekarskiej w okresie objętym kontrolą przekraczał 60 lat. Wg stanu na dzień 3 marca 2020 r. wyniósł 61 lat (wiek najmłodszego lekarza: 37 lat we Wrocławiu, wiek najstarszego 81 lat w Zielonej Górze), natomiast lekarzy orzeczników 60 lat (wiek najmłodszego

Występowanie
luki pokoleniowej

²³ Dot. Załącznika nr 3 Instrukcja – Nabór pracowników (wersja 1,0. obowiązująca od 1.04.2017 r. do 11.08.2019 r.; wersja 1,1 obowiązująca od 12.08.2019 r.) do Procedury 13.1. Obsługa kadrowo-płacowa i podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

lekarza 34 lata w Krakowie i Ostrowie Wielkopolskim, wiek najstarszego 83 lata w Rzeszowie). Wskazuje to, że pozyskiwanie lekarzy odbywało się głównie poprzez ponowne zatrudnianie lekarzy, którzy skorzystali z uprawnień emerytalnych i rozwiązali umowy o pracę oraz podwyższanie wymiaru etatu już zatrudnionym lekarzom orzecznikom.

Przykłady

Oddział w Krakowie: W latach 2017–2019 średni wiek lekarzy orzeczników wyniósł około 62 lat, natomiast członków komisji lekarskich około 60 lat. Spośród 36 lekarzy orzecznictwa lekarskiego, pracujących w oddziale w okresie objętym kontrolą, 18 miało ustalone uprawnienia emerytalne, 16 posiadało umiarkowany stopień niepełnosprawności.

Oddział w Legnicy: Średni wiek lekarzy orzeczników w oddziale wyniósł odpowiednio: 61,5 roku w 2018 r. i 63 lata w 2019 r.

Oddział w Radomiu: W 2018 r. oddział zatrudniał ośmiu, a w 2019 r. siedmiu lekarzy. Średni wiek lekarzy wyniósł 65 lat w 2018 r. i 66,25 lat w 2019 r.

Zgodnie § 25 ust. 1 zarządzenia nr 140 Prezesa ZUS z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie wprowadzenia „Zasad obsługi wniosków związanych z wydawaniem orzeczenia przez lekarza orzecznika oraz załącznikiem nr 9 do Procedury 9.1 Wydawanie orzeczeń, wprowadzonej zarządzeniem nr 39 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1 „Wydawanie orzeczeń”²⁴, obowiązującej od 1.04.2017 r. każdy oddział ZUS powinien współpracować z co najmniej z dwoma konsultantami posiadającymi tę samą specjalizację. W trakcie kontroli ustalono, że w trzech oddziałach ZUS nie przestrzegano wymogu współpracy z dwoma konsultantami.

Przykłady

Oddział w Legnicy nie współpracował z co najmniej dwoma konsultantami posiadającymi specjalizację z zakresu kardiologii, audiologii, hematologii, onkologii, gastroenterologii, stomatologii, laryngologii oraz dwoma psychologami.

W 2018 r. **II oddział w Warszawie** współpracował tylko z jednym: stomatologiem, laryngologiem, internistą, ginekologiem chirurgiem. Natomiast w 2019 r. oddział współpracował z jednym: reumatologiem, ginekologiem, chirurgiem i psychologiem.

Podnoszenie kwalifikacji

Zgodnie z § 12 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, do sprawowanego przez Prezesa ZUS nadzoru nad wykonywaniem orzekania o niezdolności do pracy przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie, wykonywanego za pośrednictwem naczelnego lekarza zakładu należy m.in. prowadzenie szkoleń głównych lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich w zakresie orzecznictwa o niezdolności do pracy. W ramach realizacji tego zadania, m.in. prowadzone są cykliczne

²⁴ Wprowadzona zarządzeniem Nr 39 Prezesa ZUS z dnia 31 marca 2017 r.; Procedura została uchylona zarządzeniem Nr 8 Prezesa ZUS z dnia 31 stycznia 2020 r. w sprawie wprowadzenia Procedury do procesu 9.1. „Wydawanie orzeczeń”.

czterodniowe szkolenia doskonalące dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskich; opracowane zostały wydane „Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS”; do wykorzystania przez lekarzy orzecznictwa lekarskiego przygotowane zostały również publikacje dotyczące zasad orzekania np. „Cukrzyca w praktyce lekarza orzecznika”; cyklicznie wydawane są „Zeszyty szkoleniowe orzecznictwa lekarskiego”; prowadzone są także szkolenia doskonalące dla głównych lekarzy orzeczników, ich zastępców oraz dla przewodniczących komisji lekarskich Zakładu. Tematyka tych szkoleń obejmuje najczęściej orzekaniu o niezdolności do pracy w wybranych schorzeniach, a także bieżących zagadnień związanych z orzecznictwem lekarskim.

W kontrolowanym okresie ZUS zrealizował łącznie 199 szkoleń dla lekarzy, z czego w 2018 r. zrealizował 100 szkoleń dla łącznie 904 osób, natomiast w 2019 r. – 99 szkoleń dla 680 osób. Spośród 199 szkoleń 13 uwzględniało zagadnienia z zakresu rehabilitacji leczniczej, z czego w 2018 r. zrealizowano siedem szkoleń dla 168 osób, a w 2019 r. sześć szkoleń dla 147 osób. Szkoleniami, w których uwzględniono zagadnienia z zakresu rehabilitacji leczniczej były m.in. szkolenia pn.: „Seminarium Model rehabilitacji kompleksowej”; „Choroby tarczycy w orzekaniu o niezdolności do pracy”; „Konferencja rehabilitacji leczniczej”; „Szkolenia dla Głównych lekarzy orzeczników i przewodniczących komisji lekarskich”.

W latach 2018–2019 – 462 lekarzy orzeczników i członków komisji lekarskich spośród 676 zatrudnionych uczestniczyło łącznie w 1503 szkoleniach zewnętrznych (w 867 szkoleniach w 2018 r., w 2019 r. w 636). W kontrolowanym okresie lekarze odbywali od jednego do 18 szkoleń. W omawianym okresie 20 lekarzy orzeczników oraz trzech członków komisji lekarskich nie odbyło żadnego szkolenia. Przyczyną było m.in. krótkotrwałe zatrudnienie lub dłuższa absencja chorobowa.

Szkolenia dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich

Zakład realizował Program szkolenia dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich, zgodnie z wymogiem określonym w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. Program ten określa zakres, organizację oraz sposób udokumentowania odbycia obowiązkowego szkolenia przez lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich. Obowiązkowe szkolenie realizowane jest w oddziale Zakładu, w terminie do trzech tygodni od zatrudnienia lekarzy orzecznika/lekarza – członka komisji lekarskiej. W odniesieniu do nowo zatrudnionych lekarzy realizacja Programu szkolenia ma charakter obligatoryjny. Szkolenie realizowane jest metodą: indywidualnego samokształcenia przy użyciu e-learningu – podzielonego na 11 modułów tematycznych, indywidualnych lub grupowych szkoleń przystanowiskowych podzielonych na trzy sesje tematyczne.

W wyniku badania dwóch programów szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników i nowo zatrudnionych – lekarzy członków komisji lekarskich Zakładu, które odbyły się w dniach 5–8 listopada 2018 r. oraz w tych samych dniach w 2019 r. i których celem było m.in. przekazanie

Wydawanie orzeczeń
bez odbycia wymaganego
szkolenia

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

uczestnikom wiedzy na temat podstaw prawnych orzekania oraz zasad orzekania o niezdolności do pracy stwierdzono, że spełniały one wszystkie wymogi określone przez ZUS w programie szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy²⁵.

Zatrudnieni w oddziałach ZUS lekarze orzecznicy spełniali wymogi formalne określone w przepisach § 11 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy tj. byli specjalistami oraz odbyli przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS. Jednak w pięciu oddziałach stwierdzono przypadki przystąpienia do orzekania przez lekarzy orzeczników, pomimo nie ukończenia przez nich szkolenia, co stanowiło naruszenie § 11 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia.

Przykłady

W **oddziale w Bielsku Białej** w przypadku 11 spośród 16 pracujących w latach 2018–2019 lekarzy, (w tym dwóch zatrudnionych w latach 2018–2019) nie udokumentowano odbycia szkolenia określonego w § 11 ust. 1 pkt 2 w związku z § 13 ust. 3 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, tj. odbycia szkolenia w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS. Ponadto jeden lekarz, z którym nawiązano stosunek pracy w okresie objętym kontrolą orzekał zanim ukończył szkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS.

W **oddziale w Krakowie** trzech lekarzy orzecznicy, wydali orzeczenia przed ukończeniem przeszkolenia dla nowo zatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy członków komisji lekarskich.

W **oddziale w Wałbrzychu** dwóch nowozatrudnionych lekarzy orzekało czasowo (odpowiednio 27 i 62 dni) bez odbycia szkolenia wymaganego.

Wydatki ZUS na rehabilitację lecniczną

5.1.4. Koszty prowadzonej działalności

W latach 2018–2019 na rehabilitację leczniczą zaplanowano 216 230 tys. zł i 224 570 tys. zł, natomiast wydatkowano 201 250 tys. zł i 204 025 tys. zł. Niższe niż planowano wykonanie kosztów rehabilitacji wynikało m.in. z mniejszej liczby zawartych umów, wypowiedzenia przez ośrodki umów o świadczenie usług rehabilitacyjnych oraz niestawiennictwa osób skierowanych w ośrodkach rehabilitacyjnych.

Przykład

Nadbałtyckie Centrum Rehabilitacji NZOZ Alma: Ośrodek zobligowany jest do utrzymania miejsc i zapewnienia kadry dla 100% pacjentów. Natomiast często zdarza się, że na turnus nie dojeżdża 20% skierowanych. Niedojazdy oraz skrócenia pobyków na wniosek pacjenta są stratą dla ośrodka, pacjenci nie są bowiem obciążani kosztami rezygnacji. Proponują wprowadzić opłaty za nieuzasadnioną rezygnację w zalecanej rehabilitacji.

²⁵ Program szkolenia był zgodny z programem zatwierdzonym we wrześniu 2019 r. przez Prezesa ZUS – *Program szkolenia dla nowozatrudnionych lekarzy orzeczników i lekarzy – członków komisji lekarskich*. Zawierał w swym zakresie m.in. tematykę dotyczącą: orzekania o niezdolności do pracy w zawodowym uszkodzeniu słuchu i głosu, orzekanie o niezdolności do pracy w schorzeniach układu oddechowego, zasad przyznawania świadczeń emerytalno-rentowych, postępowania w chorobach zawodowych, rehabilitacji zawodowej; problemów zawodoznawstwa i możliwości przekwalifikowania zawodowego.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Planowane i wydatkowane środki na rehabilitację leczniczą w latach 2017–2019 przedstawiono w tabeli poniżej:

Tabela nr 4

Lp.	Wyszczególnienie	2017	2018	2019
1.	Plan wydatków na prewencję rentową (w tys. zł)	208 750	216 440	224 780
2.	Plan wydatków ogółem na rehabilitację leczniczą (w tys. zł)	208 550	216 230	224 570
3.	Wydatki ogółem na prewencję rentową (w tys. zł)	193 199	201 425	204 225
4.	Wydatki ogółem na rehabilitację	193 029	201 250	204 025
5.	w tym:			
6.	a) koszty rehabilitacji leczniczej	182 502	190 428	193 454
7.	b) opłata uzdrowskowa	4 141	4 192	3 944
8.	c) zwrot kosztów przejazdu	6 386	6 630	6 628
9.	Pozostałe wydatki w ramach prewencji rentowej (w tys. zł)	170	175	200
10.	d) badania i analizy	0	17	0
11.	e) szkolenia	0	0	0
12.	f) konferencje	120	103	95
13.	g) inne	50	55	105

Źródło: na podstawie danych zebranych w Centrali ZUS.

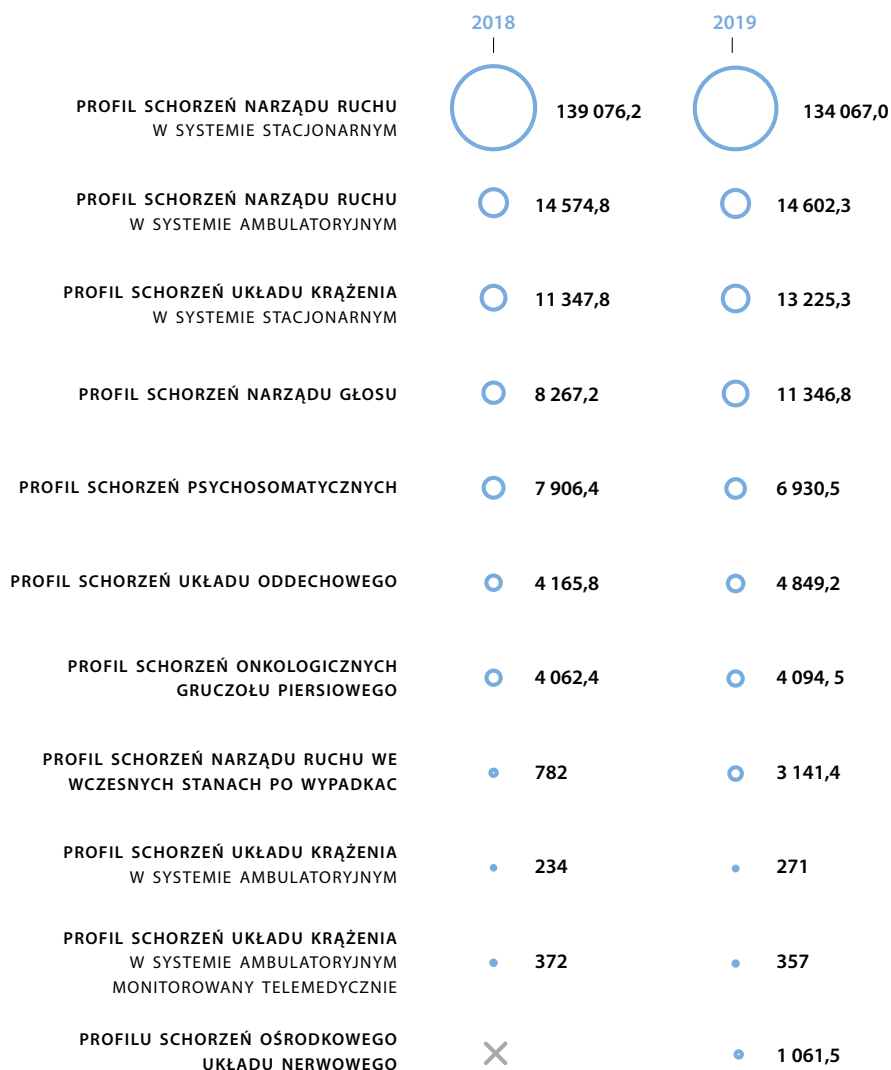
W latach 2018–2019 na realizację rehabilitacji leczniczej wydatkowano odpowiednio: profil schorzeń narządu ruchu w systemie stacjonarnym: 139 076,2 tys. zł i 134 067 tys. zł; profil schorzeń narządu ruchu w systemie ambulatoryjnym: 14 574,8 tys. zł i 14 602,3 tys. zł; profil schorzeń układu krążenia w systemie stacjonarnym: 11 347,8 tys. zł i 13 225,3 tys. zł; profil schorzeń narządu głosu: 8267,2 tys. zł i 11 346,8 tys. zł; profil schorzeń psychosomatycznych: 7906,4 tys. zł i 6930,5 tys. zł; profil schorzeń układu oddechowego: 4165,8 tys. zł i 4849,2 tys. zł; profil schorzeń onkologicznych gruczołu piersiowego: 4062,4 tys. zł i 4094, 5 tys. zł; profil schorzeń narządu ruchu we wczesnych stanach po wypadkach: 782 tys. zł i 3141,4 tys. zł; profil schorzeń układu krążenia w systemie ambulatoryjnym: 234 tys. zł i 271 tys. zł; profil schorzeń układu krążenia w systemie ambulatoryjnym monitorowany telemedycznie: 372 tys. zł i 357 tys. zł. W 2019 r. w profilu schorzeń ośrodkowego układu nerwowego wydatki wyniosły 1061,5 tys. zł.

**Wydatki ZUS
na rehabilitację leczniczą
w podziale na profile**

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika 8

Wydatki na rehabilitację leczniczą w podziale na profile w latach 2018–2019 (tys. zł)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych podczas kontroli.

Średni koszt rehabilitacji przypadający na jednego ubezpieczonego wyniósł 2,2 tys. zł i był wyższy o 6,5% niż w 2018 r. Średni koszt pobytu ubezpieczonego w ośrodku rehabilitacyjnym (koszt rehabilitacji oraz koszty przejazdu) wyniósł 2,3 tys. zł i był wyższy o 6,4% niż w 2018 r.

Przykład

W 2018 r. najniższa stawka jednego dnia pobytu wyniosła 27,54 zł i dotyczyła profilu leczenia narządu ruchu w systemie ambulatoryjnym, natomiast najwyższa 300 zł i dotyczyła narządu ruchu we wczesnych stanach pourazowych w systemie stacjonarnym. W 2019 r. najniższy koszt wyniósł 26,54 zł i także dotyczył narządu ruchu w systemie ambulatoryjnym, a najwyższy 288,99 zł i dotyczył profilu w schorzeniach ośrodkowego układu nerwowego. Średnia stawka osobodnia wyniosła 88,45 zł w 2018 r., natomiast w 2019 r. stawka ta wyniosła 94,15 zł. Ponadto najniższy koszt pobytu jednej osoby za cały 24-dniowy turnus rehabilitacyjny w ramach prewencji rentowej w latach 2017–2019 wyniósł 636,96 zł (narząd ruchu w trybie ambulatoryjnym), natomiast najwyższy odpowiednio: 7391 zł, 7247,20 zł (wczesna rehabilitacja powypadkowa), 7223,76 zł (schorzenia ośrodkowego układu nerwowego).

Łączny koszt rehabilitacji leczniczej uzależniony jest od kilku czynników: liczby osób, które ukończyły rehabilitację; stawki osobodnia; liczby dni, w których prowadzono rehabilitację, opłaty lokalnej (uzdrowskiej) oraz zrefundowanych kosztów przejazdu do/z ośrodka rehabilitacyjnego. Różnice w kosztach leczenia w poszczególnych ośrodkach wynikają z różnych dat obowiązywania umów w danym roku; różnej liczby miejsc w turnusie w danym ośrodku; różnych stawek osobodnia zaoferowanych przez ośrodki; liczby umów zawartych z ośrodkiem rehabilitacyjnym w danym roku kalendarzowym; zawierania aneksów do obowiązujących umów – co wpływa np. na zwiększenie liczby miejsc w turnusie.

W 2019 r. zwrócono koszty przyjazdu oraz opłatę uzdrowską 85 608 osobom w łącznej kwocie 6627,8 tys. zł. Poza kosztami bezpośrednimi, koszty te podnoszą również ośrodki rehabilitacyjne. Muszą bowiem ponieść koszty rozliczenia i zwrotu pieniędzy osobom skierowanym, co wiąże się potrzebą dodatkowego zatrudnienia.

Dodatkowe koszty związane z rehabilitacją leczniczą

Przykład

Nadbałtyckie Centrum Rehabilitacji NZOZ Alma: ZUS zwraca osobom skierowanym na turnus koszty dojazdu na rehabilitację. Wypłata tych środków w imieniu ZUS jest dokonywana przez ośrodek po ich wcześniejszym rozliczeniu, również przez ośrodek. Ośrodek oczekuje na zwrot poniesionych kosztów 30 dni od złożenia dokumentacji rozliczeniowej. Wymaga to również zatrudnienia przez ośrodek dodatkowej osoby, która koszty te rozliczy i wypłaci.

5.1.5. Działalność promocyjno-informacyjna

W okresie objętym kontrolą ZUS prowadził działalność informacyjno-promocyjną z wykorzystaniem takich form komunikacji jak: strona internetowa Zakładu, radio, prasa, portal i kanały internetowe, telewizja²⁶, organizacja wydarzeń, rzecznik prasowy ZUS oraz za pośrednictwem własnych wydawnictw Zakładu²⁷. Zadania informacyjno-promocyjne, realizowane były przez ZUS na podstawie art. 68 ust. 1 pkt 8 oraz art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Ponadto w wewnętrznych regulacjach ZUS²⁸ zawarto m.in. szczegółowe normy rozszerzające kierunki działalności Zakładu w zakresie informacji, komunikacji, edukacji oraz komunikacji z adresatami, a także cele, wskaźniki i mierniki dotyczące realizowanych przez Centralę i oddziały ZUS zadań informacyjno-promocyjnych na podstawie, których dokonywano ich oceny i monitoringu.

Działalność promocyjna

²⁶ W ramach programów „ZUS dla Ciebie – ZUS dla Biznesu” opracowane zostały m.in. materiały przeznaczone dla klientów ZUS z poradami ekspertów na antenie I programu Polskiego Radia oraz w telewizji internetowej onet.tv.

²⁷ Zaliczyć do nich należy: poradniki, broszury, periodyki ZUS (ZUS dla Ciebie, ZUS dla Biznesu, ZUS dla Seniora, ZUS dla Studenta, oraz kierowany do opinii liderów newsletter – Ubezpieczenia Społeczne Newsletter), ulotki informacyjne. W 2018 r. Zakład przygotował dwie ulotki o tematyce „Rehabilitacja finansowana przez ZUS”, „Daj sobie szansę. Złóż wniosek o rehabilitację finansowaną przez ZUS”, oraz co roku udostępnia „Informator dla osób z niepełnosprawnością”, w którym znajdują się informacje w zakresie rehabilitacji leczniczej.

²⁸ Tj. Strategia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2016–2020 oraz Strategia komunikacji ZUS na lata 2016–2020.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przyjęte przez Zakład działania informacyjno-promocyjne kierowane były do różnorodnych grup docelowych. Adresaci zadań realizowanych przez ZUS zostali podzieleni na grupy ze względu na: relację z ZUS, rolę opinio-twórczą oraz znaczenia dla instytucji.

Działalność informacyjno-edukacyjna odbywała się przede wszystkim z wykorzystaniem wewnętrznych zasobów Zakładu. Zamówienia dotyczące wykonywania zadań promocyjno-informacyjnych, które nie mogły być samodzielnie wykonane przez ZUS udzielane były w trybie określonym w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych²⁹ oraz w oparciu o wewnętrzne regulacje³⁰. W ich wyniku poniesiono wydatki w kwocie 4978,9 tys. zł (4353 tys. zł w 2018 r. i 625,9 tys. zł w 2019 r.). Na działalność informacyjno-promocyjną w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, która dotyczyła publikacji tekstów informacyjnych³¹ poniesiono wydatki w wysokości 160 tys. zł (55,4 tys. zł w 2018 r. i 104,6 tys. zł w 2019 r.).

W oddziałach ZUS zadania informacyjno-promocyjne realizowane były samodzielnie za pośrednictwem koordynatorów ds. komunikacji społecznej, na podstawie kierunkowego harmonogramu z rozpisаныmi zadaniami oraz – w przypadku działań informacyjno-promocyjnych w zakresie rehabilitacji leczniczej – przy wsparciu merytorycznym DPR.

Ograniczony
zakres działalności
promocyjnej
w oddziałach ZUS

Działalność informacyjno-promocyjna oddziałów ZUS w zakresie rehabilitacji leczniczej była nieznaczna. Oddziały w zasadzie nie inicjowały ani też nie uczestniczyły w prowadzeniu działań informacyjno-promocyjnych stricte dedykowanych rehabilitacji leczniczej.

Przykłady

Zagadnienia związane z rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej były popularyzowane przez **oddział w Chorzowie** m.in. w ramach Dni Seniora, w trakcie których zorganizowano prelekcję pn. *Waloryzacja, przeliczanie emerytury, doradcy emerytalni, prewencja rentowa*, podczas forum *Serce pacjenta*, w trakcie którego wręczano ulotki dotyczące rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej czy w sponsorowanych artykułach zamieszczonych w Dzienniku Zachodnim, np. pt. *Do sanatorium z ZUS-em*.

Oddział w Krakowie podejmował liczne działania informacyjno-promocyjne w zakresie zagadnień związanych z systemem ubezpieczeń społecznych, polegające przede wszystkim na udziale w organizowanych przez inne instytucje wydarzeniach. Choć żadne z takich wydarzeń nie dotyczyło wyłącznie rehabilitacji leczniczej, to podczas trzech wydarzeń zorganizowanych w 2018 r. oraz sześciu w 2019 r. rehabilitacja lecznicza była jednym z tematów tam poruszanych.

²⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843.

³⁰ Procedura 14.1 *Realizacja zakupów* wprowadzona zarządzeniem nr 1 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 2 stycznia 2018 r.

³¹ Wskutek zawartej umowy z Biurem Reklamy Gazet Lokalnych sp. z o.o. w 2018 r. opublikowano teksty informacyjne w 65 tygodnikach i czterech dwutygodnikach, a w 2019 r. w 115 tygodnikach i dwóch dwutygodnikach.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Również koszty poniesione przez oddziały na działania informacyjno-promocyjne były nieznaczne.

Przykłady

Koszty poniesione przez **oddział w Biłgoraju** na działania informacyjno-promocyjne w 2018 r. wyniosły 1,5 tys. zł, w tym 0,6 tys. zł na promocję działań związanych z rehabilitacją leczniczą.

Z inicjatywy Centrali ZUS **oddział w Lublinie** organizował Dzień Seniora i Dni Ubezpieczonego, na których odbywały się prelekcje oraz zorganizowane były punkty poradnictwa m.in. o rehabilitacji leczniczej. Oddział nie poniósł kosztów na opisane wyżej działania.

Podmioty lecznicze, do których NIK zwróciła się w trakcie kontroli, podawały że nie spotkały się z żadnymi działaniami informacyjno-promocyjnymi w przedmiocie rehabilitacji leczniczej.

Przykłady

Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych: ZUS w latach 2018–2020 nie skierował do PCUZ – ZOZ S.A. żadnych działań informacyjno-promocyjnych w przedmiocie rehabilitacji leczniczej. Nie mamy wiedzy na temat możliwości rehabilitacji ambulatoryjnej w naszym rejonie. Żaden z naszych pacjentów nie korzystał z tej formy rehabilitacji a są chorzy, którzy rezygnują z rehabilitacji gdy muszą jechać daleko od miejsca zamieszkania. Widzimy potrzebę szerszej promocji przez ZUS tej formy rehabilitacji.

Miedziove Centrum Zdrowia: W analizowanym okresie ZUS nie kierował do naszej jednostki żadnych wiadomości informacyjno-promocyjnych. Źródłem informacji pozostają ogólnodostępne materiały.

5.2. Wybór ośrodków rehabilitacyjnych, osiągnięte efekty oraz sprawowanie nadzoru

5.2.1. Wybór ośrodków rehabilitacyjnych, zawieranie umów i ich rozliczanie

W okresie objętym kontrolą Zakład przeprowadził 67 konkursów ofert na usługi rehabilitacyjne w ramach prewencji rentowej³² (dalej: konkursy ofert), z czego 11 konkursów (16,4%)³³ zostało unieważnionych z powodu braku ofert, a w 18 konkursach (26,9%) została złożona tylko jedna oferta. Wszystkie konkursy ofert procedowane były w oparciu o *rozporządzenie w sprawie rehabilitacji* oraz *Polityki zarządzania rehabilitacją*. W latach 2018–2019 w zakresie umów zawartych wskutek rozstrzygnięcia konkursów ofert ZUS poniósł koszty w łącznej wysokości 405 274,9 tys. zł.

Kontrolą objęto cztery konkursy ofert, z czego trzy zakończone zawarciem umów z ośrodkami rehabilitacyjnymi oraz jeden konkurs unieważniony. Poniesione koszty w latach 2018–2019 wyniosły 40 929,9 tys. zł. Były to:

- konkurs ofert na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w schorzeniach narządu ruchu w systemie stacjonarnym o nr referencyjnym I-NR-2018-2021. W terminie ośrodki rehabilitacyjne złożyły 14 ofert. W wyniku

³² 22 konkursy w 2018 r., 45 konkursów w 2019 r.

³³ Siedem unieważnionych konkursów ofert dotyczyło profilu leczenia chorób ośrodkowego układu nerwowego.

- ich oceny komisja konkursowa stwierdziła, że cztery z nich podlegają odrzuceniu³⁴. Wartość 10 zawartych umów z ośrodkami w ramach rozstrzygnięcia konkursu wynosiła 77 966,9 tys. zł³⁵;
- konkurs ofert na prowadzenie rehabilitacji w schorzeniach układu krążenia w trybie stacjonarnym o nr referencyjnym II-UK-2020-2022. W terminie do ZUS wpłynęło osiem ofert. Jedna oferta w wyniku kontroli ośrodka rehabilitacyjnego została odrzucona z powodu niespełnienia wymagań konkursowych dotyczących warunków lokalowych, kadrowych i medycznych. W wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert Zakład zawarł trzy umowy o łącznej wartości 16 519,6 tys. zł³⁶;
 - konkurs ofert na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w schorzeniach narządu ruchu, w systemie ambulatoryjnym o nr referencyjnym IX-NR.A-2019-2021. W terminie do ZUS wpłynęło dziewięć ofert. W wyniku ich oceny stwierdzono, że dwie z nich podlegają odrzuceniu³⁷. Na odrzucenie oferty dotyczące braku aktualnych dokumentów z Urzędu Skarbowego i ZUS jeden ośrodek rehabilitacji złożył protest, który po rozpoznaniu przez komisję odwoławczą nie został uwzględniony. W wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert Zakład zawarł jedną umowę o wartości 1036,8 tys. zł³⁸;
 - konkurs ofert na prowadzenie pilotażowego programu rehabilitacji leczniczej dla osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, w systemie stacjonarnym o nr referencyjnym VI-OUN-2019-2020, który został unieważniony na podstawie § 16 ust. 1 pkt 1 *rozporządzenia*, tj. z powodu, iż nie wpłynęła żadna oferta.

We wszystkich badanych konkursach określono kryteria oceny ofert zgodne z § 13 ust. 3 *rozporządzenia*. Ranking ofert ustalany był na podstawie zaofiarowanych cen jednego dnia pobytu w ośrodku osoby skierowanej na rehabilitację. Pozostałe kryteria pozacenowe dotyczyły kryteriów kwalifikacji i selekcji ośrodków rehabilitacyjnych do udziału w konkursie. Zapisy *rozporządzenia* nie dawały możliwości określenia dodatkowo punktowanych pozacenowych kryteriów oceny ofert, które miałyby istotny wpływ na wyższe standardy jakościowe ośrodków. NIK dostrzega konieczność wprowadzenia zmian legislacyjnych do *rozporządzenia*, które pozwolą ustalać ranking najkorzystniejszych ofert w oparciu o kryteria inne niż cena. Cena nie powinna być jedynym kryterium oceny ofert ponieważ może to wpływać na obniżenie jakości świadczonych usług.

³⁴ Trzy oferty odrzucono w wyniku kontroli ośrodków rehabilitacyjnych podczas, których stwierdzono niespełnienie wymagań konkursowych w zakresie warunków lokalowych, kadrowych i medycznych, a jedną ofertę z powodu niespełnienia wymagań konkursowych.

³⁵ Maksymalna kwota ustalona przez ZUS jaką mogły zaoferować ośrodki za jeden dzień pobytu osoby skierowanej na rehabilitację wynosiła 120,00 zł, natomiast kwota najkorzystniejszej oferty wynosiła 83,97 zł, a średnia wartość złożonych 10 ofert, z którymi Zakład zawarł umowy wynosiła 103,61 zł.

³⁶ Wybór najkorzystniejszych ofert spośród ofert ważnych, uszeregowanych na liście w kolejności od najniższej do najwyższej ceny pobytu dokonywany jest do wyczerpania środków finansowych co wynika z § 13 ust. 4 *rozporządzenia*. Ponadto kwota najkorzystniejszej oferty wynosiła 108,89 zł, a średnia trzech ofert, z którymi ZUS zawarł umowy za jeden dzień pobytu wynosiła 109,26 zł.

³⁷ Jedna oferta nie spełniała kryteriów oceny ofert konkursowych w zakresie warunków lokalowych, kadrowych i medycznych oraz w jednej ofercie nie wykazano aktualnych zaświadczeń z US i ZUS dotyczących niezalegania w podatkach i opłaceniu składek.

³⁸ Maksymalna kwota jaką mogły zaoferować ośrodki wynosiła 80 zł za jeden dzień pobytu. Kwota najkorzystniejszej oferty wynosiła 48,00 zł (następnych w kolejności: 55 zł, 55 zł, 56,8 zł, 62 zł, 64 zł i 77 zł).

Zakład każdorazowo przed ogłoszeniem konkursu ofert dokonywał szacowania wartości konkursu według wzoru, który stanowił iloczyn planowanych do zakontraktowania miejsc w danym profilu w roku budżetowym, stawki za jeden dzień pobytu osoby i liczby dni w turnusie rehabilitacyjnym. Przed ustaleniem poziomu finansowania poszczególnych profili rehabilitacji, Zakład opracowywał kalkulację konkursów, która uwzględniała środki finansowe na poszczególne profile rehabilitacji, raporty związane z bieżącym monitorowaniem zapotrzebowania na miejsca w podziale na profile schorzeń³⁹ oraz analizy określające zapotrzebowanie dla miejsc kontraktowych w trybie ambulatoryjnym. Podział środków wynikał z zapotrzebowania na miejsca w poszczególnych profilach schorzeń oraz stawki osobodnia pobytu w ośrodku.

W konkursach na świadczenia usług rehabilitacyjnych dopuszczono możliwość złożenia pełnomocnictwa w formie kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę, na którą pełnomocnictwo zostało wystawione. W ocenie NIK rozwiązanie takie niesie za sobą ryzyko dla sprawnego i skutecznego przeprowadzenia konkursów. Z uwagi na istotność tych postępowań, właściwym rozwiązaniem byłoby zastrzeżenie do tego rodzaju pełnomocnictwa formy pisemnej. Rozwiązanie to jest standardem w innych tego typu postępowaniach, np. w postępowaniu o zamówienie publiczne.

W kontrolowanym okresie Zakład obowiązywało 205 umów z ośrodkami świadczącymi usługi rehabilitacyjne⁴⁰. Wszystkie z nich podpisano po przeprowadzonych zgodnie z *rozporządzeniem* konkursach ofert na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. 23 spośród 205 obowiązujących umów rozwiązano⁴¹. Średnia ilość dni obowiązywania umów, które zostały rozwiązane wynosiła: około 721 dni w 2018 r. i około 608 dni w 2019 r. Wszystkie umowy rozwiązano na wniosek ośrodków rehabilitacyjnych z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia m.in. z przyczyny braku kadry medycznej umożliwiającej realizację umowy, zwiększenia się kosztów stałych świadczenia usług medycznych i utrzymania ośrodka oraz konieczności przeprowadzenia remontu w ośrodku. Ośrodki nie ponosiły przy tym żadnych konsekwencji finansowych, gdyż taka możliwość wynika z § 18 ust. 5 pkt 2 *rozporządzenia*.

NIK dostrzega konieczność nowelizacji *rozporządzenia*. Zmiany przepisów powinny dać możliwość naliczenia ośrodkom kar umownych za wypowiedzenia umowy z powodu nie spełniania jej warunków. Dotychczasowe przepisy nie zabezpieczają w pełni interesów ZUS oraz osób poddanych rehabilitacji, gdyż każdorazowo ośrodki z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia mogą rozwiązać umowę bez ponoszenia konsekwencji. Powyższe powoduje konieczność rozpisania nowych konkursów lub aneksowania dotychczas zawartych innych umów, co może mieć istotny wpływ na jakość świadczonych usług oraz wydłużony czas oczekiwania na rehabilitację.

³⁹ Raporty/zestawienia uwzględnione w kalkulacji dotyczą m.in. wniosków o rehabilitację, liczby orzeczeń o potrzebie rehabilitacji w podziale na źródła kierowania oraz grupy schorzeń, okresu oczekiwania na rehabilitację, wykorzystania zakontraktowanych miejsc na profile i liczbę miejsc zakontraktowanych, umów wygasających w podziale na profile i liczbę miejsc.

⁴⁰ 158 umów obowiązywało w 2018 r. i 152 w 2019 r.

⁴¹ 13 umów rozwiązano w 2018 r. i 10 w 2019 r.

Ponadto zdaniem NIK w zakresie umów zawartych na okres powyżej 12 miesięcy zasadne byłoby wprowadzenie do nich postanowień pozwalających na ich waloryzację w przypadku zmiany: stawki podatku od towarów i usług, wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie art. 2 ust. 3–5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, zasad podlegania ubezpieczeniom społecznym lub ubezpieczeniu zdrowotnemu lub wysokości stawki składki na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne – jeżeli zmiany te będą miały istotny wpływ na realizację świadczonych usług. Wprowadzenie do umów możliwości ich waloryzacji pozwoli uniknąć w przyszłości rozwiązania części z nich.

Szczegółowym badaniem objęto 12 umów, z czego osiem spośród badanej próby konkursów ofert oraz cztery umowy, w których Zakład skorzystał z możliwości kontroli ośrodka. Łączna wysokość poniesionych z tego tytułu kosztów wyniosła 40 415,7 tys. zł⁴². W trakcie badania umów zawartych z ośrodkami rehabilitacyjnymi stwierdzono, że:

- wszystkie umowy zawierały postanowienia wymagane *rozporządzeniem*;
- we wszystkich umowach przewidziano możliwość naliczenia kar umownych m.in. za niespełnienie niektórych wymagań określonych w umowach, nieterminowe przygotowanie dokumentacji do kontroli i niedotrzymanie terminów realizacji umowy. W ocenie NIK zawarcie w umowach postanowień pozwalających na uznaniowe naliczanie kar umownych poprzez formułowanie w umowach klauzul takich jak: *...”ma prawo nałożenia na ośrodek kary umownej...”* należy uznać za nieprawidłowe. Postanowienia umów z ośrodkami nie powinny dawać możliwości fakultatywnego naliczenia kar umownych. Szczegółowy opis ww. nieprawidłowości zawarto w sekcji: stwierdzone nieprawidłowości;
- środki finansowe przekazywane podmiotom świadczącym usługi rehabilitacyjne przekazywane były zgodnie z postanowieniami umów⁴³;
- usługi rozliczane były zgodnie z postanowieniami umowy;
- w ośmiu przypadkach umowy aneksowano. Aneksy umów dotyczyły zwiększenia liczby osób uczestniczących w jednym turnusie, zwiększenia osobodni w poszczególnych latach lub zmiany konta bankowego ośrodka. Konieczności zmian treści umów wynikały m.in. ze zwiększonej liczby orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej oraz wypowiedzeniu przez niektóre ośrodki umów na prowadzenie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej⁴⁴. Z wyjaśnień ZUS wynika, że w przypadku zwiększenia liczby osób uczestniczących w turnusie wymagania dla ośrodków rehabilitacyjnych zwiększały się proporcjonalnie do liczby kierowanych osób, a ośrodki na piśmie zobowiązywały

⁴² Z uwagi na obowiązywanie części umów, koszty wg stanu na 31 maja 2020 r.

⁴³ Zgodnie z zapisami umów płatności na rachunek bankowy ośrodków dokonywano w terminie do 30 dni od daty dostarczenia przez ośrodek prawidłowo sporządzonych dokumentów rozliczeniowych.

⁴⁴ Możliwość wprowadzenia tych zmian przewiduje § 18 ust. 4 *rozporządzenia*.

się do przestrzegania wszystkich warunków kadrowych, lokalowych i medycznych. Zmiany dotyczące zwiększenia liczby osób uczestniczących w jednym turnusie i zwiększenia osobodni w poszczególnych latach były zróżnicowane. Wysokość zmian pierwotnych postanowień umów w zakresie zwiększenia maksymalnej liczby dni pobytu osób skierowanych na rehabilitację w każdym roku obowiązywania umowy względem aneksów oscylowała między min. 1,3%, a maks. 67,3%. Zakład dokonywał zmian treści umów w oparciu o § 18 ust. 4 *rozporządzenia*, tj. m.in. z ważnych przyczyn leżących po stronie zamawiającego. W ocenie NIK zapisy *rozporządzenia* są nieprecyzyjne w zakresie możliwości zmian umowy, gdyż okoliczności określane jako ważne przyczyny leżące po stronie zamawiającego mają charakter katalogu otwartego. W związku z powyższym zdaniem NIK zasadne jest wprowadzenie zmian w *rozporządzeniu*, które określą precyzyjnie okoliczności umożliwiające dokonanie zmian treści umowy.

5.2.2. Skuteczność rehabilitacji leczniczej

Badania w zakresie skuteczności rehabilitacji leczniczej przeprowadzono w 20 oddziałach Zakładu. Kontrolą objęto losowo wybrane 72 sprawy, w których wydano orzeczenia o potrzebie rehabilitacji, w tym po 18 spraw, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku:

- a. nie pobierał z Zakładu świadczeń z tytułu niezdolności do pracy,
- b. pobierał zasiłki chorobowe,
- c. pobierał świadczenie rehabilitacyjne,
- d. pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

Ponadto, kontrolą objęto 18 spraw, w których w których lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji⁴⁵.

W sumie liczba orzeczeń objętych kontrolą wyniosła łącznie 1783, w tym orzeczeń o braku potrzeby rehabilitacji – 360. Orzeczeń wydanych przez lekarzy o specjalizacji niezgodnej/rozbieżnej z typem stwierdzonego schorzenia mającego być poddanemu rehabilitacji stwierdzono ogółem 720, co stanowiło 40,0% tego typu spraw.

Po upływie jednego roku w badanej próbie 1783 osób/spraw, 958 osób podlegało ubezpieczeniu społecznemu⁴⁶, tj. 53,73% badanej próby. Ze świadczeń FUS⁴⁷, korzystało 617 osób, co stanowiło 34,60% ogółu badanych. Bezrobotnych było 88 osób (4,93%). Na emeryturze przebywało 96 osób (5,24%). Pozostałe 41 przypadków, to osoby o nieokreślonym statusie ubezpieczenia społecznego⁴⁸.

Opis badanej próby

Sumaryczne wyniki badań

⁴⁵ Do kontroli wybierano tylko te przypadki, w których lekarz orzecznik uznał rehabilitację za niecelową, tj. osoba po odbyciu rehabilitacji nie rokuje odzyskania zdolności do pracy.

⁴⁶ Umowy o pracę, umowy cywilnoprawne, działalność gospodarcza.

⁴⁷ Zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne, renty stałe i okresowe z tytułu niezdolności do pracy.

⁴⁸ To m.in. trzy osoby które zmarły, stypendyści, doktoranci, osoby o nieokreślonym statusie ubezpieczenia społecznego, w tym te które wyemigrowały zagranicę.

W grupie 1423 spraw osób korzystających z rehabilitacji liczba dni w ciągu roku po przebytej rehabilitacji, za które ubezpieczony pobierał świadczenia z FUS wyniosła 194 867 dni, co stanowiło spadek o 59 614 dni (23,0%), w stosunku do liczby 254 481 dni w ciągu roku przed rehabilitacją. Średnia ilość dni (okres) korzystania/przebywania na świadczeniach FUS uległa zmniejszeniu o 74,97 dni, z 218,17 dni do 143,20 dni (34,0%). W badanej próbie zmniejszeniu uległa również kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku po przebytej rehabilitacji o 4390,53 tys. zł, tj. z 15 150,60 tys. zł do 10 760,08 tys. zł (28,98%). Zwiększeniu uległa natomiast kwota odprowadzonych składek z tytułu ubezpieczenia społecznego o 957,89 tys. zł, z 9507,24 tys. zł do 10 465,12 tys. zł (10,08%).

Liczba orzeczeń wydanych przez lekarzy orzeczników łącznie wyniosła 1423, w tym 635 orzeczeń wydanych przez lekarzy o specjalizacji niezgodnej/rozbieżnej z typem stwierdzonego schorzenia mającego być poddanemu rehabilitacji, co stanowiło 44,62% tego typu spraw. W wyniku przebytych rehabilitacji, u 956 osób stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego⁴⁹ (67,18%), u 448 osób stwierdzono brak poprawy (31,48% opinii). U 19 osób stwierdzono pogorszenie stanu zdrowia (1,34% opinii).

W ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji, w badanej próbie 1423 osób/spraw 795 osób podlegało ubezpieczeniu społecznemu (55,87%). Ze świadczeń FUS korzystało 479 osób (33,66%). Bezrobotnymi pozostawało 80 osób (5,62%). Na emeryturze przebywało 55 osób (3,87%). Pozostałe 14 przypadków stanowiły osoby o nieokreślonym statusie ubezpieczenia społecznego.

Średni okres od daty złożenia wniosku przez ubezpieczonego do rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 110,98 dni (od dwóch do 365 dni). Od daty złożenia wniosku do daty wydania orzeczenia średni okres oczekiwania wyniósł 16,06 dni (od jednego do 51 dni). Średni czas oczekiwania na rehabilitację od daty emisji skierowania wyniósł 79,05 dni (od dwóch do 320 dni).

W poszczególnych typach spraw, sytuacja kształtowała się następująco:

Orzeczenia o braku potrzeby rehabilitacji

Wyniki badań
spraw osób,
wobec których
orzeczono
niecelowość rehabilitacji

W badanej próbie 360 spraw, liczba dni w ciągu roku, po wydanych orzeczeniach o odmowie, za które ubezpieczony pobierał świadczenia z FUS wyniosła łącznie 64 855 dni, co stanowiło wzrost o 4966 dni, tj. 8,29%, w stosunku do liczby dni 59 889 w ciągu roku przed wydaniem orzeczenia. Ten paradoksalny, na pierwszy rzut oka, wzrost spowodowany był tym, że osoby którym w orzeczeniach odmówiono rehabilitacji, korzystały głównie ze świadczeń wynikających z innych schorzeń, niż te schorzenia, które były badane przez lekarzy orzeczników. Dlatego też, w sumie 360 spraw, średnia ilość dni (okres) korzystania/przebywania na świadczeniach ZUS uległa zwiększeniu o 15,52 dni, z 173,07 dni do 188,59 dni, co stanowiło wzrost o 8,97% okresu średniej długości przebywania/korzystania ze świadczeń ZUS.

⁴⁹ Na podstawie opinii lekarskich wydanych w ośrodkach rehabilitacyjnych po zakończeniu rehabilitacji.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku po wydanym orzeczeniu uległa zmniejszeniu o 9,02 tys. zł, tj. z 3791,80 tys. zł do 3782,78 tys. zł, co stanowiło spadek o 0,24%, w stosunku do kwoty świadczeń pobieranych w ciągu roku przed rehabilitacją. Kwota odprowadzonych składek z tytułu ubezpieczenia społecznego zmniejszyła się o 218,91 tys. zł, z 2265,94 tys. zł do 2047,02 tys. zł, co stanowiło spadek o 9,66%.

Przykład

Oddział w Nowym Sączu: w okresie roku przed wydaniem orzeczenia wszystkie osoby objęte próbą pobierały świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, średnio przez 281 dni (łącznie 5050 dni), przy czym 10 osób przez cały rok, a osiem od 38 do 250 dni; wysokość wypłaconych z tego tytułu świadczeń ZUS wyniosła średnio 15,5 tys. zł na osobę (łącznie 278,5 tys. zł); w okresie roku po odmowie rehabilitacji 17 osób pobierało świadczenia, średnio przez 288 dni (4610 dni), przy czym osiem osób przez cały rok, a kolejne osiem od pięciu do 350 dni; wysokość wypłaconych z tego tytułu świadczeń wyniosła średnio 15,5 tys. zł na osobę pobierającą świadczenia (łącznie 248,3 tys. zł).

W ciągu roku po wydaniu orzeczenia o odmowie, w badanej próbie 360 osób/spraw 163 osoby podlegały ubezpieczeniu społecznemu, tj. 45,28% badanej próby. Ze świadczeń FUS, w ciągu roku po odmowie rehabilitacji, korzystało 138 osób, co stanowiło 38,33% ogółu badanych. Bezrobotnych było osiem osób (2,22%). Na emeryturze w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji przebywało 41 osób (11,39%). Pozostałe 10 osób, to m.in. stypendyści, doktoranci, osoby o nieokreślonym statusie ubezpieczenia społecznego.

Przykład

Oddział w Nowym Sączu: w okresie roku po odmowie rehabilitacji jedna osoba nie pobierała żadnych świadczeń z tytułu niezdolności do pracy (podlegała ubezpieczeniu; odmowa rehabilitacji wynikała z przeciwwskazań kardiologicznych), cztery pobierały zasiłek chorobowy lub wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy, z tytułu zatrudnienia lub prowadzenia działalności gospodarczej, jedna przebywała na świadczeniu rehabilitacyjnych, trzy osoby pobierały świadczenie rehabilitacyjne, a następnie przeszły na rentę okresową, osiem osób pobierało renty okresowe (w tym dwie jednocześnie prowadziły działalność gospodarczą, a jedna była zatrudniona), natomiast jedna osoba przeszła z renty okresowej na emeryturę.

Średni okres od daty złożenia wniosku przez ubezpieczonego do daty wydania orzeczenia wyniósł średnio 26,2 dni (od dwóch do 73 dni).

Orzeczenia o potrzebie rehabilitacji osób niekorzystających ze świadczeń FUS

W badanej próbie 358 spraw, dotyczących osób niekorzystających ze świadczeń FUS przed rozpoczęciem rehabilitacji, liczba dni w ciągu roku po przebytej rehabilitacji, za które ubezpieczony pobierał świadczenia FUS wyniosła 5874 dni, co stanowiło wzrost o 2604 dni, tj. 79,63%, w stosunku do liczby dni w ciągu roku przed rehabilitacją. Średnia ilość dni (okres) korzystania/przebywania na świadczeniach ZUS uległa zwiększeniu o 8,58 dni, z 7,86 dni do 16,44 dni, co stanowiło wzrost o 91,61%.

Wyniki badań
spraw osób, które
nie korzystały ze
świadczeń FUS

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zwiększeniu uległa kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku po przebytej rehabilitacji o 228,22 tys. zł, tj. z 329,21 tys. zł do 557,44 tys. zł, co stanowiło wzrost o 69,32%, w stosunku do kwoty świadczeń pobieranych w ciągu roku przed rehabilitacją. Zmniejszeniu uległa kwota odprowadzonych składek o 59,91 tys. zł, z 4852,40 tys. zł do 4792,48 tys. zł, co stanowiło wzrost o 1,23%. U 300 osób stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego po pobycie w ośrodku rehabilitacyjnym (83,80%), u 56 osób stwierdzono brak zmian (15,64%), natomiast u dwóch osób stwierdzono pogorszenie stanu zdrowia (0,56%).

W badanej próbie 358 osób/spraw, w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji 300 osób podlegało ubezpieczeniu społecznemu, tj. 83,80% badanej próby. Ze świadczeń FUS korzystało 28 osób (7,82%). Bezrobotnymi pozostały dwie osoby (0,56%). Na emeryturze przebywało 19 osób (5,30%). Pozostałe dziewięć osób, to osoby o nieokreślonym statusie ubezpieczenia społecznego.

Przykład

Oddział w Lublinie: W badanej próbie 18 spraw, liczba dni niezdolności do pracy w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 437 do 223, tj. o 49,0%, zmalała również kwota wypłaconych z tego tytułu świadczeń z 32,2 tys. zł do 18,0 tys. zł, tj. o 44,1%. Wszystkie osoby po upływie roku od zakończenia rehabilitacji były zatrudnione. Dwie osoby po zakończeniu umowy o pracę przeszły na emeryturę. Z ww. próby nie pobierało żadnego świadczenia 11 osób (61,1%), a siedem osób (38,9%) pobierało świadczenia dotyczące innych schorzeń.

Średni okres od daty złożenia wniosku przez ubezpieczonego do rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 125,81 dni (od dwóch do 354 dni). Od daty złożenia wniosku do daty wydania orzeczenia średni okres oczekiwania wyniósł 20,04 dni (od dwóch do 72 dni). Średni czas oczekiwania na wyjazd na rehabilitację od daty emisji skierowania wyniósł 94,24 dni (od ośmiu do 320 dni).

Orzeczenia o potrzebie rehabilitacji osób pobierających zasiłek chorobowy

Wyniki badań spraw osób, które pobierały zasiłek chorobowy

W badanej próbie 360 spraw, dotyczących osób pobierających zasiłek chorobowy przed rozpoczęciem rehabilitacji, liczba dni w ciągu roku po przebytej rehabilitacji, za które ubezpieczony pobierał świadczenia z FUS wyniosła łącznie 37 052 dni, co stanowiło spadek o 5435 dni (12,79%), w stosunku do liczby 42 487 dni w ciągu roku przed rehabilitacją. Średnia ilość dni (okres) korzystania/przebywania na świadczeniach ZUS uległ zmniejszeniu o 15,09 dni, ze 118,01 dni do 102,91 dni (12,78%).

Zmniejszeniu uległa kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku po przebytej rehabilitacji o 991,24 tys. zł, tj. z 3370,24 tys. zł do 2379,00 tys. zł, co stanowiło spadek o 29,41%, w stosunku do kwoty świadczeń pobieranych w ciągu roku przed rehabilitacją. Zmniejszyła się kwota odprowadzonych składek z tytułu ubezpieczenia społecznego w ciągu roku po przebytej rehabilitacji o 101,80 tys. zł, z 3198,30 tys. zł do kwoty 3096,5 tys. zł (3,18%).

Przykład

Oddział w Ostrowie Wielkopolskim: W 18 objętych kontrolą sprawach łączna liczba dni pobierania świadczenia w ciągu roku przed i po rehabilitacji zmalała z 1696 dni do 1387 dni, tj. o 18,2%; łączna kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń przed i po rehabilitacji zmalała z 119,9 tys. zł do 103,6 tys. zł, tj. o 15,6%; w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji 14 osób pobierało świadczenia z FUS, z tego: 11 osób pobierało sam zasiłek chorobowy, a trzy odpowiednio: samą rentę, rentę i świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne; cztery osoby nie pobrały żadnego świadczenia z FUS.

W wyniku przebytych rehabilitacji 360 osób, u 263 osób (73,05%) stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego, u 95 brak zmian (26,39%), a u dwóch pogorszenie stanu zdrowia (0,56%).

W ciągu roku po zakończeniu przebytej rehabilitacji, w badanej próbie 360 osób/spraw 251 osób podlegało ubezpieczeniu społecznemu (69,72%). Ze świadczeń FUS, w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji korzystało 76 osób (21,11%). Bezrobotnymi pozostawało 17 osób (4,72%). Na emeryturze w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji przebywało 16 osób (4,45%).

Przykład

Oddział w Ostrowie Wielkopolskim: W ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji 14 osób pobierało świadczenia z FUS, z tego: 11 osób pobierało sam zasiłek chorobowy, a trzy odpowiednio: samą rentę, rentę i świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne; cztery osoby nie pobrały żadnego świadczenia z FUS; po upływie roku od zakończenia rehabilitacji 11 osób było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, trzy – prowadziły działalność gospodarczą pozostałe cztery były odpowiednio rencistą emerytem, stypendystą i osobą bezrobotną bez prawa do zasiłku.

Średni okres od daty złożenia wniosku przez ubezpieczonego do rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 104,19 dni (od 24 do 365 dni). Od daty złożenia wniosku do daty wydania orzeczenia średni okres oczekiwania wyniósł 17,58 dni (od dwóch do 51 dni). Średni czas oczekiwania na rehabilitację od daty emisji skierowania wyniósł 71,25 dni (od czterech do 238 dni).

Orzeczenia o potrzebie rehabilitacji osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne

W badanej próbie 360 spraw, dotyczących osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne przed rozpoczęciem rehabilitacji liczba dni w ciągu roku po przebytej rehabilitacji, za które ubezpieczony pobierał świadczenia FUS wyniosła łącznie 53 671 dni, co stanowiło spadek o 39 816 dni (42,59%), w stosunku do liczby 93 487 dni w ciągu roku przed rehabilitacją. Średnia ilość dni (okres) korzystania/przebywania na świadczeniach ZUS uległa zmniejszeniu o 110,56 dni, z 258,71 dni do 148,15 dni, co stanowiło spadek o 42,73%.

Zmniejszeniu uległa kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku po przebytej rehabilitacji o 3210,02 tys. zł, tj. z 6527,84 tys. zł do 3317,82 tys. zł, co stanowiło spadek o 49,17%. Zwiększyła się natomiast kwota

Wyniki badań
spraw osób, które
pobierały świadczenie
rehabilitacyjne

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

odprowadzonych składek z tytułu ubezpieczenia społecznego w ciągu roku po przebytej rehabilitacji o 963,35 tys. zł, z kwoty 908,39 tys. zł do 1871,75 tys. zł, co stanowiło wzrost o 106,05%.

Przykład

Oddział w Rybniku: W przypadku 18 spraw, w których ubezpieczony pobierał świadczenie rehabilitacyjne liczba dni na świadczeniu w ciągu roku przed rehabilitacją wynosiła łącznie 4367, wahając się w przedziale od 150 do 296 dni (średnio 243), a liczba dni na świadczeniu w ciągu roku po rehabilitacji w tej grupie wyniosła łącznie 3597 i wahała się w przedziale od 0 do 365 dni, (średnio 200). Kwota wypłaconych przez ZUS świadczeń w związku z przebywaniem ww. grupy ubezpieczonych na świadczeniu w ciągu roku przed rehabilitacją wyniosła łącznie 274,27 tys. zł i wahała się w przedziale od 6,55 tys. zł do 27,05 tys. zł (średni 15,24 tys. zł), a kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku po rehabilitacji w tej samej grupie spadła o 27,82 tys. zł (tj. o 10,1%) i wyniosła łącznie 246,45 tys. zł, wahając się w przedziale od 0 tys. zł do 52,61 tys. zł (13,7 tys. zł).

W wyniku przebytych rehabilitacji 360 osób, u 216 osób stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego (60,00%), u 135 osób stwierdzono brak zmian (37,50%), a u dziewięciu stwierdzono pogorszenie stanu zdrowia (2,50%).

W ciągu roku po zakończeniu przebytej rehabilitacji w badanej próbie 360 osób/spraw 172 osób podlegało ubezpieczeniu społecznemu (47,78%). Ze świadczeń FUS, w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji, korzystało 135 osób (37,50%). Bezrobotnymi pozostawało 40 osób (11,11%). Na emeryturze przebywało 10 osób (2,78%). Pozostałe trzy osoby posiadały nieokreślony status ubezpieczenia społecznego.

Przykład

Oddział w Rybniku: 15 z 18 ubezpieczonych (tj. 83,3%), do roku od zakończonej rehabilitacji pobierało świadczenia na schorzenie ujęte w orzeczeniu o potrzebie rehabilitacji leczniczej. W okresie roku od dnia zakończenia rehabilitacji leczniczej: 11 osób (tj. 61,1%) pracowało, trzy osoby (tj. 16,7%) były rencistami (na rencie okresowej), jedna (tj. 5,6%) pracującym rencistą jedna (tj. 5,6%) osobą bezrobotną pobierającą zasiłek dla bezrobotnych, dwie osoby (tj. 11,1%) nie posiadały tytułu do ubezpieczenia.

Średni okres od daty złożenia wniosku przez ubezpieczonego do rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 92,17 dni (od 20 do 270 dni). Od daty złożenia wniosku do daty wydania orzeczenia średni okres oczekiwania wyniósł średnio 13,53 dni (od jednego do 28 dni). Średni czas oczekiwania na rehabilitację od daty emisji skierowania wyniósł 61,86 dni (od trzech do 234 dni).

Orzeczenia o potrzebie rehabilitacji osób pobierających renty okresowe

Wyniki badań spraw osób, które pobierały renty okresowe

W badanej próbie 341 spraw, dotyczących osób pobierających renty okresowe przed rozpoczęciem rehabilitacji, liczba dni w ciągu roku po przebytej rehabilitacji o 98 270 dni, co stanowiło spadek o 16 967 dni (14,72%),

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w stosunku do liczby 115 237 dni w ciągu roku przed rehabilitacją. Średnia ilość dni (okres) korzystania/przebywania na świadczeniach ZUS uległa zmniejszeniu o 33,29 dni, z 338,56 dni do 305,27 dni (9,83%).

Przykład

Oddział w Krakowie: w okresie jednego roku przed zakończeniem rehabilitacji wszystkie osoby pobierały świadczenia z tytułu niezdolności do pracy średnio przez 361 dni (łącznie 6 501 dni), których wysokość wyniosła średnio 17,8 tys. zł (łącznie 319,7 tys. zł), natomiast w okresie jednego roku po zakończeniu rehabilitacji średnio przez 273 dni (łącznie 4 906 dni), których wysokość wyniosła średnio 14,7 tys. zł (łącznie 265 tys. zł – spadek o 17,1%); według opinii lekarskich po zakończeniu rehabilitacji w przypadku 12 osób (66,7%) nastąpiła poprawa stanu zdrowia, stan zdrowia kolejnych pięciu osób (27,8%) pozostał bez zmian, a w przypadku jednej osoby stwierdzono pogorszenie się stanu zdrowia.

Zmniejszeniu uległa kwota wypłaconych świadczeń w ciągu roku po przebytej rehabilitacji o 417,49 tys. zł, tj. z 4923,30 tys. zł do 4505,81 tys. zł, co stanowiło spadek o 8,48%, w stosunku do kwoty świadczeń pobieranych w ciągu roku przed rehabilitacją. Zwiększyła się natomiast kwota odprowadzonych składek z tytułu ubezpieczenia społecznego w ciągu roku po przebytej rehabilitacji o 156,25 tys. zł, z kwoty 548,13 tys. zł odprowadzonej w ciągu roku przed rehabilitacją do kwoty 704,38 tys. zł odprowadzonej w ciągu roku po zakończonej rehabilitacji, co stanowiło wzrost o 28,51%.

W wyniku przebytych rehabilitacji 341 osób, u 173 osób stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego (50,73%), u 162 osób stwierdzono brak zmiany stanu zdrowia po przebytej rehabilitacji (47,50%), a u sześciu osób stwierdzono pogorszenie stanu zdrowia (1,77%).

W ciągu roku po zakończeniu przebytej rehabilitacji, w badanej próbie 341 osób/spraw 69 osoby podlegały ubezpieczeniu społecznemu (20,23%). Ze świadczeń FUS, w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji, korzystało 240 osób (70,38%). Bezrobotnymi pozostawało 21 osób (6,16%). Na emeryturze przebywało 10 osób (2,93%).

Przykład

Oddział w Krakowie: osiem osób w okresie roku po zakończeniu rehabilitacji było zatrudnionych lub prowadziło działalność gospodarczą oraz jednocześnie pobierało rentę okresową, osiem osób pobierało tylko rentę okresową⁵⁰, jedna osoba przeszła na rentę stałą, a kolejna osoba w tym okresie utraciła pracę i pobierała zasiłek dla bezrobotnych. Wśród wskazanych ośmiu zatrudnionych osób cztery w ciągu roku po rehabilitacji przeszły na emeryturę.

Średni okres od daty złożenia wniosku przez ubezpieczonego do rozpoczęcia rehabilitacji wyniósł 121,73 dni (od trzech do 365 dni). Od daty złożenia wniosku do daty wydania orzeczenia średni okres oczekiwania wyniósł 13,06 dni (od dwóch do 35 dni). Średni czas oczekiwania na rehabilitację od daty emisji skierowania wyniósł 88,82 dni (od dwóch do 233 dni).

⁵⁰ W tym jedna osoba w okresie roku po rehabilitacji zmarła.

Nieskuteczność rehabilitacji wobec osób pobierających renty

Lekarz orzecznik/komisja lekarska w postępowaniu z wniosku o rentę z tytułu niezdolności do pracy wydają orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, jeśli stwierdzają że ubezpieczony rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu tej rehabilitacji. Przepis art. 13 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z FUS zobowiązuje lekarza orzecznika/komisję lekarską w postępowaniu z wniosku o rentę z tytułu niezdolności do pracy do wydania orzeczenia o potrzebie rehabilitacji leczniczej jeśli stwierdzi, że ubezpieczony rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu tej rehabilitacji. Przy wydawaniu orzeczenia o potrzebie rehabilitacji lekarz orzecznik kieruje się przesłankami określonymi w § 4 rozporządzenia, tj.: charakterem i przebiegiem procesów chorobowych oraz ich wpływem na stan czynnościowy organizmu, stopniem przystosowania organizmu do ubytków anatomicznych i naruszenia sprawności organizmu w następstwie choroby, wiekiem, zawodem, wykonywanymi czynnościami i warunkami pracy. Z przywołanych powyżej ustaleń kontroli wynika niska skuteczność Zakładu w zakresie rehabilitacji leczniczej osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy. Zwrócić należy uwagę, że zgodnie z § 4 *rozporządzenia w sprawie rehabilitacji*, lekarz orzecznik i komisja lekarska zakładu wydają orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, w stosunku do osoby uprawnionej, która rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji. Oznacza to, że uznając celowość skierowania na rehabilitację lekarz orzecznik musi ocenić, że rehabilitacja ma duże szanse na przywrócenie ubezpieczonemu pełnej sprawności. Wywiązywanie się z tych obowiązków przez lekarzy orzeczników jest jednak trudne z uwagi na fakt, że na jednego lekarza orzecznika przypada coraz więcej spraw, a czas poświęcony na wydanie orzeczenia został znacznie skrócony przez naczelnego lekarza zakładu z równoczesnym zaleceniem wydawania orzeczeń bez przeprowadzania bezpośredniego badania.

Przykłady

Oddział w Nowym Sączu: Rehabilitacja lecznicza realizowana przez Zakład jest skutecznym narzędziem umożliwiającym powrót do pracy osobom zainteresowanym powrotem do pracy. Nie spełnia ona jednak roli w odniesieniu do wieloletnich rencistów, którzy wypadli z rynku pracy i nie posiadają wysokich kwalifikacji, bądź przywykli do stylu życia, jaki zapewnia im stałe świadczenie ZUS. (...). U osób kierowanych na rehabilitację w trakcie pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy efekt w postaci odzyskania zdolności do pracy jest niewielki, gdyż poprawa stanu zdrowia jest krótkotrwała, a wieloletnie przewlekłe schorzenia zazwyczaj mają charakter progresywny, bądź dołączają się inne schorzenia, wcześniej niewystępujące.

Oddział w Poznaniu: W jej ocenie rehabilitacja jest nieskuteczna dla osób pobierających rentę z powodu konfliktu pomiędzy celem prewencji, a warunkami pobierania świadczenia rentowego. Obecne przepisy, które umożliwiają pracę osobom pobierającym renty, są przeciwstawne ekonomicznie założeniom prewencji, która co do zasady ma ograniczać ryzyko braku możliwości świadczenia pracy. Należałoby ograniczyć rehabilitację w ramach prewencji rentowej tylko do ubezpieczonych wykonujących pracę (faktycznie świadczących pracę, a nieprzebywających długotrwale na zasiłkach chorobowych), gdyż tylko w ten sposób wpisalibyśmy się w cel rehabilitacji, tj. reagowanie

na ryzyko utraty możliwości pracy zarówno w perspektywie krótkookresowej jak i długofalowej. Ponadto, należałoby ograniczyć możliwość składania wniosków na kolejne turnusy osób które właśnie zakończyły rehabilitację np. w przypadku rencistów, którzy nadal pobierają rentę, a wynik poprzedniej rehabilitacji wskazuje na poprawę stanu zdrowia.

5.2.3. Pomiar osiągniętych efektów

Pomiar osiągniętych efektów wg przyjętej przez Zakład metodologii

Skuteczność rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej mierzona jest przez Zakład odsetkiem ubezpieczonych, którzy po zakończeniu rehabilitacji nie korzystali z żadnych świadczeń z FUS w okresie 12 miesięcy od daty zakończenia rehabilitacji, bez względu na chorobę będącą przyczyną rehabilitacji oraz z tytułu choroby będącej przyczyną rehabilitacji. Zakład dokonując oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej porównał w okresie 12 miesięcy przed i po ukończeniu rehabilitacji cztery grupy osób, które w momencie skierowania na rehabilitację leczniczą pobierały: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, rentę okresową, a także osoby, które nie pobierały żadnych świadczeń.

Według opracowania *Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w 2017 r. w 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji*⁵¹ (Opracowanie) z 88,6 tys. osób poddanych rehabilitacji leczniczej w 2017 r. i objętych badaniem przez ZUS – 54,4 tys., tj. 61,4% pobierało przed rehabilitacją świadczenia z FUS. Struktura pobieranych świadczeń przedstawiała się następująco: 18,3 tys. (20,7%) osób pobierało zasiłek chorobowy, 28,5 tys. (32,2%) świadczenie rehabilitacyjne, a 7,5 tys. (8,5% rentę okresową). Żadnych świadczeń przed rehabilitacją nie pobierało 34,2 tys. osób (38,6%). Po przebytej rehabilitacji leczniczej 47,1 tys. osób (53,2%) nadal pobierało świadczenia z FUS. Zasiłek chorobowy pobierało 18 tys. (20,4%), świadczenie rehabilitacyjne 14,8 tys. (16,7%), a rentę okresową 14,3 tys. (16,1%).

Tak więc, wg przyjętych przez ZUS założeń, w przypadku 46,8% osób rehabilitacja okazała się skuteczna. Osoby te nie pobierały żadnych świadczeń z FUS. Natomiast w przypadku osób niekorzystających z żadnych świadczeń z tytułu choroby będącej przyczyną rehabilitacji odsetek ten był jeszcze większy i wynosił aż 59,7%.

W ocenie NIK, przyjęcie takiej metody badania skuteczności prewencji rentowej nie przedstawia w sposób rzetelny, pełny i obiektywny osiągniętych rezultatów. W konsekwencji, nie jest możliwe precyzyjne ustalenie na podstawie danych gromadzonych przez Zakład, jaki odsetek osób poddanych rehabilitacji zostaje skutecznie zrehabilitowany, a jaki ponosi porażkę. Pomiar skuteczności rehabilitacji przed i po rehabilitacji może być miarodajny jeżeli występuje ten sam obiektywny i rzetelny miernik, uwzględniający redundancję wpływającą na jego wiarygodność i rzetelność.

Przyjęty przez Zakład sposób pomiaru skuteczności

Pomiar skuteczności nieodnoszący się do powrotu na rynek pracy

⁵¹ Wg opracowania *Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w 2017 r. w 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji* – Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych ZUS, Warszawa 2019 r. Opracowanie za 2018 r. nie było dostępne w trakcie trwania kontroli (jego publikacja przewidywana jest na wrzesień 2020 r.).

Przykłady

Oddział w Rybniku: Aby móc wyciągnąć prawidłowe wnioski na temat skuteczności rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji w pierwszej kolejności należy przede wszystkim dążyć do standaryzacji pojęć i mierników oceny przed i po rehabilitacji w ramach prewencji zarówno dla ośrodków rehabilitacyjnych jak i dla Zakładu.

Uzdrowiska - Wieniec sp. z o.o.: Zmiany legislacyjne powinny umożliwić wskazanie konkretnego, ostatecznego celu rehabilitacji, tj. „orzeczenie o zdolności wykonywania pracy w danym zawodzie lub orzeczenie o koniecznym przekwalifikowaniu się”. (...) Efekt odbytej rehabilitacji powinien przekładać się na zdolność do pracy, tj. ta sama praca/stanowisko/zawód wykonywany lub skierowanie na przekwalifikowanie zawodowe.

W ocenie NIK, skuteczność rehabilitacji leczniczej powinna odnosić się wprost do powrotu na rynek pracy lub utrzymania się na nim, co jest głównym celem rehabilitacji leczniczej i powinno nastąpić po zastosowaniu odpowiedniego leczenia rehabilitacyjnego. Tymczasem w *Opracowaniu* brak jest informacji w omawianym zakresie. Odnosząc się do przyjętej metodologii pomiaru skuteczności zwrócić należy uwagę, na to że:

- a. Zakład nie posiadał wypracowanych mierników i wskaźników pozwalających na określenie poziomu efektywności oraz skuteczności prowadzonej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Wyklucza to możliwość porównywania zakładanych efektów rehabilitacji leczniczej do osiągniętych. Powoduje też trudności w stosowaniu podstawowych reguł obowiązujących w finansach publicznych. Otóż wydatki ponoszone na rehabilitację leczniczą są środkami publicznymi. A takie wydatki powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów⁵². Stosowanie tych zasad jest jednak niemożliwe, jeżeli nie wskaże się precyzyjnie, co jest przedmiotem i zakładanym efektem realizowanych zadań. Dodać przy tym jednak należy, że decyzją organizacyjną nr 100 Prezesa ZUS z dnia 30 grudnia 2019 r. powołano Zespół roboczy ds. ewaluacji działań ZUS podejmowanych w ramach prewencji rentowej i wypadkowej, do zadań którego należy m.in. wypracowanie mierników lub wskaźników pomiaru jakości, sprawności i efektywności w poszczególnych obszarach prewencji rentowej i wypadkowej. Zespół ma zrealizować działania do 30 listopada 2020 r.
- b. Zakład nie posiadał adekwatnych mierników skuteczności rehabilitacji w stosunku do osób, które przed rozpoczęciem rehabilitacji nie pobierały zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub renty okresowej z tytułu niezdolności do pracy. Wskaźnik poprawy stanu funkcjonalnego, mierzony poprzez nie pobieranie świadczeń z FUS po zakończeniu leczenia rehabilitacyjnego przez okres jednego roku, nie był miarodajny, gdyż część z tych osób nie pobierała żadnych

⁵² Według art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, wydatki publiczne powinny być dokonywane: w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: a) uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, b) optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów (Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.).

świadczeń z FUS przed skierowaniem na rehabilitację, jak i rok po jej zakończeniu. Trudno zatem uznać za miarę skuteczności niepobieranie przez te osoby żadnych świadczeń po upływie roku, skoro z żadnych dokumentów (badań przeprowadzanych przez lekarzy orzeczników) nie wynika, że osoby te potencjalnie mogłyby pobierać jakieś świadczenia z Zakładu. Brak informacji w tym zakresie istotnie zniekształca wynik całego badania. W skrajnym przypadku, wynik rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, podany w opracowaniu odsetek osób skutecznie zrehabilitowanych, należałoby pomniejszyć o 38,6% punktu procentowego, czyli o osoby, które przed i po rehabilitacji leczniczej nie korzystały ze świadczeń z FUS.

- c. Przy dokonywaniu oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej Zakład nie brał pod uwagę jej wyników uzyskanych w ośrodkach rehabilitacyjnych. Z ogólnej liczby 88,6 tys. osób poddanych badaniu, bezpośrednio po przebytej rehabilitacji leczniczej w przypadku 1,4% osób, ich stan został określony jako „niezdolny do pracy, 0,9% – „pogorszenie” i 26,2% – „bez zmian”. Jak wynika z ustaleń kontroli przeprowadzonej w oddziałach ZUS, część z tych osób, mimo pogorszenia stanu zdrowia nadal pracuje na etacie lub prowadzi działalność gospodarczą. Dlatego też w *Opracowaniu* osoby te zaliczane są jako skutecznie zrehabilitowane. W ocenie NIK jest to nieuzasadnione. O ile rehabilitacja nie przyczyniła się do poprawy stanu funkcjonalnego w aspekcie odzyskania zdolności do pracy, to osoby takie nie powinny być zaliczane do grupy osób skutecznie zrehabilitowanych.
- d. Zgodnie z *Opracowaniem* „program rehabilitacji leczniczej (...) rehabilitacja lecznicza ma na celu przywrócenie zdolności do pracy (...)”. Natomiast badania statystyczne osób poddanych rehabilitacji leczniczej, mające na celu ocenę skuteczności rehabilitacji leczniczej mierzone były wskaźnikiem liczby osób, które w 12 miesięcy po zakończeniu rehabilitacji nie pobierały żadnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Skoro celem rehabilitacji leczniczej jest przywrócenie zdolności do pracy to przy obliczaniu jej skuteczności powinny być brane pod uwagę tylko te osoby, u których cel rehabilitacji został zrealizowany. W *Opracowaniu* natomiast brak jest odniesienia do liczby osób, które faktycznie powróciły na rynek pracy po odbytej rehabilitacji.
- e. Uwzględniając przyjętą metodologię, do grupy osób skutecznie zrehabilitowanych zaliczane są osoby, które nie utrzymały się na rynku pracy (w *Opracowaniu* nie wyodrębniono tej grupy osób). Na przykład osoby, które pobierały zasiłek chorobowy, czy też świadczenie rehabilitacyjne przez długi okres, a następnie po odbyciu rehabilitacji leczniczej utraciły pracę lub prawo do świadczeń (np. świadczenia rehabilitacyjnego). W związku z tym, że nie pobierają świadczeń z FUS, są zaliczane jako osoby skutecznie zrehabilitowane.
- f. Uwzględniając przyjętą metodologię, do grupy osób skutecznie zrehabilitowanych zaliczane są osoby, które przeszły na emeryturę (w *Opracowaniu* nie wyodrębniono tej grupy osób) po odbytej rehabilitacji leczniczej. Osoby te nie pobierają świadczeń z tytułu zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego, czy też renty okresowej, więc są zaliczane jako skutecznie zrehabilitowane. W ocenie NIK jest to nieuzasadnione.

Słabością istniejącego systemu oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej jest również brak informacji, na ile jej wyniki były trwałe, tj. ile osób utrzymało się na rynku pracy po upływie, np. jednego roku. Pomiar trwałości efektów jest w tym wypadku szczególnie istotny. Przy tak wysokim poziomie kosztów, ich ponoszenie ma uzasadnienie, jeżeli utrzymanie na rynku pracy osób poddanych rehabilitacji leczniczej będzie kontynuowane w dłuższym okresie.

W ocenie NIK, zadaniem ZUS jest zapewnienie wiarygodnych wskaźników skuteczności prewencji rentowej, tak aby przekazywały one prawdziwy obraz funkcjonowania systemu, pozwalający na wyciąganie właściwych i trafnych wniosków oraz w konsekwencji podejmowanie prawidłowych decyzji zarządczych.

Brak wiarygodnej oceny wyników osiągniętych przez ośrodki rehabilitacyjne

Brak powiązania wyników rehabilitacji w ośrodkach rehabilitacyjnych z odzyskaniem zdolności do pracy

Zgodnie z § 4 rozporządzenia w sprawie rehabilitacji, lekarz orzecznik i komisja lekarska Zakładu wydają orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, w stosunku do osoby uprawnionej, która rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji. Oznacza to, że uznając celowość skierowania na rehabilitację lekarz orzecznik musi ocenić, że rehabilitacja ma duże szanse na przywrócenie ubezpieczonemu pełnej sprawności. Zwrócić należy uwagę, że oceny podsumowujące skuteczność rehabilitacji leczniczej realizowanej w ośrodkach rehabilitacyjnych z jednej strony w coraz mniejszym stopniu pozostają w związku z odzyskaniem zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji, a z drugiej zaś w coraz większym stopniu są zbieżne z ocenami wynikającymi z rehabilitacji leczniczej realizowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Do sierpnia 2015 r. ośrodki rehabilitacyjne w *Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS* musiały zawrzeć w opinii końcowej ocenę: „zdolny do pracy”, „niezdolny do pracy”, „brak opinii”. Od sierpnia 2015 r. rozróżnia się opinie: „poprawa”, „bez zmiany”, „pogorszenie”, „brak opinii z przyczyny dyscyplinarnej”, „brak opinii z innej przyczyny”. Natomiast w umowach o świadczenie usług rehabilitacyjnych wprowadzono zapis, że *Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS musi zawierać opinię końcową uwzględniającą stan funkcjonalny osoby skierowanej przez Zakład w aspekcie odzyskania zdolności do pracy*. W 2019 r. zapis ten został zmieniony na *Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS musi zawierać opinię końcową uwzględniającą stan funkcjonalny osoby skierowanej przez Zakład*⁵³, bez wskazania w jakim stopniu dana osoba odzyskała zdolność do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji. Określenie stanu funkcjonalnego nie wskazuje, czy cel rehabilitacji został zrealizowany, bowiem poprawa stanu zdrowia może nie wiązać się z odzyskaniem zdolności do pracy. Wprowadzenie takich postanowień do umowy utrudnia ocenę w zakresie osiągnięcia celu rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ramach prewencji rentowej. Samo określenie poprawa stanu funkcjonalnego nie wskazuje czy cel rehabilitacji, czyli odzyskanie zdolności do pracy został zrealizowany.

⁵³ Zapisy takie zawarto m.in. w konkursach 9-NR.A-2019-2021 i 1-NR-2018-2021.

Przykłady

Oddział w Legnicy: W ocenie dokonanej przez lekarza po ukończonej rehabilitacji brak odniesienia czy stan ubezpieczonego pozawala na powrót do pracy. Podana poprawa stanu funkcjonalnego nie zawsze czyni ubezpieczonego zdolnym do powrotu do pracy wykonywanej.

Oddział w Rybniku: Wskazuje się na potrzebę rozważenia ponownej oceny przez lekarza orzecznika osób pobierających świadczenie z ZUS po zakończeniu rehabilitacji leczniczej z poprawą stanu funkcjonowania.

Oddział w Poznaniu: Brak obiektywnych narzędzi definiujących stan funkcjonalny powoduje, że osoby o różnych potrzebach rehabilitacji kierowane są do tych samych ośrodków.

Odnosząc się do tych wprowadzonych na przestrzenie ostatnich lat zmian, wskazać należy, że celem rehabilitacji leczniczej jest poprawa stanu zdrowia, ale w aspekcie odzyskania zdolności do pracy. Samo określenie „poprawa stanu zdrowia” nie wskazuje w żaden sposób, czy cel rehabilitacji został zrealizowany, bowiem poprawa stanu zdrowia może nie wiązać się z odzyskaniem zdolności do pracy. Natomiast wprowadzenie takich zapisów do umowy powoduje, że nie wiadomo w ilu przypadku cel rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ramach prewencji rentowej został zrealizowany.

W zastrzeżeniach do wystąpienia pokontrolnego Prezes ZUS stwierdziła, że dokumentacja medyczna (w okresie objętym kontrolą NIK) była prowadzona w ośrodkach rehabilitacyjnych realizujących program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵⁴. Zgodnie z tym rozporządzeniem dokumentacja indywidualna każdej osoby skierowanej przez ZUS zawierała zarówno dokumentację wewnętrzną (historię choroby), jak i dokumentację zewnętrzną (kartę „Informacja przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS”). Zgodnie z § 2 ust. 4 pkt 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia, karty informacyjne z przebiegu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji zawierają opinię lekarską o stanie funkcjonalnym ubezpieczonego. Dodała również, że lekarz ośrodka nie ma uprawnień lekarza orzecznika ZUS do wydawania orzeczeń o niezdolności do pracy, ani nie posiada uprawnień do wydawania orzeczeń lekarskich o zdolności do wykonywania pracy na określonym stanowisku. Orzeczenia takie, zgodnie z art. 229 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy⁵⁵ może wydawać wyłącznie lekarz medycyny pracy.

W ocenie NIK, celem prowadzonej przez ZUS rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej jest poprawa stanu funkcjonalnego w stopniu umożliwiającym podjęcie pracy osobom, które w wyniku choroby bądź urazu są zagrożone długotrwałą lub trwałą utratą zdolności do pracy i jednocześnie rokują jej odzyskanie po odbyciu rehabilitacji. Bezsprzeczne jest zatem, że skoro zasadniczym celem rehabilitacji leczniczej jest

⁵⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 666, ze zm.

⁵⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, ze zm.

przywrócenie ubezpieczonym zdolności do pracy Zakład powinien wprowadzić narzędzia/mierniki, które szacowałyby efektywność rehabilitacji leczniczej, a tym samym skuteczność wykorzystywania środków publicznych. Narzędzia oceniające skuteczność rehabilitacji powinny być ściśle z tym celem powiązane. Dodatkowo należy podkreślić, że zgodnie z § 4 rozporządzenia, lekarz orzecznik i komisja lekarska Zakładu wydają orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej, w stosunku do osoby uprawnionej, która rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji. Oznacza to, że uznając celowość skierowania na rehabilitację lekarz orzecznik ocenia, że rehabilitacja ma duże szanse na przywrócenie ubezpieczonemu pełnej sprawności. Reasumując, oceny rehabilitacji leczniczej dokonywane po jej zakończeniu nie mogą pozostawać w oderwaniu od celu jakim jest prewencja rentowa, a co za tym idzie bez odniesienia do oceny zdolności do podjęcia pracy. Podejście zaprezentowane przez ZUS w kwestii wydawania opinii o stanie zdrowia po odbytej rehabilitacji, utrudnia ocenę skuteczności prewencji rentowej, zarówno w aspekcie indywidualnym, jak i systemowym. W tej sytuacji zasadnym jest zatem wprowadzenie do narzędzi pozwalających na ocenę efektywności rehabilitacji leczniczej, w tym adekwatności kosztów prowadzonej działalności w zakresie jej podstawowego celu, tj. odzyskania zdolności do pracy. Jeżeli na przeszkodzie do wprowadzenia takich narzędzi stały kwestie związane z regulacjami (wewnętrznymi lub zewnętrznymi), to obowiązkiem Zakładu było podjęcie takich działań, które umożliwią funkcjonowanie narzędzi pozwalających na ocenę systemu rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ramach prewencji rentowej, zarówno w wymiarze systemowym, jak i indywidualnym.

5.2.4. Nadzór nad prowadzoną działalnością

Nadzór Prezesa ZUS nad orzecznictwem lekarskim

Nadzór Prezesa ZUS nad orzecznictwem lekarskim

Prezes ZUS, za pośrednictwem naczelnego lekarza zakładu, sprawował nadzór, o którym mowa w § 12 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy. W okresie objętym kontrolą w Zakładzie obowiązywała procedura do procesu 9.1. „Wydawanie orzeczeń”. Procedura regulowała m.in. dokonywanie ustaleń orzeczniczych w sprawach ustalenia uprawnień do polskich świadczeń i w sprawach poza ubezpieczeniowych. W trybie nadzoru nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego zostało rozpatrzonych: w 2018 r. – 7,4 tys. spraw i w 2019 r. – 7,6 tys. spraw. Do rozpatrzenia przez komisję lekarską w przypadkach, gdy w wyniku kontroli stwierdzono brak zgodności orzeczenia lekarza orzecznika lub orzeczenia komisji lekarskiej ze stanem faktycznym lub z zasadami orzecznictwa o niezdolności do pracy w 2018 r. i w 2019 r. skierowano po ok. 1,3 tys. spraw, co stanowiło ok. 0,1% ogółu orzeczeń.

Prowadzone przez Centralę ZUS (Departament Orzecznictwa Lekarskiego – DOL) kontrole dotyczyły działalności głównego lekarza orzecznika, przewodniczącego komisji lekarskich, oceny orzeczeń o niezdolności do pracy oraz organizacji pracy orzecznictwa lekarskiego. Analizie poddawane były m.in. wydane orzeczenia dla celów ustalenia uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty socjalnej, jednorazowego odszkodowania z tytułu procentowego uszczerbku na zdrowiu oraz orzeczenia o rehabilitacji leczniczej. W latach 2018–2019 DOL

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

przeprowadził po 27 kontroli w każdym roku w oddziałach. Spośród 38 oddziałów ZUS, w których funkcjonuje orzecznictwo lekarskie, w latach 2018–2019 w 22 oddziałach przeprowadzono jedną kontrolę funkcjonalną, zaś w 16 oddziałach dwie kontrole funkcjonalne.

Spośród 54 postępowań kontrolnych badaniem objęto dokumentację 14 kontroli przeprowadzonych w dziesięciu oddziałach (26% wszystkich postępowań kontrolnych). W wszystkich oddziałach stwierdzono nieprawidłowości polegające na braku zgodności ustaleń orzeczniczych z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności lekarzy orzeczników – w 66 sprawach poddanych kontroli przez Centralę ZUS. Nieprawidłowości dotyczyły głównie niedostatecznego udokumentowania ustalonego stopnia niezdolności do pracy (47 spraw). W siedmiu oddziałach wystąpiła nieprawidłowość polegająca na braku zgodności ustaleń orzeczniczych z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności komisji lekarskich – w 22 sprawach poddanych kontroli przez Centralę ZUS. Nieprawidłowości dotyczyły głównie niedostatecznego udokumentowania ustalonego stopnia niezdolności do pracy (16 spraw).

W dobranych do próby kontrolach w czterech oddziałach w 2019 r. (40%) powtórzyła się nieprawidłowość dotycząca braku zgodności ustaleń orzeczniczych z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie lekarzy orzeczników, zaś w trzech – nieprawidłowość dotycząca braku zgodności ustaleń orzeczniczych z zasadami orzecznictwa lekarskiego w zakresie działalności komisji lekarskich. Świadczyć to może, że nadzór nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego był sprawowany w niewystarczającym stopniu, bowiem mimo poinformowaniu przez dyrektorów oddziałów o wyeliminowaniu nieprawidłowości, w przypadkach ponownych kontroli powtarzały się.

Kontrole przeprowadzane w ośrodkach rehabilitacyjnych

W 2018 r. ZUS przeprowadził 88 kontroli w zakresie świadczonych usług rehabilitacyjnych w ośrodkach rehabilitacyjnych, w 2019 r. – 75 kontroli⁵⁶. Kontrole prowadzone były jako planowe: 80 w 2018 r. i 70 w 2019 r., skargowe: siedem w 2018 r. i jedna w 2019 r. oraz kontrole na wniosek ośrodka: jedną w 2018 r. i cztery w 2019 r. Liczbę kontroli przeprowadzonych w oddziałach oraz ośrodkach rehabilitacyjnych przedstawiono w tabeli poniżej:

Kontrole w ośrodkach rehabilitacyjnych

Tabela nr 5

Lp.	Wyszczególnienie	2017	2018	2019
1.	Liczba kontroli wykonanych	19	18	18
2.	– planowych	18	18	18
3.	– nieplanowych	1		
4.	Liczba kontroli wykonanych w oddziałach	46	45	45
5.	– w przedmiocie rehabilitacji leczniczej	19	18	18
6.	– w przedmiocie orzecznictwa lekarskiego	27	27	27
7.	Liczba kontroli w ośrodkach rehabilitacyjnych	159	142	141
8.	– spełnienie warunków konkursowych	43	54	66
9.	– realizacja programu rehabilitacji	116	88	75

Źródło: na podstawie danych zebranych w Centrali ZUS.

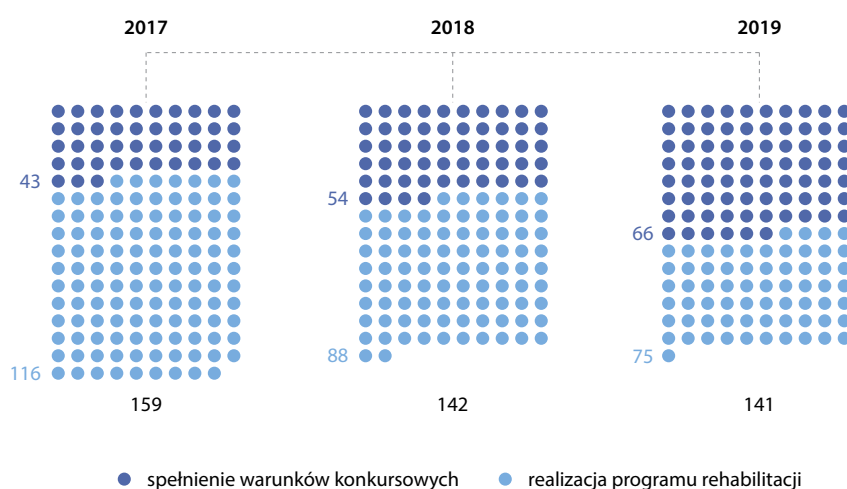
⁵⁶ W 2018 r. prowadzone kontrole dotyczyły: 20 umów zawartych w 2016 r., 47 umów zawartych w 2017 r. i 15 umów zawartych w 2018 r. W 2019 r. przeprowadzono kontrole: 32 umów zawartych w 2017 r., 23 umów zawartych w 2018 r. i 19 umów zawartych w 2019 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W okresie objętym kontrolą, spośród 163 kontroli, nieprawidłowości stwierdzono podczas 120⁵⁷ i dotyczyły one 96 umów. Sprawdzenia realizacji zaleceń pokontrolnych dokonano w przypadku dwóch umów (2%), a w przypadku 33 umów przeprowadzono ponowne kontrole (34%). W 19 przypadkach kontroli sprawdzających lub ponownych kontroli umowy wystąpiły nieprawidłowości. Biorąc pod uwagę, że weryfikacji wyeliminowania nieprawidłowości dokonano w 36% przypadków zdaniem NIK, Zakład powinien w większym stopniu weryfikować usunięcie nieprawidłowości.

Infografika 9

Liczba kontroli przeprowadzona w ośrodkach rehabilitacyjnych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych podczas kontroli.

Nienakładanie kar umownych

W okresie objętym kontrolą nie rozwiązano żadnej umowy w związku ze stwierdzonymi w toku kontroli nieprawidłowościami. Na 120 postępowań kontrolnych, w których stwierdzono co najmniej jedną nieprawidłowość, jedynie w czterech przypadkach nałożono kary umowne. Zgodnie z zawieranymi przez Zakład umowami o świadczenie usług rehabilitacyjnych, w przypadku stwierdzenia m.in. niespełnienia przez ośrodek wymagań lokalowych, kadrowych i medycznych wskazanych w załączniku do umowy, braku realizacji obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej z przebiegu rehabilitacji, zmiany obiektu w którym świadczone są usługi rehabilitacyjne albo zmiany pokoi wskazanych w załączniku do umowy, Zakład ma prawo nałożyć karę umowną w wysokości 1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby ośrodkowi w danym roku, gdyby zrealizował w całości przedmiot umowy. Dyrektor DPR wyjaśniła, że Zakład nakłada kary umowne w szczególności, gdy wielkość uchybień wskazuje na ich negatywny wpływ na oczekiwany efekt rehabilitacji czy gdy kontrola sprawdzająca nie potwierdziła usunięcia nieprawidłowości lub stwierdziła nowe uchybienia. Według Dyrektora DPR, kara umowna stosowana jest jako narzędzie ostateczne.

⁵⁷ W 76 kontrolach wystąpiła jedna nieprawidłowość, w 31 kontrolach – dwie nieprawidłowości, w 13 kontrolach – trzy nieprawidłowości.

NIK nie podziela tych wyjaśnień. Zgodnie z art. 484 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny⁵⁸, w razie niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania kara umowna należy się wierzycielowi w zastrzeżonej na ten wypadek wysokości, co oznacza obowiązek do ich dochodzenia. Jednak w umowach zawarto zapis, że Zakład ma prawo nałożenia kar umownych za niespełnianie wymagań określonych w umowie nie precyzując jednak warunków i kryteriów kiedy może ich nie dochodzić. Także żaden dokument wewnętrznie obowiązujący w ZUS nie określał, kiedy nałożenie kary umownej było obligatoryjne w związku z nienależytym wykonywaniem umowy o świadczenie usług rehabilitacyjnych. W ocenie NIK, powoduje to uznaniowość i nieprzejrzystość w nakładaniu kar umownych oraz może to prowadzić do braku ich skuteczności, nierównego traktowania poszczególnych podmiotów, jak również zachęcać do świadczenia usług o niższym standardzie. Odstępstwa od wymagań lokalowych, medycznych czy kadrowych prowadzą do świadczenia usług o niższej jakości, a w rezultacie do niższej skuteczności rehabilitacji.

Kontrolą objęto dobrane w sposób celowy (według liczby stwierdzonych nieprawidłowości) 12 postępowań kontrolnych dotyczących 10 umów (7% kontroli przeprowadzonych przez ZUS). Spośród 12 kontroli, dziewięć zostało zrealizowanych jako planowe. Kontrole planowe realizowane były jako kontrole kompleksowe, a zakres dotyczył realizacji przez ośrodek postanowień umownych: przestrzegania wymagań Zakładu dotyczących realizacji programu rehabilitacji leczniczej wymienionych w załączniku nr 1 do umowy, przestrzegania wymagań ZUS dotyczących warunków socjalno-hotelowych i sanitarnych, dokumentowania przebiegu procesu diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnego, prowadzenia różnych form oddziaływania psychologicznego oraz działań w zakresie edukacji zdrowotnej. We wszystkich zbadanych postępowaniach, realizowanych jako kompleksowe kontrole umów (dziewięć kontroli), stwierdzono nieprawidłowości polegające na niespełnieniu wymagań w zakresie kadrowym, lokalowym i medycznym (§ 2 ust. 1 umowy), które zostały wymienione w załączniku nr 1 do umowy oraz nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej z przebiegu rehabilitacji (§ 2 ust. 2 umowy). Najczęściej stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: braku dokumentowania przeprowadzenia badania wstępnego i końcowego fizjoterapeutycznego (w sześciu przypadkach), braku dokumentowania w karcie zabiegowej godzin edukacji zdrowotnej (w pięciu przypadkach), braku realizacji programu rehabilitacji w dwóch cyklach zabiegowych (w trzech przypadkach) i braku dokumentowania w karcie zabiegowej uczestnictwa we wszystkich zabiegach rehabilitacyjnych (w trzech przypadkach). Ponadto w sześciu przypadkach stwierdzono zakwaterowanie osób w pokojach innych niż wymienione w załączniku do umowy – wszystkie pokoje spełniały wymogi ZUS. Mimo stwierdzonych w toku postępowań kontrolnych nieprawidłowości w zakresie realizacji umów, w żadnym przypadku nie zostały nałożone kary umowne. We wszystkich przypadkach weryfikacja realizacji zaleceń pokontrolnych odbyła się na podstawie pisma kontrolowanego podmiotu

Kontrole umów

⁵⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 1740, ze zm.

informującego o usunięciu nieprawidłowości stwierdzonych w toku kontroli. W badanej próbie, w dwóch przypadkach ZUS przeprowadził kontrole sprawdzające. W obu przypadkach kontrole wykazały dalsze nieprawidłowości. W jednym przypadku na podmiot prowadzący ośrodek została nałożona kara umowna w wysokości zgodnej z umową⁵⁹. W drugim przypadku Dyrektor DPR wyjaśniła, że Zakład rozważał wypowiedzenie umowy – ostatecznie umowę rozwiązano na wniosek podmiotu prowadzącego ośrodek rehabilitacyjny.

W badanej próbie 12 umów z ośrodkami świadczącymi usługi rehabilitacyjne określono przypadki naruszeń umów, za które Zakład miał możliwość naliczenia kar. W trakcie kontroli stwierdzono, że w siedmiu przypadkach odstąpiono od naliczenia kar umownych. Np. w przypadku umowy o nr 0321-NR.A-2019-2021 podczas kontroli ZUS z 4 czerwca 2019 r. stwierdzono nie spełnienie przez ośrodek wymagań dotyczących obowiązku zapewnienia opieki pielęgniarzkiej, co stanowiło naruszenie § 2 ust. 1 umowy. Zgodnie z zapisami § 9 ust. 3 umowy Zakład miał prawo naliczyć karę umowną w wysokości 1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby ośrodkowi za zrealizowanie w całości w roku, za który naliczana jest kara, przedmiotu umowy (3456 zł).

Ponadto, w badanej dokumentacji 12 kontroli przeprowadzonych w ośrodkach rehabilitacyjnych ustalono, że:

- a) we wszystkich protokołach kontroli nie podano stanowisk służbowych osób przeprowadzających kontrole, co było niezgodne z § 14 ust. 4 pkt 3 *Polityki*;
- b) we wszystkich protokołach kontroli nie sporządzono wykazu załączników do protokołu, co było niezgodne z § 14 ust. 4 pkt 6 *Polityki*;
- c) we wszystkich protokołach kontroli zespół kontrolerów w sposób nieuprawniony sformułował zalecenia pokontrolne, co było niezgodne z § 14 ust. 5 i 8 *Polityki*;
- d) we wszystkich protokołach kontroli, zalecenia pokontrolne nie zawierały opisu uchybień oraz zaleceń dla ośrodka rehabilitacyjnego (ograniczały się one do lakonicznej prośby o wyeliminowanie wcześniej stwierdzonych nieprawidłowości). Stanowiło to naruszenie § 14 ust. 7 *Polityki*;
- e) we wszystkich protokołach kontroli nie wyznaczano terminu, nie dłuższego niż 21 dni, na wyeliminowanie nieprawidłowości stwierdzonych w toku kontroli co było niezgodne z § 14 ust. 8 *Polityki*.

⁵⁹ W wysokości 1% kwoty maksymalnego wynagrodzenia, jakie przysługiwałoby ośrodkowi w danym roku, gdyby zrealizował w całości przedmiot umowy.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Czy rehabilitacja lecznicza realizowana w ramach prewencji rentowej ZUS umożliwiła powrót do pracy osobom zagrożonym powstaniem długotrwałej niezdolności do pracy lub pobierających renty?

Cel główny kontroli

Czy warunki kadrowe i organizacyjne były wystarczające dla prawidłowej realizacji zadań?

Cele szczegółowe

Czy prawidłowo zawierano umowy z ośrodkami rehabilitacyjnymi i sprawowano nadzór nad ich realizacją?

Czy rehabilitacja lecznicza dla osób zagrożonym całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy była skuteczna?

Kontrolę przeprowadzono w Centrali ZUS oraz 20 oddziałach ZUS w województwach: pomorskim, śląskim, małopolskim, lubelskim, mazowieckim, dolnośląskim i wielkopolskim.

Zakres podmiotowy

Lata 2018–2019. Dla realizacji celów kontroli mogły być wykorzystane dowody sporządzone w latach wcześniejszych oraz w okresie późniejszym, a także dane statystyczne z tych okresów.

Okres objęty kontrolą

Wystąpiono do 60 podmiotów (ośrodki rehabilitacyjne, zakłady opieki zdrowotnej). Odpowiedzi uzyskano z 55 podmiotów.

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

Kontrolę rozpoczęto 25 maja 2020 r., a zakończono 7 października 2020 r. W ramach postępowania kontrolnego na podstawie art. 53 ust. 6 ustawy o NIK skierowano wystąpienia pokontrolne do kierowników wszystkich 21 skontrolowanych jednostek. W wystąpieniach do kierowników jednostek kontrolowanych sformułowano łącznie 52 wnioski. Kierownicy trzech jednostek kontrolowanych (Prezes ZUS, dyrektorzy oddziałów ZUS we Wrocławiu i w Biłgoraju) złożyli łącznie 14 zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego. Trzy zastrzeżenia zostały uwzględnione w całości, natomiast pięć częściowo.

Pozostałe informacje

Stan realizacji wniosków pokontrolnych: zrealizowanych – 26, w trakcie realizacji – 10, niezrealizowanych – 16.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny (KPS)	Centrala ZUS	Gertruda Uścińska
2.	KPS	Oddział ZUS w Kielcach	Paweł Kaleta
3.	KPS	II Oddział ZUS w Warszawie	Beata Pawlińska-Wiak
4.	KPS	Oddział ZUS we Wrocławiu	Piotr Burtowski
5.	Delegatura w Gdańsku	Oddział ZUS w Gdańsku	Aneta Pawłowska
6.	Delegatura w Gdańsku	Oddział ZUS w Słupsku	Tomasz Klaman
7.	Delegatura w Katowicach	Oddział ZUS w Chorzowie	Izabela Kurczyńska
8.	Delegatura w Katowicach	Oddział ZUS w Bielsku-Białej	Marek Magiera

Wykaz jednostek kontrolowanych

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
9.	Delegatura w Katowicach	Oddział ZUS w Rybniku	Władysław Świątek
10.	Delegatura w Krakowie	Oddział ZUS w Krakowie	Marcin Kopeć
11.	Delegatura w Krakowie	Oddział ZUS w Chrzanowie	Marta Pieczka
12.	Delegatura w Krakowie	Oddział ZUS w Nowym Sączu	Krystyna Domaradzka
13.	Delegatura w Lublinie	Oddział ZUS w Lublinie	Piotr Waszak
14.	Delegatura w Lublinie	Oddział ZUS w Biłgoraju	Zbigniew Wasąg
15.	Delegatura w Poznaniu	I Oddział ZUS w Poznaniu	Dobrochna Bubnowska
16.	Delegatura w Poznaniu	Oddział ZUS w Ostrowie Wielkopolskim	Zdzisław Jaźwiec
17.	Delegatura w Warszawie	Oddział w Radomiu	Alina Szerling
18.	Delegatura w Warszawie	Oddział ZUS w Płocku	Donata Szopińska-Frąszczak
19.	Delegatura w Warszawie	Oddział ZUS w Siedlcach	Marek Paczuski
20.	Delegatura we Wrocławiu	Oddział ZUS w Wałbrzychu	Beata Anna Dyko
21.	Delegatura we Wrocławiu	Oddział ZUS w Legnicy	Marcin Dąbrowski

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Zgodnie z ustawą o sus, do zakresu działania ZUS należy prowadzenie prewencji rentowej, obejmującej m.in. rehabilitację leczniczą (art. 69 ust. 1 ustawy). Tryb i zasady kierowania na rehabilitację oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne określa rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne. Do udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne w innych ośrodkach nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych (art. 69 ust. 3 ustawy).

Analiza stanu prawnego

Na rehabilitację leczniczą mogą zostać skierowane osoby: ubezpieczone, zagrożone całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy; uprawnione do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego oraz pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy (art. 69 ust. 1 ustawy). W ramach prewencji rentowej, Zakład: kieruje osoby uprawnione do ośrodków rehabilitacyjnych; może tworzyć i prowadzić własne ośrodki rehabilitacyjne; udziela zamówień na usługi rehabilitacyjne w innych ośrodkach; prowadzi we własnym zakresie badania i analizy przyczyn niezdolności do pracy; może zamawiać prowadzenie przez inne podmioty badań naukowych dotyczących przyczyn niezdolności do pracy oraz metod i rozwiązań zapobiegających niezdolności do pracy; może finansować inne działania dotyczące prewencji rentowej.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia o rehabilitacji lekarz orzecznik może orzec o potrzebie rehabilitacji leczniczej: orzekając w sprawie niezdolności do pracy do celów rentowych; wykonując kontrolę prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich; orzekając o przedłużeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego albo o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego⁶⁰. O potrzebie rehabilitacji może także orzec komisja lekarska Zakładu rozpoznająca sprzeciw od orzeczenia lekarza orzecznika⁶¹.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, lekarzem orzecznikiem i członkiem komisji lekarskiej może być lekarz, który jest specjalistą, szczególnie w zakresie następujących dziedzin medycyny: choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria, medycyna pracy, medycyna

⁶⁰ Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy. Szczegółowy tryb i zasady udzielenia świadczenia rehabilitacyjnego określone zostały w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2019 r. poz. 645, ze zm.).

⁶¹ § 2 ust. 5 rozporządzenia o rehabilitacji.

społeczna oraz odbył przeszkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa ZUS⁶². Komisja lekarska orzeka w składzie trzy osobowym, a jej orzeczenia zapadają większością głosów⁶³.

Bezpośredni nadzór nad wykonywaniem orzekania o niezdolności do pracy przez lekarzy orzeczników w oddziale Zakładu, Prezes Zakładu wykonuje za pośrednictwem głównego lekarza orzecznika⁶⁴. Natomiast nadzór nad wykonywaniem orzekania o niezdolności do pracy przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie, Prezes Zakładu wykonuje za pośrednictwem naczelnego lekarza orzecznika⁶⁵. Nadzór obejmuje również wykonywanie orzekania o potrzebie rehabilitacji leczniczej.

Oddział Zakładu w wyznaczonym terminie kieruje osobę, w stosunku do której ma być wydane orzeczenie, na badania przeprowadzane przez lekarza orzecznika, lekarza konsultanta, psychologa, na badania dodatkowe lub na obserwację szpitalną. W razie niestawienia się osoby wezwanej na badanie lub obserwację bez uzasadnionych przyczyn, skierowania na badanie w nowo wyznaczonym terminie dokonuje się za zwrotnym poświadczeniem odbioru, informując o skutkach niestawiennictwa. Jeżeli stan zdrowia stwierdzony w zaświadczeniu lekarskim uniemożliwia osobiste zgłoszenie się na badanie, może ono być przeprowadzone w miejscu pobytu osoby, w stosunku do której ma być wydane orzeczenie, za jej zgodą. Niezgłoszenie się na badania lub obserwację w nowo wyznaczonym terminie bez uzasadnionej przyczyny lub niewyrażenie zgody powoduje odstąpienie od dalszego postępowania w sprawie⁶⁶.

Lekarz orzecznik wydaje orzeczenie na podstawie dokumentacji dołączonej do wniosku oraz po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia osoby, w stosunku do której ma być wydane orzeczenie. Lekarz orzecznik może wydać orzeczenie również bez bezpośredniego badania stanu zdrowia osoby, w stosunku do której ma być ono wydane, jeżeli dokumentacja dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania orzeczenia. Lekarz orzecznik może, przed wydaniem orzeczenia, uzupełnić dokumentację dołączoną do wniosku, w szczególności o opinie lekarza konsultanta lub psychologa albo o wyniki badań dodatkowych lub obserwacji szpitalnej. Lekarz konsultant i psycholog wydają opinie na podstawie bezpośredniego badania stanu zdrowia osoby, w stosunku do której ma być wydane orzeczenie, oraz analizy dokumentacji medycznej i zawodowej⁶⁷.

Lekarz orzecznik wydaje orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego albo rencisty, którzy rokują odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu tej rehabilitacji⁶⁸. Lekarz orzecznik orzeka o potrzebie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego oraz rencisty, któremu lekarz prowadzący leczenie sporządził wniosek o rehabilitację leczniczą.

⁶² § 11 ust. 1 rozporządzenia o orzekaniu.

⁶³ § 10 ust. 1 i 2 rozporządzenia o orzekaniu.

⁶⁴ Zakres tego nadzoru określony został w § 13 ust. 2 rozporządzenia o orzekaniu.

⁶⁵ Zakres tego nadzoru określony został w § 12 ust. 2 rozporządzenia o orzekaniu.

⁶⁶ § 3 rozporządzenia o orzekaniu.

⁶⁷ § 4 rozporządzenia o orzekaniu.

⁶⁸ § 4 rozporządzenia o rehabilitacji.

Wniosek może być wystawiony na dowolnym formularzu zawierającym podstawowe dane o osobie i niezbędne informacje medyczne. W obowiązujących przepisach nie określono wzoru wniosku natomiast w 2 ust. 3 rozporządzenia o rehabilitacji wskazano, że lekarz orzecznik może zażądać dokumentacji medycznej od lekarza sporządzającego wniosek o rehabilitację leczniczą. ZUS opracował wzór wniosku (RP-4), który zawarty został na stronie internetowej ZUS.

Merytoryczną pomocą w orzekaniu są *Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS* wydane po raz pierwszy w 2007 r. a po raz drugi w 2013 r. W publikacji (z 2013 r.) jest również rozdział poświęcony problematyce rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez ZUS. Lekarz orzecznik przy ocenie rokowania co do odzyskania zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji leczniczej bierze pod uwagę w szczególności⁶⁹: charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu; stopień przystosowania organizmu do ubytków anatomicznych, kalectwa, skutków choroby; wiek, zawód, wykonywane czynności i warunki pracy. Standardy określają również przeciwwskazania ogólne i przeciwwskazania szczegółowe (katalog otwarty) do kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS.

Orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu w zakresie potrzeby rehabilitacji leczniczej stanowi podstawę dla właściwej terenowo jednostki organizacyjnej ZUS do skierowania ubezpieczonego albo rencisty na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej⁷⁰. Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym od orzeczeń lekarzy orzeczników wydanych w sprawie celowości rehabilitacji leczniczej przysługują przeciw do komisji lekarskiej Zakładu, w terminie i na zasadach określonych w ustawie o emeryturach i rentach z FUS.

Czas rehabilitacji powinien wynosić 24 dni. Może on zostać skrócony albo przedłużony decyzją ordynatora ośrodka, po uprzednim uzyskaniu zgody Zakładu, w przypadku: pozytywnego rokowania co do odzyskania zdolności do pracy ubezpieczonego albo rencisty w przedłużonym czasie trwania rehabilitacji; wcześniejszego przywrócenia zdolności do pracy lub/albo zaistnienia innych przyczyn leżących po stronie ubezpieczonego albo rencisty⁷¹. Inne powody skrócenia okresu rehabilitacji określone zostały w *Standardach Orzecznictwa lekarskiego ZUS*⁷² z 2013 r. Z obowiązującego stanu prawnego nie wynika jak często (w jakich odstępach czasowych od ostatniej rehabilitacji) jest możliwe udzielenie świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej. Rehabilitacja lecznicza może być udzielona w systemie stacjonarnym lub ambulatoryjnym. W Załącznikach 1–2 do *Zasad zarządzania w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej* określono szczegółowe Programy rehabilitacji leczniczej w systemie stacjonarnym jak i systemie ambulatoryjnym.

⁶⁹ § 4 ust. 2 rozporządzenia o rehabilitacji oraz przywołane Standardy.

⁷⁰ § 5 ust. 1 rozporządzenia o rehabilitacji.

⁷¹ § 7 ust. 1 i 2 rozporządzenia o rehabilitacji.

⁷² <http://www.zus.pl/lekarze/orzekanie-o-niezdolnosci-do-pracy/pojecie-niezdolnosci-do-pracy/standardy-orzecznictwa-lekarskiego-zus>

Zakład ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej, łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego i z powrotem⁷³. Zakład zwraca poniesione przez ubezpieczonego albo rencistę koszty przejazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej z uwzględnieniem przysługującej im ulgi na przejazd.

Zakład udziela zamówienia na usługi rehabilitacyjne ośrodkom innym aniżeli własne, wyłącznie po przeprowadzeniu konkursu ofert⁷⁴. Konkurs ofert przeprowadza się na zasadach określonych w rozporządzeniu o rehabilitacji⁷⁵. Umowy z ośrodkami wybranymi przez komisję zawiera się nie później niż w terminie 30 dni od dnia powiadomienia oferentów o wyniku konkursu. Umowa może być zawarta na okres nie dłuższy niż 3 lata. Postanowienia umowy dotyczące zwiększania lub zmniejszania ilości miejsc i turnusów o danym profilu, można zmienić aneksem do tej umowy tylko w przypadku konieczności przeprowadzenia remontu ośrodka lub z ważnych przyczyn leżących po stronie zamawiającego.

Umowa zawarta przez Zakład z ośrodkiem zawiera⁷⁶: zobowiązanie ośrodka do zwrotu ubezpieczonym oraz rencistom kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka i z powrotem oraz ich rozliczenia z Zakładem; zobowiązanie ośrodka do przekazania Zakładowi w określonym terminie informacji o rehabilitacji leczniczej, w zakresie określonym umową; zobowiązanie ośrodka do poddania się kontroli Zakładu, w zakresie świadczonych usług rehabilitacyjnych; klauzulę o możliwości jej rozwiązania. Umowa może zawierać postanowienia dotyczące zaliczek i terminów ich przekazywania przez Zakład oraz zasad i terminów ich rozliczenia przez ośrodek. W sprawach nieuregulowanych w umowach stosuje się przepisy kodeksu cywilnego.

Koszty rehabilitacji leczniczej, prowadzonej w ramach prewencji rentowej ZUS, uwzględniające koszty leczenia, zakwaterowania i wyżywienia, pokrywa Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Koszty dojazdu do ośrodka rehabilitacyjnego z miejsca zamieszkania i z powrotem Zakład refunduje do wysokości ceny biletu najtańszego środka komunikacji publicznej⁷⁷.

Proces zatrudnienia pracowników Zakładu odbywa się na podstawie art. 74a–74g ustawy o sus. I tak:

- nabór kandydatów do zatrudnienia na wolne stanowiska pracy w Zakładzie jest otwarty i konkurencyjny, a ogłoszenie o naborze zamieszcza się w Biuletynie Informacji Publicznej oraz w miejscu powszechnie dostępnym w jednostce organizacyjnej, w której jest prowadzony nabór;
- termin do składania dokumentów, określony w ogłoszeniu o naborze, nie może być krótszy niż 14 dni od dnia opublikowania tego ogłoszenia w BIP; po upływie terminu do składania dokumentów określonego w ogłoszeniu o naborze niezwłocznie upowszechnia się listę kandydatów;

⁷³ § 8 rozporządzenia o rehabilitacji.

⁷⁴ § 9 rozporządzenia o rehabilitacji.

⁷⁵ § 10–§ 17 rozporządzenia o rehabilitacji.

⁷⁶ § 19 rozporządzenia o rehabilitacji.

⁷⁷ § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia o rehabilitacji.

- sporządza się protokół przeprowadzonego naboru kandydatów do zatrudnienia na wolne stanowiska pracy w Zakładzie, który zawiera w szczególności: określenie stanowiska pracy, na które był prowadzony nabór, liczbę kandydatów oraz imiona, nazwiska i adresy nie więcej niż 5 najlepszych kandydatów uszeregowanych według poziomu spełniania przez nich wymagań określonych w ogłoszeniu o naborze; informację o zastosowanych metodach i technikach naboru; uzasadnienie dokonanego wyboru;
- informację o wyniku naboru upowszechnia się w terminie 14 dni od dnia zatrudnienia wybranego kandydata albo zakończenia naboru, w przypadku gdy w jego wyniku nie doszło do zatrudnienia żadnego kandydata.

W sytuacji, gdy stosunek pracy osoby wyłonionej w drodze naboru ustał w ciągu 3 miesięcy od dnia nawiązania stosunku pracy, można zatrudnić na tym samym stanowisku kolejną osobę spośród najlepszych kandydatów wymienionych w protokole tego naboru. W takim przypadku stosuje się odpowiednio zasady dotyczące publikacji informacji. Dodatkowo na stanowisko lekarza orzecznika lub członka komisji lekarskiej, zgodnie z § 11 ust. 1 rozporządzenia o orzekaniu, mogą zostać zatrudnieni jedynie lekarze, którzy są specjalistami (zgodnie z przepisami są preferowani specjaliści w zakresie następujących dziedzin medycyny: choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria, medycyna pracy oraz medycyna społeczna). Zasady funkcjonowania Zakładu zostały określone w rozdziale 7 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Zakład jest państwową jednostką organizacyjną i posiada osobowość prawną. Nadzór nad zgodnością działań Zakładu z obowiązującymi przepisami sprawuje minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego. Nadzór ten nie może dotyczyć spraw indywidualnych rozstrzyganych w drodze decyzji administracyjnej. W postępowaniu administracyjnym organem wyższego stopnia w stosunku do terenowych jednostek organizacyjnych Zakładu jest Prezes Zakładu. W skład Zakładu wchodzi: Centrala ZUS oraz terenowe jednostki organizacyjne. Zgodnie ze Statutem Zakładu terenowymi jednostkami organizacyjnymi Zakładu są oddziały oraz podlegające im inspektoraty i biura terenowe. Oddziałem Zakładu kieruje dyrektor, a inspektoratem i biurem terenowym — kierownik, odpowiednio: inspektoratu albo biura terenowego. Szczegółową organizację terenowych jednostek organizacyjnych Zakładu określa regulamin organizacyjny Zakładu. Działalnością Zakładu kieruje Prezes Zakładu, który reprezentuje Zakład na zewnątrz. Prezesa Zakładu powołuje Prezes Rady Ministrów na wniosek ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego złożony po zasięgnięciu opinii Rady Nadzorczej Zakładu. Prezes Rady Ministrów odwołuje Prezesa Zakładu na wniosek ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego.

Do zakresu działania Prezesa Zakładu należy w szczególności: kierowanie pracami Zarządu; zwierzchni nadzór nad orzecznictwem lekarskim dla celów ubezpieczeń społecznych; przyznawanie świadczeń w drodze wyjątku; spełnianie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz.1320, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1740, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 266, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 53, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 870, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1936, ze zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2067, ze zm.).
9. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. z 2019 r. poz. 277).
10. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (Dz. U. z 2004 r. Nr 273, poz. 2711, ze zm.).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja ds. Kontroli Państwowej
8. Sejmowa Komisja Polityki Senioralnej
9. Sejmowa Komisja Polityki Społecznej i Rodziny
10. Senacka Komisja Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej
11. Minister Rodziny i Polityki Społecznej
12. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji
13. Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



**MINISTER
Rodziny i Polityki Społecznej**

Warszawa, *elektroniczny znacznik czasu*

DUS-I.081.2.2021.MS

**Pan
Tadeusz Dziuba
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli**

Szanowny Panie Prezesie,

stosownie do pisma Pana Prezesa z dnia 17 lutego 2021 r., znak: KPS.430.001.2021., przy którym została przekazana Informacja Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli P/20/040 *Rehabilitacja lecznicza realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej*, w związku z art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli, po wyjaśnieniach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), uprzejmie proszę o przyjęcie stanowiska do przedmiotowego dokumentu.

Należy na wstępie wskazać, że w granicach przewidzianych obowiązującym prawem, jeszcze przed ukształtowaniem się ostatecznych wyników kontroli, ZUS przekazywał do NIK wyjaśnienia merytoryczne dotyczące badanych kwestii. Korzystając z dostępu do akt kontroli, ZUS skierował dodatkowo do NIK – niezależnie od złożonych zastrzeżeń – odrębne pismo szczegółowo opisujące prezentowane stanowisko. ZUS złożył m.in.: pismo z dnia 9 października 2020 r. zawierające zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego NIK z dnia 17 września 2020 r. oraz pismo z dnia 23 listopada 2020 r. zawierające uwagi do stanowiska Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK z dnia 20.10.2020 r., które w sposób bardziej szczegółowy i obszerny odnosiły się do ustaleń kontrolerów NIK.

Uprzejmie informuję, że przedmiotowe stanowisko składa się z dwóch części. W **części I** – odniesienie się do poszczególnych stwierdzeń „Informacji o wynikach kontroli NIK”. Z kolei w **części II** zawarto informację o sposobie wykorzystania adresowanych do ZUS wniosków ujętych na str. 20 „Informacji”.

Część I.**▪ Skuteczność rehabilitacji (str. 6, 15, 43-48)**

Na wstępie należy zauważyć, że dokonując kompleksowej oceny realizacji przez ZUS rehabilitacji leczniczej, kontrolerzy NIK w swoich wnioskach o charakterze systemowym, w tym dotyczących skuteczności rehabilitacji, oparli się jedynie na ogólnych danych statystycznych. Formułując wnioski, kontrolerzy NIK nie analizowali np. jednostek chorobowych, które były przyczyną skierowania na rehabilitację i jednostek chorobowych, z powodu których osoby te pobierały świadczenia z FUS. Wysnuwając wniosek o niskiej skuteczności rehabilitacji, w tym osób *pobierających renty z tytułu czasowej niezdolności do pracy*, analizie nie poddano nawet niewielkiej wybranej próby pod kątem m.in. oceny realizowanego w ośrodkach programu rehabilitacji leczniczej, w tym analizy dokumentacji medycznej po zakończonej rehabilitacji, która jest w posiadaniu ZUS, i którą ZUS na żądanie kontrolerów mógł udostępnić. W toku kontroli nie dokonano oceny wymagań stawianych ośrodkom rehabilitacyjnym m.in. w zakresie kadry lekarskiej, pielęgniarskiej i specjalistycznej, wyposażenia w gabinety, aparaturę leczniczą i diagnostyczną czy zakresu i organizacji programu w ośrodkach w zakresie np. adekwatności i kompletności dla poszczególnych profili rehabilitacji.

Zasada analizy danych ogólnych i na tej podstawie wnioskowania jest konsekwentnie stosowana w poszczególnych obszarach tematycznych np. przy ocenie orzeczeń o potrzebie rehabilitacji osób nie korzystających ze świadczeń FUS (str. 45 Informacji NIK). Przykładowo, kontrolerzy na grupie 358 spraw wykazali zwiększenie o 8,58 dni przebywania na świadczeniach z FUS po rehabilitacji. Nie wskazali jednocześnie czy świadczenia te dotyczyły jednostki chorobowej, która była powodem rehabilitacji. Ponadto w przedłożonej Informacji NIK pojawia się niespójność wniosków dotyczących skuteczności rehabilitacji z ustaleniami zawartymi na str. 43-44, a wynikającymi z analizy spraw badanych w oddziałach ZUS. Przedstawiając analizę skuteczności rehabilitacji dokonaną na próbie 1 423 spraw, NIK wskazuje m.in. na spadek o 23% liczby dni, za które ubezpieczony w rok po rehabilitacji pobierał świadczenia z FUS w stosunku do okresu przed rehabilitacją. Jak wskazuje dalej NIK, zmniejszeniu o 34% uległa także liczba dni przebywania na świadczeniach wypłacanych z FUS oraz o 28,98% zmniejszeniu uległa także kwota wypłacanych świadczeń. W ciągu roku po zakończonej rehabilitacji w badanej próbie ponad 66% osób nie korzystało ze świadczeń FUS.

▪ **Okres oczekiwania na rehabilitację (str. 6, 28-29)**

Zgodnie z wytycznymi Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w sprawie organizacji i postępowania w rehabilitacji medycznej, z dnia 6 grudnia 2010 r., wczesna rehabilitacja realizowana jest w oddziałach szpitalnych, gdzie wykonywana jest diagnostyka i leczenie. Rehabilitacja specjalistyczna, w której wyodrębnia się rehabilitację specjalistyczną wczesną i dalszą, realizowana jest w oddziałach rehabilitacji stacjonarnej, dziennej, przychodniach, zakładach fizjoterapii.

Rehabilitacja specjalistyczna późna obejmuje swymi działaniami chorych będących pod opieką przychodni, usprawnianych w warunkach rehabilitacji domowej czy w warunkach sanatoryjnych. Rehabilitacja prowadzona przez ZUS najczęściej dotyczy ubezpieczonych, którzy odbyli już leczenie choroby podstawowej w ramach NFZ, z wykorzystaniem elementu wczesności rehabilitacji, wdrażanej na etapie leczenia szpitalnego lub np. w ramach programu wczesnej rehabilitacji kardiologicznej KOS-Zawał.

ZUS uruchomił dla osób w stanach ostrych, tj. po przebyciu urazów narządu ruchu, rehabilitację o profilu NRW (wczesna rehabilitacja powypadkowa dla osób, które podczas wypadku doznały urazu narządu ruchu). Zgodnie z założeniami programu, pacjenci do ośrodka rehabilitacyjnego mogą być przenoszeni bezpośrednio z oddziałów zabiegowych. W świeżych urazach czas wdrożenia leczenia usprawniającego ma ogromne znaczenie dla skrócenia okresu rekonwalescencji, poprawy stanu funkcjonalnego i szybkiego powrotu do aktywności zawodowej i społecznej pacjenta.

W przypadku osób z chorobami układu krążenia, narządu ruchu, narządu głosu, układu oddechowego czy psychosomatycznymi, które charakteryzują się zwykle wieloletnim przebiegiem, czynnik czasu nie odgrywa tak kardynalnej roli, jak w przypadku świeżych urazów. Rehabilitacja podjęta na każdym etapie tych chorób może przynieść pożądane efekty.

Stwierzeń dotyczących, zdaniem NIK, długich okresów oczekiwania, nie poparto argumentami merytorycznymi – czy okres oczekiwania 2, 3, 4 miesiące jest zbyt długi dla poszczególnych profili; nie odwołano się do specjalistycznej literatury przedmiotu, w tym wskazań medycznych dla poszczególnych grup schorzeń, które wskazywałyby, jakie są optymalne okresy oczekiwania na rehabilitację dla tych chorób, a ich przekroczenie może obniżać skuteczność rehabilitacji.

Ponadto wskazując na długie okresy oczekiwania, zabrakło analizy i wskazania, że dotyczą one przede wszystkim osób nie pobierających żadnych świadczeń z FUS. Są to głównie

osoby, którym wniosek o rehabilitację wystawił lekarz prowadzący leczenie, zagrożone niezdolnością do pracy. Osoby te pracowały (a tym samym odprowadzały składki na ubezpieczenia społeczne) oczekując na wyjazd do ośrodka rehabilitacyjnego. W tym miejscu należy zaznaczyć, że kontrolerzy otrzymali dane dotyczące średniego okresu oczekiwania od złożenia wniosku o rehabilitację do pierwszego zawiadomienia o rehabilitacji (zawiadomienie zawiera przydział miejsca i terminu). Wskazany w przekazanych zestawieniach czas oczekiwania, obejmujący obsługę wniosku i wydanie orzeczenia jest krótszy np. w 2019 dla: schorzeń narządu ruchu wynosi 46 dni, narządu głosu 57 dni, schorzeń psychosomatycznych 46 dni, układu krążenia 42 dni. Na wydłużenie okresu oczekiwania wpływ mają m.in. wskazania medyczne (przesunięcie wyjazdu z powodu np. planowego zabiegu w ramach NFZ) albo losowe leżące po stronie osoby kierowanej (prośba o zmianę terminu i miejsca rehabilitacji). Należy zaznaczyć, że w przebiegu sprawy (dostęp m.in. z poziomu aplikacji WL) są adnotacje np. o prośbie od klienta o zmianę terminu rehabilitacji albo uwagi lekarza orzecznika – przesunięcie terminu wyjazdu z powodów medycznych. Przy tym należy wskazać, że zmiany takie każdorazowo mają akceptację Głównego Lekarza Orzecznika.

- **Brak wiarygodnych i adekwatnych mierników oceny skuteczności, odniesienie pomiaru skuteczności rehabilitacji wprost do powrotu na rynek pracy (str. 15-17, 50-51)**

Rehabilitacja lecznicza jest kompleksowym postępowaniem, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej. Natomiast rehabilitacja prowadzona przez ZUS oprócz aspektu medycznego ma także aspekt utrzymania zdolności do pracy. Dodatkowo należy mieć na względzie źródło jej finansowania, tj. Fundusz Ubezpieczeń Społecznych. Te trzy wymienione elementy warunkują definicję wskaźnika skuteczności.

ZUS, prowadząc rehabilitację leczniczą, określił do oceny jej skuteczności wskaźnik, jakim jest odsetek osób, które w okresie 12 miesięcy od daty zakończenia rehabilitacji leczniczej nie pobierały żadnych świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Szczegółowe założenia metodologii wyliczenia wskaźnika zawarto w opracowaniu „*Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2017 r. w 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji*”. Publikacja ta została udostępniona kontrolerom NIK. Badaniem objęto całą populację, tj. ponad 88 tys. osób, które ukończyły rehabilitację w 2017 r. Badanie zawiera wielowymiarowe analizy charakteryzujące cechy społeczno-zawodowe osób poddanych rehabilitacji, charakterystykę świadczeń z tytułu niezdolności do pracy pobieranych przed rehabilitacją

lecniczą, świadczeń z tytułu niezdolności do pracy pobieranych w okresie 12 miesięcy po rehabilitacji leczniczej (bez względu na chorobę będącą przyczyną rehabilitacji/z tytułu choroby będącej przyczyną rehabilitacji).

Z jednej strony kontrolerzy NIK wskazują, że „poziom skuteczności maleje wraz z wydłużaniem się okresu niezdolności do pracy ubezpieczonego poprzedzającym rehabilitację” (str. 15 Informacji NIK), a z drugiej krytycznie odnoszą się do uwzględniania w mierniku skuteczności - osób, które przed rehabilitacją nie pobierały żadnych świadczeń (str. 16, tamże). W tym miejscu należy zauważyć, że osoby te korzystały z rehabilitacji ponieważ były zagrożone niezdolnością do pracy. W kierowaniu takich osób istotnym czynnikiem jest skierowanie ich na rehabilitację jeszcze przed pobieraniem świadczeń długookresowych (świadczenia rehabilitacyjnego, renty czy długiego okresu pobierania zasiłku chorobowego).

Przyjęta przez ZUS metodologia pomiaru skuteczności rehabilitacji leczniczej jest jednoznaczna, ponieważ oparta jest o weryfikowalne, „twarde” dane statystyczne. Niepobieranie przez 12 miesięcy po przeprowadzonej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej żadnych świadczeń z FUS oznacza, że przeprowadzona rehabilitacja była skuteczna, tj. sprawność funkcjonalna danej osoby pozwalała na podjęcie pracy zarobkowej.

Nie można również utożsamiać rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez ZUS z rehabilitacją zawodową realizowaną przez inne podmioty m.in. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Należy podkreślić, sytuacja zdrowotna danej osoby nie jest jedynym uwarunkowaniem skutecznego powrotu na rynek pracy. O skutecznym powrocie na rynek pracy decyduje, oprócz stanu zdrowia danej osoby, także wiele innych czynników, a w szczególności: czynniki demograficzne (wiek, płeć), psychosocjalne, wykształcenie, stanowisko, status pracobiorcy lub pracodawcy, uwarunkowania regionalnych rynków pracy, względy finansowe, potrzeba samorealizacji poprzez pracę, stan rodzinny.

- **Prawidłowość wydawanych orzeczeń (str. 9)**
- **Wydawanie orzeczeń z pominięciem bezpośredniego badania (str. 11)**
- **Orzekanie na podstawie dokumentacji, bez badań bezpośrednich (str. 25):**

Zgodnie z wyjaśnieniami ZUS, trudno zgodzić się z oceną, stwierdzeniami i wnioskami przedstawionymi w odniesieniu do wymienionych kwestii w Informacji NIK wskazującymi, iż:

- „w coraz mniejszym stopniu osoby wymagające rehabilitacji leczniczej identyfikowane były przez lekarzy orzeczników, co wynikało m.in. ze znacznego skrócenia czasu na wydawanie orzeczeń”,
- „orzekanie na podstawie bezpośredniego badania sprzyja bardziej trafnej i skutecznej diagnozie (...) dodatkowo istnieje możliwość poznania osobistej motywacji i zaangażowania (...)”,
- „konsekwencją (...) niewystarczającej obsady kadrowej (...) było m. in. znaczne skrócenie czasu na wydawanie orzeczeń oraz zalecenie wydawania ich na podstawie zgromadzonych dokumentów z pominięciem bezpośredniego badania”, a taka praktyka „(...) rodzi ryzyka dla rzetelności i skuteczności procesu rehabilitacji leczniczej”.

W ustaleniach dokonanych w ramach prowadzonej kontroli NIK:

- nie wskazano, jakie przepisy prawa zostały naruszone poprzez rozwiązania organizacyjne wdrożone w ZUS dotyczące wydawania orzeczeń na podstawie dokumentacji medycznej albo określenia (zmiany) czasu przeznaczonego na wydanie orzeczenia;
- brak jest jakichkolwiek ustaleń kontroli w przedmiocie jakości wydawanych orzeczeń; takich ustaleń nie zawierają również protokoły z kontroli przeprowadzonych w oddziałach ZUS, w których nie stwierdzono żadnych merytorycznych (tj. odnoszących się do oceny orzeczniczej) nieprawidłowości w tym zakresie;
- nie wyjaśniono na jakiej podstawie sformułowano wniosek, iż „orzekanie na podstawie bezpośredniego badania sprzyja bardziej trafnej i skutecznej diagnozie”;
- nie zostały wskazane żadne – konkretne lub uprawdopodobnione – ustalenia, z których wynikałoby, że okresowe zmiany czasu przeznaczonego na rozpatrywanie spraw wpłynęły na pogorszenie jakości wydawanych orzeczeń, zwłaszcza w takim stopniu, w jakim zagrażałoby to „rzetelności i skuteczności procesu rehabilitacji leczniczej”;
- nie wyjaśniono na czym oparto ocenę odnoszącą się do jakości wydawanych orzeczeń (w trybie zaocznym) oraz czasu przeznaczonego na wydanie orzeczenia, wskazano jedynie i oceniono negatywnie same zmiany czasu na wydanie orzeczenia oraz zalecenie wydawania orzeczeń na podstawie dokumentacji (jeśli jest ona wystarczająca do dokonania ustaleń orzeczniczych).

Zasady i tryb wydawania orzeczeń zostały określone w przepisach prawa.^{1,2} Przepisy te stanowią, że:

- orzeczenie wydawane jest na podstawie dokumentacji medycznej oraz po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia osoby, w stosunku do której ma być ono wydane,
- lekarz orzecznik oraz komisja lekarska może wydać orzeczenie również bez bezpośredniego badania stanu zdrowia osoby, w stosunku do której ma być ono wydane, jeżeli dokumentacja dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania orzeczenia,
- lekarz orzecznik i komisja lekarska może, przed wydaniem orzeczenia, uzupełnić dokumentację dołączoną do wniosku, w szczególności o opinie lekarza konsultanta lub psychologa. Lekarz konsultant i psycholog wydają opinie na podstawie bezpośredniego badania stanu zdrowia osoby, w stosunku do której ma być wydane orzeczenie, oraz analizy dokumentacji medycznej i zawodowej.

Wskazane przepisy:

1. Nie wprowadzają obowiązku wydawania orzeczeń w każdym przypadku po przeprowadzeniu bezpośredniego badania, wyraźnie przewidują możliwość wydawania orzeczeń na podstawie dokumentacji medycznej; warunkiem zastosowania takiego trybu przy wydaniu orzeczenia jest to, że zgromadzona dokumentacja medyczna jest wystarczająca do wydania orzeczenia.

W tym zakresie należy wskazać, że kierowanie spraw do rozpatrzenia w trybie tzw. „zaocznym”, tj. bez bezpośredniego badania ubezpieczonego przez lekarza orzecznika, nie odbywa się w sposób automatyczny. W każdej sprawie:

- przed skierowaniem do rozpatrzenia przez lekarza orzecznika, lekarz nadzorujący pracę lekarzy orzeczników analizuje dokumentację zgromadzoną w danej sprawie i wydaje dyspozycję o sposobie jej rozpatrzenia, tj.:
 - przed skierowaniem sprawy do lekarza orzecznika zleca uzupełnienie dokumentacji o opinie specjalistyczne, wyniki badań dodatkowych, dokumentację z przebiegu leczenia, itp.;
 - kieruje sprawę do rozpatrzenia po badaniu, albo na podstawie dokumentacji - jeśli jest ona wystarczająca do wydania orzeczenia.

¹ art. 12 – 14 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. z 2021 r., poz. 291, z późn. zm.;

² § 4 rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy, Dz. U. Nr 273, poz. 2711, z późn. zm.;

- lekarz orzecznik, który otrzymał sprawę do rozpatrzenia w tzw. trybie „zaocznym”:
 - jeśli po analizie dokumentacji uzna, że wymaga ona uzupełnienia, np. o opinię specjalistyczną – odracza wydanie orzeczenia – do czasu uzupełnienia dokumentacji, albo
 - jeśli po analizie dokumentacji uzna, że do wydania orzeczenia niezbędne jest przeprowadzenie badania bezpośredniego – odracza wydanie orzeczenia i ubezpieczony zostaje skierowany na badanie.
2. Nie określają czasu jaki powinien być przeznaczony na wydanie jednego orzeczenia.

W tym zakresie należy dodatkowo wskazać, że czynności realizowane przez lekarzy orzekających związane z wydawaniem orzeczeń wykonywane są z wykorzystaniem systemu informatycznego, który zapewnia wsparcie całego procesu związanego z wydaniem orzeczenia, tym samym istotnie usprawnia pracę lekarzy orzekających.

ZUS wyjaśnia, że przedziały czasowe (tj. czas na rozpatrzenie jednej sprawy po przeprowadzeniu bezpośredniego badania osoby, w odniesieniu do której ma zostać wydane orzeczenie oraz czas na rozpatrzenie sprawy na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, tzw. sprawy zaoczne), w których sprawy kierowane są do rozpatrzenia przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie określone są jednolicie dla wszystkich oddziałów ZUS w oparciu o wiedzę ekspercką i uwzględniają w szczególności:

- czas na przeprowadzenie bezpośredniego badania (w przypadku spraw rozpatrywanych w tym trybie), analizę dokumentacji medycznej oraz sporządzenie formularzy orzeczniczych wymaganych w danej sprawie,
- liczbę wniosków o wydanie orzeczenia / opinii / kontrolę zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy w danym okresie.

Wydanie orzeczenia przez lekarza orzecznika lub komisję lekarską po przeprowadzeniu bezpośredniego badania zasadniczo powinno nastąpić w przedziale czasowym określonym w harmonogramie badań, natomiast w zależności od okoliczności danej sprawy, w tym w szczególności sprawności przeprowadzenia wywiadu z osobą badaną, dokumentacji medycznej, która wymaga analizy podczas przeprowadzenia badania, czas ten może być indywidualnie wydłużony lub skrócony.

Działania związane ze zmianą czasu na wydanie orzeczenia (wskazane w Informacji NIK), są wynikiem bieżącego monitorowania liczby spraw wpływających do lekarzy orzekających w ZUS i służą zapewnieniu sprawnego ich rozpatrywania. Celem tych działań jest zoptymalizowanie okresu oczekiwania na wydanie orzeczenia, a tym samym rozpatrzenie uprawnień do świadczenia.

W swoich wyjaśnieniach ZUS podnosi również, że stwierdzenia NIK, wskazujące iż „w coraz mniejszym stopniu osoby wymagające rehabilitacji leczniczej identyfikowane były przez lekarzy orzeczników, co wynikało m.in. ze znacznego skrócenia czasu na wydawanie orzeczeń”, oraz że „orzekanie na podstawie bezpośredniego badania sprzyja bardziej trafnej i skutecznej diagnozie (...) dodatkowo istnieje możliwość poznania osobistej motywacji i zaangażowania (...)”:

- zostały sformułowane wyłącznie w oparciu o dane dotyczące liczby wydanych orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej w postępowaniach z wniosku o świadczenie rehabilitacyjne, rentę z tytułu niezdolności do pracy oraz dotyczących kontroli zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, tj. wskazano na spadek liczby wydawanych orzeczeń w tych postępowaniach; z ustaleń kontroli NIK w żaden sposób nie wynika, na jakiej podstawie został sformułowany wniosek, iż to okresowe zmiany czasu na wydanie orzeczenia lub wydawanie orzeczeń wyłącznie na podstawie dokumentacji medycznej (bez badania) wpłynęły na zmniejszenie liczby wydawanych orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej;
- nie mają uzasadnienia merytorycznego, ponieważ w postępowaniach z wniosków lekarza prowadzącego leczenie ostatecznego rozstrzygnięcia w przedmiocie potrzeby rehabilitacji leczniczej dokonuje lekarz orzecznik (lub komisja lekarska – w przypadku wniesienia sprzeciwu / zgłoszenia zarzutu wadliwości orzeczenia wydanego przez lekarza orzecznika),
- nie znajdują uzasadnienia w obowiązujących przepisach prawa regulujących zasady orzekania o potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, ponieważ zgodnie z tymi zasadami - lekarz orzecznik (lub komisja lekarska) orzekając o potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w postępowaniu z wniosku o rentę z tytułu niezdolności do pracy nie jest zobowiązany do badania „osobistej motywacji i zaangażowania” osoby kierowanej na rehabilitację leczniczą; zgodnie z tymi przepisami – lekarz orzecznik / komisja lekarska
w postępowaniu z wniosku o rentę z tytułu niezdolności do pracy są zobowiązani

z „urzędu” wydać orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej jeśli stwierdzają (w wyniku przeprowadzonego badania lub po analizie zgromadzonej dokumentacji medycznej), że ubezpieczony rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu tej rehabilitacji, niezależnie od „osobistej motywacji i zaangażowania” ubezpieczonego. Zatem sam fakt wydania orzeczenia po przeprowadzeniu bezpośredniego badania nie ma wpływu na dokonanie ustaleń w przedmiocie potrzeby rehabilitacji leczniczej (wynikają one ze stwierdzenia istnienia przesłanek do wydania orzeczenia w tym zakresie), a także podnoszone ewentualnie w trakcie badania przez ubezpieczonego okoliczności wskazujące na „brak osobistej motywacji” do odbycia programu rehabilitacji nie są czynnikiem, który wpływa na wydanie orzeczenia.

Mając na uwadze powyższe należy zauważyć:

- liczba orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydanych w postępowaniach o ustalenie uprawnień do świadczeń (tj. świadczenie rehabilitacyjne, rentę z tytułu niezdolności do pracy) w 2019 r. w porównaniu z 2017 r. zmniejszyła się z 35.669 do 28.407 (tj. o 20,4%), niemniej łączna liczba orzeczeń lekarzy orzeczników wydanych w sprawach dotyczących wymienionych świadczeń również znacznie spadła – z 473,7 tys. do 408,9 tys. (tj. o 13,7%). Należy podkreślić, że przyczyną spadku liczby orzeczeń o potrzebie rehabilitacji przy rozpatrywaniu wniosków o ustalenie uprawnień do świadczeń była przede wszystkim zmniejszona liczba wniosków o te świadczenia trafiająca do rozpatrzenia przez lekarzy orzeczników;
- w obowiązującym stanie prawnym ubezpieczony może wystąpić do ZUS z wnioskiem o skierowanie na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej (wniosek w tym zakresie sporządza lekarz prowadzący leczenie tej osoby). Zatem w każdym przypadku uzasadnionym stanem zdrowia – na wniosek osoby zainteresowanej, ZUS dokonuje oceny przesłanek skierowania na rehabilitację leczniczą. Analizując przewidziane w obowiązujących przepisach ścieżki kierowania na rehabilitację leczniczą należy mieć na uwadze następujące kwestie:
 - rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS powinna być realizowana na jak najwcześniejszym etapie stwierdzenia niezdolności do pracy lub zagrożenia niezdolnością do pracy, ponieważ jej celem jest umożliwienie osobom z problemami zdrowotnymi jak najdłuższe utrzymanie zdolności do pracy; istotne w tym zakresie jest aby rozstrzygnięcie w przedmiocie potrzeby

rehabilitacji leczniczej było dokonane w możliwie najkrótszym czasie od wystąpienia tych okoliczności, stąd przewidziano między innymi w przepisach prawa, że ZUS kieruje na rehabilitację leczniczą na wniosek lekarza prowadzącego leczenie, który w postępowaniu diagnostyczno – leczniczym stwierdzi, że stan zdrowia uzasadnia rehabilitację leczniczą;

- w praktyce zdarza się, że ubezpieczeni zanim wystąpią z wnioskiem o świadczenie (świadczenie rehabilitacyjne, rentę z tytułu niezdolności do pracy) wcześniej występują z wnioskiem (sporządzonym przez lekarza prowadzącego leczenie) o skierowanie na rehabilitację leczniczą; zatem (w zależności od stanu faktycznego w indywidualnej sprawie) w postępowaniu orzeczniczym z wniosku o świadczenie (świadczenie rehabilitacyjne, rentę z tytułu niezdolności do pracy) lekarz orzecznik w przypadku, gdy osoba odbyła już rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS, uwzględnia wyniki przeprowadzonej rehabilitacji (odnoszące się w szczególności do opinii o stanie funkcjonalnym po zakończeniu rehabilitacji) przy dokonywaniu ustaleń orzeczniczych w przedmiocie świadczenia, a jeśli ubezpieczony posiada już orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej (a jeszcze jej nie odbył) nie ma potrzeby dokonywania powtórnych ustaleń w tym zakresie w ramach orzekania w przedmiocie świadczeń.

Należy zaznaczyć również, że wydane orzeczenia podlegają kontroli przez lekarzy sprawujących nadzór nad działalnością lekarzy orzeczników – pod względem merytorycznym i formalnym. Jeśli w toku takiej kontroli lekarz nadzorujący stwierdzi, że orzeczenie jest nieprawidłowe (np. do wyjaśnienia w sposób wyczerpujący wszystkich okoliczności i podjęcia właściwego rozstrzygnięcia wymagane jest badanie bezpośrednie) – zgłasza zarzut wadliwości i sprawa jest kierowana do rozpatrzenia przez komisję lekarską.

Przyjęty tryb postępowania oraz kontroli orzeczeń zapewnia mechanizmy, które gwarantują prawidłowość wydawania orzeczeń, zgodność wydanego orzeczenia ze stwierdzonym stanem faktycznym, aktualnym stanem wiedzy medycznej, przepisami prawa oraz zachowanie wymogów formalnych dotyczących postępowania orzeczniczego.

Wdrażane przez ZUS działania doraźne, w tym m.in. związane ze skróceniem (okresowo) czasu przeznaczanego na wydanie orzeczenia czy wskazaniem na możliwość wydawania orzeczeń

na podstawie dokumentacji medycznej (jeśli jest wystarczająca do wydania orzeczenia) - podejmowane są w granicach obowiązującego prawa, z uwzględnieniem zachowania

wymogów formalnych w postępowaniu orzeczniczym, a ich zasadniczym celem jest zapewnienie prawidłowej realizacji zadań ustawowych ZUS.

▪ **Wydawanie orzeczeń o przekwalifikowaniu zawodowym (str. 27):**

W Informacji NIK wskazano na m. in. na kwestie dotyczące realizacji procesu przekwalifikowania zawodowego, który pozostaje we właściwości urzędów pracy, tj. „(...) mała dostępność kursów zawodowych prowadzonych przez urzędy pracy w okresie orzeczonej renty szkoleniowej”.

Tematyka orzekania o przekwalifikowaniu zawodowym (dla celów renty szkoleniowej) oraz realizacji procesu przekwalifikowania zawodowego nie jest związana bezpośrednio z przedmiotem kontroli, tj. rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS. Niezależnie od tego należy zauważyć, że prowadzenie „aktywnego poradnictwa zawodowego (...) po analizie rynku pracy i zapotrzebowania zgłoszonego przez pracodawców już we wczesnym etapie zasiłku chorobowego”, co proponuje NIK, nie jest w aktualnym stanie prawnym ustawowym zadaniem realizowanym przez ZUS.

▪ **Nadzór Prezesa ZUS nad orzecznictwem lekarskim (str. 53):**

Odnośnie stwierdzenia NIK wskazującego, iż „nadzór nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego był sprawowany w niewystarczającym stopniu, bowiem mimo poinformowania przez dyrektorów oddziałów o wyeliminowaniu nieprawidłowości, w przypadku ponownych kontroli powtarzały się”, ZUS zaznacza, że wniosek ten oparty został jedynie na ocenie wyników kontroli funkcjonalnych przeprowadzonych w oddziałach ZUS odnoszących się do nieprawidłowości w orzeczeniach wydanych w jednostkowych sprawach. ZUS podkreśla, że ocena ta:

- nie uwzględnia obowiązujących przepisów prawa, które zobowiązują do prowadzenia w ramach nadzoru nad orzecznictwem lekarskim kontroli orzeczeń lekarzy orzeczników i komisji lekarskich pod względem merytorycznym i formalnym,
- nie uwzględnia zasadniczego celu realizowanego w ramach nadzoru, jakim jest zapewnienie prawidłowości ustaleń orzecznich dokonywanych przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie oraz eliminowanie wadliwych orzeczeń wydanych przez lekarza orzecznika i komisję lekarską ZUS, m.in. poprzez kierowanie spraw do ponownego rozpatrzenia w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w ustaleniach orzecznich,

- dotyczy jednego z wielu działań realizowanych w ramach tego nadzoru, nie została poparta ustaleniami z analiz prowadzonych przez kontrolerów NIK, co do pozostałych działań prowadzonych w trybie nadzoru.

ZUS wyjaśnia, że zgodnie z obowiązującymi przepisami zwierzchni nadzór nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego sprawuje Prezes ZUS, za pośrednictwem naczelnego lekarza ZUS³. Nadzór ten⁴, obejmuje m.in. kontrolę prawidłowości i jednolitości stosowania zasad orzecznictwa o niezdolności do pracy przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie ZUS oraz prawo przekazania sprawy do rozpatrzenia przez komisję lekarską ZUS, w przypadku stwierdzenia braku zgodności orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej ZUS ze stanem faktycznym lub zasadami orzecznictwa o niezdolności do pracy.

Kontrole funkcjonalne są jedną z form sprawowania nadzoru nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego. W tym zakresie należy wskazać, że nadzór nad wykonywaniem orzecznictwa lekarskiego obejmuje również inne działania, w odniesieniu do których w ramach kontroli NIK nie wskazano na uchybienia. W ocenie ZUS fakt, że w ramach kontroli funkcjonalnych zostały stwierdzone nieprawidłowości (w jednostkowych sprawach), które skutkowały skierowaniem zaleceń pokontrolnych służących ich wyeliminowaniu, świadczy o tym, że nadzór jest realizowany w sposób skuteczny.

- **Niewystarczająca obsada kadrowa (str. 31)**
- **Wzrost liczby wydanych orzeczeń przy zmniejszającym się zatrudnieniu (str. 32)**
- **Występowanie luki pokoleniowej (str. 34)**

W Informacji NIK wskazano w szczególności na kwestie związane z niepełną obsadą kadrową lekarzy orzecznictwa lekarskiego oraz strukturą wiekową lekarzy zatrudnionych w ZUS.

W tym zakresie należy wskazać, że trudności w zatrudnieniu lekarzy orzekających w ZUS są związane z niedoborem lekarzy specjalistów w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy w zabezpieczeniu pełnej obsady kadrowej tej grupy pracowników, dotyczą w równym stopniu ZUS, podobnie jak i wielu innych podmiotów, w tym placówek ochrony zdrowia. Wdrażane przez ZUS działania doraźne, w tym między innymi opisane w Informacji NIK działania związane z okresowym skracaniem czasu przeznaczonego na wydanie orzeczenia czy

³ art. 73 ust. 3 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz. U. z 2020 r., poz. 266 z późn. zm.;

⁴ art. 14 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. z 2021 r., poz. 291, z późn. zm., zwana dalej „ustawą emerytalną”;

wskazaniem na możliwość wydawania orzeczeń na podstawie dokumentacji medycznej (jeśli jest wystarczająca do wydania orzeczenia) - podejmowane są w granicach obowiązującego prawa, z uwzględnieniem zachowania wymogów formalnych w postępowaniu orzecznictwym, a ich zasadniczym celem jest zapewnienie sprawnej realizacji zadań ustawowych ZUS.

W okresie objętym kontrolą NIK, w celu pozyskania lekarzy orzecznictwa lekarskiego, w szczególności:

- prowadzone były działania związane z rekrutacją lekarzy (w latach 2018-2019 przeprowadzono 349 rekrutacji na stanowiska lekarzy orzecznictwa lekarskiego, z tego: w 2018 r. – 69, a w 2019 r. – 87 rekrutacji zakończyło się zatrudnieniem kandydata); ogłoszenia o pracę publikowane były w prasie lokalnej i Internecie, a informacje o naborze przekazywane były również za pośrednictwem Okręgowych Izb Lekarskich;
- w 2019 r., w trakcie negocjacji w sprawie podwyżek wynagrodzeń zasadniczych dla pracowników ZUS, uzgodniono z ogólnozakładowymi organizacjami związkowymi działającymi w ZUS i wyodrębniono odrębną pulę środków na podwyżki dla tej grupy pracowników. Zmiana przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego w grupie lekarzy orzecznictwa lekarskiego wyniosła 27%, gdy w pozostałych grupach pracowników wynosiła około 13%. Po tych podwyżkach wynagrodzenia lekarzy zatrudnionych w ZUS zyskały znacząco na atrakcyjności w stosunku do wynagrodzeń na rynku pracy tej grupy zawodowej;
- przygotowano przez zewnętrznego wykonawcę kampanię wizerunkową, której celem było zaprezentowanie ZUS jako dobrego pracodawcy, który oferuje swoim pracownikom atrakcyjne warunki pracy. W wyniku kampanii wizerunkowej przygotowano stronę internetową wybadajkariere.pl, która jest sukcesywnie coraz bardziej wykorzystywana w procesie naboru na stanowisko lekarzy orzeczników.

Odnosząc się do wymienionych w Informacji NIK pozostałych kwestii, dotyczących stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości podczas kontroli realizowanych w oddziałach ZUS, ZUS w swoich wyjaśnieniach wskazuje, że dotyczyły one zasadniczo pojedynczych przypadków i kwestii o charakterze organizacyjnym lub technicznym. NIK nie wskazał w ustaleniach kontroli, że te stwierdzone uchybienia wpłynęły negatywnie na prawidłowość realizacji zadań w przedmiocie objętym kontrolą. Ustalenia w kontrolowanych przez NIK oddziałach dotyczyły w szczególności:

- przypadków nieodnotowania w aplikacji WO_Wspomaganie orzecznictwa uzasadnienia do przydzielenia spraw do rozpatrzenia przez lekarza orzecznika z pominięciem losowania;
- ✓ ustalenia w tym zakresie dotyczyły czterech oddziałów ZUS (str. 26 Informacji NIK); w O/ZUS, w których stwierdzono te uchybienia podjęto działania zapewniające odnotowywanie w każdym przypadku w aplikacji WO wymaganych danych dotyczących przydziału spraw do lekarzy orzeczników;
- niższego, niż określony wewnętrznymi procedurami (tj. mniej niż w 60% spraw w miesiącu), odsetka orzeczeń kontrolowanych przez lekarzy sprawujących bezpośredni nadzór nad działalnością lekarzy orzeczników;
- ✓ ustalenia w tym zakresie dotyczyły siedmiu oddziałów ZUS (str. 26 Informacji NIK); ZUS zaznacza, że uchybienia w tym zakresie występowały okresowo, miały związek z przejściową sytuacją kadrową; w O/ZUS, w których stwierdzono te uchybienia podjęto działania zapewniające kontrolę wydawanych orzeczeń w ramach bezpośredniego nadzoru – zgodnie z procedurą obowiązującą w tym zakresie;
- przypadki dopuszczenia lekarzy orzeczników do wydawania orzeczeń – przed ukończeniem pełnego programu szkolenia;
- ✓ ustalenia w tym zakresie dotyczyły pięciu O/ZUS (str. 36 Informacji NIK); w O/ZUS, w których stwierdzono te uchybienia podjęto działania wzmacniające nadzór nad szkoleniem nowo zatrudnionych lekarzy orzekających, mające zapewnić, aby w każdym przypadku przed przystąpieniem do wydawania orzeczeń lekarz odbył wymagane przeszkolenie; realizacja tych działań jest monitorowana w ramach nadzoru nad działalnością orzecznictwa lekarskiego;
- przypadki nienawiązania współpracy z dwoma konsultantami o tej samej specjalności,
- ✓ ustalenia te dotyczyły trzech O/ZUS (str. 34 Informacji NIK); ZUS podkreśla, że kontrolerzy NIK wskazali na sam fakt nienawiązania współpracy z dwoma konsultantami o określonej specjalności, natomiast nie wykazali, że wpłynęło to w negatywny sposób na prawidłowość realizacji zadań związanych z wydawaniem orzeczeń;

- uchybienia w ogłaszaniu wyników naboru lekarzy orzekających w postępowaniach o rekrutację
- ✓ ustalenia dotyczyły dwóch O/ZUS (str. 33 Informacji NIK); w O/ZUS, w których stwierdzono te uchybienia podjęto działania celem ich wyeliminowania i zapobiegania ich wystąpieniu w przyszłości.

ZUS zaznacza, że wymienione zagadnienia są przedmiotem m.in. kontroli funkcjonalnych, prawidłowość realizacji zadań we wskazanym zakresie jest na bieżąco monitorowana w ramach nadzoru nad działalnością lekarzy orzecznictwa lekarskiego.

Część II.

W odniesieniu do wniosków przedstawionych w Informacji NIK (str. 20) proszę o przyjęcie informacji nt. przedmiotowych wniosków, w tym dotyczące podjętych bądź zrealizowanych działań.

Wniosek nr 1. Podjęcie działań w celu skrócenia średniego okresu oczekiwania na rehabilitację leczniczą od złożenia wniosku o rehabilitację do rozpoczęcia rehabilitacji.

ZUS na bieżąco:

- 1) monitoruje liczbę orzeczeń o potrzebie rehabilitacji oraz wykorzystanie miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych. W przypadku zwiększenia liczby orzeczeń w danych profilach schorzeń, organizuje dodatkowe konkursy ofert w celu zapewnienia odpowiedniej liczby miejsc w poszczególnych profilach;
- 2) analizuje przyczyny wydłużenia okresu oczekiwania na rehabilitację leczniczą (od złożenia wniosku o rehabilitację do rozpoczęcia rehabilitacji). Należy zaznaczyć, że na średni okres oczekiwania na rehabilitację mają często wpływ czynniki niezależne od ZUS, tj. przesłanki medyczne wskazujące na konieczność odbycia rehabilitacji w terminie późniejszym (np. brak wygojenia rany pooperacyjnej, brak zrostu złamanej kończyny) lub próśby ubezpieczonych o zmianę terminu rehabilitacji (np. z powodu zdarzeń losowych). Istotne jest także, że na wydłużenie okresu oczekiwania w profilach wysokospecjalistycznych (schorzeniach narządu głosu, po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, schorzeniach psychosomatycznych, schorzeniach neurologicznych) ma wpływ brak wystarczającej liczby oferentów, z którymi ZUS mógłby zawrzeć umowy o świadczenie usług rehabilitacji leczniczej. Zapotrzebowanie na rehabilitację leczniczą w ww. profilach jest bardzo duże, natomiast rynek usługodawców spełniających wymagania ZUS w tym zakresie, jest niewystarczający.

Niezależnie od powyższego, przyjmując do realizacji przedmiotowy wniosek NIK, ZUS w ramach planowanych działań w zakresie zwiększenia skuteczności i efektywności rehabilitacji leczniczej, przeprowadzi pogłębioną analizę oraz wdroży działania w celu skrócenia okresu oczekiwania na rehabilitację leczniczą od złożenia wniosku o rehabilitację do rozpoczęcia rehabilitacji, z uwzględnieniem przyczyn zależnych od ZUS.

Na realizację przedmiotowego wniosku mają również wpływ podjęte już przez ZUS, działania

w zakresie wprowadzenia do umów zawartych na lata 2021-2022 zapisów waloryzacyjnych umożliwiających zwiększenie stawki za osobodzień w kontraktach trwających dłużej niż rok. Działania w tym zakresie powinny przyczynić się do zwiększenia liczby ofert m.in. w profilach wysokospecjalistycznych.

Wniosek nr 2. Podjęcie działań w celu wypracowania adekwatnych mierników umożliwiających dokonanie oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej uwzględniających cele rehabilitacji leczniczej w podziale na poszczególne grupy ubezpieczonych (np. osoby niepobierające żadnych świadczeń z FUS, osoby pobierające zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne) i trwałość osiągniętych efektów.

ZUS na bieżąco dokonuje analiz mających wpływ na podniesienie skuteczności i efektywności procesu rehabilitacji leczniczej, w tym ryzyk z tym związanych. W ramach planowanych działań, ZUS zweryfikuje, opracuje i wdroży dodatkowe mierniki umożliwiające dokonanie oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej uwzględniające cele rehabilitacji leczniczej w podziale na poszczególne grupy ubezpieczonych (np. osoby niepobierające żadnych świadczeń z FUS, osoby pobierające zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne) i trwałość osiągniętych efektów.

Niezależnie od powyższego, ZUS będzie kontynuował prowadzenie wieloaspektowych analiz populacji osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą.

Prowadzone analizy zostaną rozszerzone o wymiar finansowy w odniesieniu do:

- osób korzystających z rehabilitacji we wczesnej fazie choroby w ramach utrzymania zdolności do pracy;
- osób korzystających z rehabilitacji w czasie pobierania świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego, okresowej renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy) – w celu przywrócenia zdolności do pracy.

Ponadto analizy będą uwzględniały wyniki rehabilitacji leczniczej osiągnięte w ośrodkach rehabilitacyjnych.

Wniosek nr 3. Uwzględnianie w ocenie skuteczności wyników rehabilitacji leczniczej osiągniętych w ośrodkach rehabilitacyjnych.

W ramach planowanych działań w zakresie zwiększenia skuteczności i efektywności rehabilitacji ZUS zmodyfikował wzory „Informacji o przebytej rehabilitacji” dla poszczególnych profili o dodatkowe informacje pozwalające ocenić skuteczność rehabilitacji. Ponadto oceny końcowe zawarte w „Informacji o przebytej rehabilitacji” także w kontekście skuteczności wyników rehabilitacji.

Niezależnie od powyższego, ZUS będzie dokonywał analizy wczesnej skuteczności rehabilitacji na podstawie oceny stanu funkcjonalnego ubezpieczonego przeprowadzanej przez lekarza ośrodka rehabilitacyjnego bezpośrednio po zakończeniu rehabilitacji.

Wniosek nr 4. Zawieranie w Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS oceny podsumowującej skuteczność rehabilitacji leczniczej, w aspekcie odzyskania zdolności do pracy.

Informacja o przebytej rehabilitacji jest prowadzona w ośrodkach rehabilitacyjnych realizujących program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵. Zgodnie z tym rozporządzeniem, dokumentacja indywidualna każdej osoby skierowanej przez ZUS zawiera zarówno dokumentację wewnętrzną – historię choroby, jak i dokumentację zewnętrzną – formularz „Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS”.

Ww. „Informacja” zawiera w szczególności: dane z badania podmiotowego i przedmiotowego oraz badań dodatkowych, rodzaj i liczbę przeprowadzonych zabiegów fizjoterapeutycznych oraz opis wyników rehabilitacji leczniczej wraz z opinią ośrodka o stanie funkcjonalnym ubezpieczonego po zakończeniu rehabilitacji, która będzie dodatkowo rozszerzona o uzasadnienie merytoryczne wydawanych opinii. Wymienione szczegółowe dane medyczne są podstawą do wydania orzeczenia o niezdolności do pracy lub orzeczenia o zdolności do pracy przez upoważnione do tego podmioty. Lekarz prowadzący leczenie rehabilitacyjne w ośrodku

⁵ Dz.U. poz. 666.

nie ma, według obowiązujących regulacji, uprawnień do wydawania orzeczeń w ww. aspekcie, natomiast jest zobowiązany zapisami umowy do wydania opinii o stanie funkcjonalnym ubezpieczonego bezpośrednio po zakończeniu rehabilitacji.

Opinia uzyskana przez ubezpieczonego po zakończeniu rehabilitacji jest opinią o efektach zastosowanego leczenia, natomiast nie skutkuje dalszymi procedurami przyznawania świadczeń z powodu niezdolności do pracy, a także nie jest równoznaczna z orzeczeniem o zdolności lub niezdolności do pracy na określonym stanowisku.

Oceny stanu funkcjonalnego ubezpieczonego, w aspekcie wykonywanej pracy, zgodnie z obowiązującymi przepisami dokonuje lekarz orzecznik ZUS orzekając o niezdolności do pracy po uwzględnieniu szerszego spektrum czynników warunkujących możliwość powrotu do pracy, tj. stopnia naruszenia sprawności organizmu, charakteru i przebiegu procesów chorobowych oraz ich wpływu na stan czynnościowy organizmu, stopnia przystosowania organizmu do ubytków anatomicznych i naruszenia sprawności organizmu w następstwie choroby, wieku, zawodu, wykonywanych czynności i warunków pracy.

Podsumowując, w obowiązującym stanie prawnym lekarz prowadzący w ośrodku wydaje opinię o stanie funkcjonalnym ubezpieczonego po przeprowadzonej rehabilitacji leczniczej (na dzień wypisu). Lekarz ośrodka nie jest uprawniony do wydawania opinii o zdolności do pracy, co leży w kompetencji lekarzy np. medycyny pracy (orzeczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy na określonym stanowisku zgodnie z art. 229 Kodeksu pracy może wydawać wyłącznie lekarz medycyny pracy), ani opinii o niezdolności do pracy, co należy do kompetencji lekarza orzecznika ZUS. Oceny stanu funkcjonalnego ubezpieczonego, w aspekcie wykonywanej pracy, zgodnie z obowiązującymi przepisami dokonuje lekarz orzecznik ZUS.

Wniosek nr 5. Zwiększenie nadzoru w zakresie ograniczenia występowania znacznych różnic opisu efektów rehabilitacji leczniczej zawartych w Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, a faktycznym stanem funkcjonalnym ubezpieczonego implikującym dalsze pobieranie świadczeń, po ocenionej jako skutecznej rehabilitacji leczniczej przez jednostkę realizującą konkrety profil rehabilitacji.

Ocena stanu funkcjonalnego ubezpieczonego w aspekcie poprawy, pogorszenia lub braku zmian bezpośrednio po przeprowadzonej rehabilitacji zawarta w ww. „Informacji” może być odmienna od sytuacji zdrowotnej ubezpieczonego implikującej pobieranie świadczeń – z

powodu odstępu czasowego, w jakim dokonywano obu analiz. Pomimo poprawy stanu funkcjonalnego po leczeniu rehabilitacyjnym, ubezpieczony może pobierać świadczenie w okresie 12 miesięcy po zakończeniu rehabilitacji leczniczej z powodu zaistnienia innej choroby niż ta, która była przyczyną rehabilitacji. Dla przykładu – według opracowania statystycznego ZUS – w 2018 r. takich ubezpieczonych było 21,6%.

Podsumowując, dokumentacja medyczna (w okresie objętym kontrolą NIK) była prowadzona w ośrodkach rehabilitacyjnych realizujących program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Zgodnie z tym rozporządzeniem, dokumentacja indywidualna każdej osoby skierowanej przez ZUS zawierała zarówno dokumentację wewnętrzną - historię choroby, jak i dokumentację zewnętrzną - kartę „Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS”. Zgodnie z zapisem § 2 ust. 4 pkt 8 wspomnianego powyżej rozporządzenia, karty informacyjne z przebiegu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji zawierają opinię lekarską o stanie funkcjonalnym ubezpieczonego i to lekarz, który ją wystawia odpowiada za treści w niej zawarte. ZUS nie ma kompetencji i uprawnień do wpływania na treści zawarte w ww. Informacji.

Niezależnie od powyższego, mając na uwadze przedmiotowy wniosek NIK, ZUS w ramach planowanych działań w zakresie zwiększenia skuteczności i efektywności rehabilitacji leczniczej, dokona ponownej ewaluacji programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, z uwzględnieniem m.in. informacji zawartych w dokumentacji medycznej wypełnianej dla każdej osoby skierowanej przez ZUS przez lekarza w ośrodku rehabilitacyjnym po zakończeniu turnusu. Na podstawie wyników tej ewaluacji, możliwe będzie podjęcie ewentualnych działań w kierunku zmodyfikowania metod nadzoru procesu rehabilitacyjnego.

Wniosek nr 6. Podjęcie działań na rzecz zidentyfikowania i wyeliminowania przyczyn niskiej skuteczności rehabilitacji leczniczej osób pobierających renty z tytułu czasowej niezdolności do pracy.

Zdaniem ZUS, przytoczone przez NIK w wystąpieniu pokontrolnym dane dotyczące „niskiej skuteczności ZUS w zakresie rehabilitacji leczniczej osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy” dotyczyły analizy świadczeń pobieranych po rehabilitacji, bez

względu na chorobę będącą przyczyną rehabilitacji i bez analizy dokumentacji medycznej dotyczącej realizowanego w ośrodku programu rehabilitacji obejmującej: rozpoznanie i stopień zaawansowania choroby będącej podstawą do skierowania na rehabilitację, wyników badania klinicznego i badań dodatkowych, przebiegu rehabilitacji w tym: rodzaju i tolerancji zleconych zabiegów czy wystąpienia powikłań w trakcie leczenia rehabilitacyjnego (tj. ocena adekwatności i skuteczności zleconego programu rehabilitacji) w odniesieniu do stanu funkcjonalnego osoby rehabilitowanej.

Mimo, że trudno zgodzić się z postawioną tezą, dotyczącą niskiej skuteczności rehabilitacji leczniczej osób pobierających renty z tytułu czasowej niezdolności do pracy, ZUS w ramach planowanych działań w zakresie zwiększenia skuteczności i efektywności rehabilitacji leczniczej, zmodyfikuje i dostosuje metody identyfikacji i wdrożenia właściwych mechanizmów walidacji oraz wypracowania metodyki oceny i monitorowania skuteczności procesu rehabilitacji.

Wniosek nr 7. Wprowadzenie i stosowanie jednoznacznych zasad i kryteriów naliczania kar umownych, w przypadku niewywiązania się ośrodków rehabilitacyjnych z warunków umowy.

ZUS wprowadził do umów zawartych na lata 2021-2022 nowe zasady i kryteria naliczania kar umownych. Do każdej z umów wprowadzono nowy załącznik, tj. „Zestawienie kar umownych dla ośrodków rehabilitacyjnych za niespełnienie wymagań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”, w którym do wymagań ZUS dopisano wagę naruszenia. Określono wartość punktową każdego z wymagań ZUS oraz wysokość kary uzależnioną od wagi naruszenia (od 0,1% do 1,0%).

Wniosek nr 8. Przeprowadzanie postępowań kontrolnych w ośrodkach rehabilitacyjnych zgodnie z zasadami określonymi w Polityce zarządzania rehabilitacją.

ZUS podejmie działania mające na celu przeprowadzanie postępowań kontrolnych w ośrodkach rehabilitacyjnych zgodnie z zasadami określonymi w Polityce Zarządzania w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej (Kontrola realizacji postanowień kontrolnych).

Wniosek nr 9. Kierowanie zaleceń pokontrolnych do ośrodków rehabilitacyjnych zgodnie z zasadami określonymi w Polityce zarządzania rehabilitacją.

ZUS podejmie działania mające na celu kierowanie zaleceń pokontrolnych do ośrodków rehabilitacyjnych zgodnie z zasadami określonymi w Polityce Zarządzania w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej.

Wniosek nr 10: Wylimitowanie przypadków orzekania przez lekarzy orzeczników pomimo nieukończenia przez nich szkolenia, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie orzekania o niezdolności do pracy.

W celu realizacji tego wniosku, w szczególności kontynuowane będą działania w ramach nadzoru nad orzecznictwem lekarskim, związane z zapewnieniem wymaganego przeszkolenia lekarzy orzekających – przed przystąpieniem do wydawania orzeczeń.

Wniosek nr 11. Rozważenie wprowadzenia możliwości skierowania przez lekarza orzecznika pacjentów w określonych przypadkach, na tzw. szybszą ścieżkę, w szczególności osób, które są np. po zabiegach i wskazane jest podjęcie natychmiastowej rehabilitacji.

ZUS przygotował i realizuje od 4 lat szybką ścieżkę kierowania dla osób, których rodzaj dysfunkcji organizmu wymaga szybkiego podjęcia rehabilitacji leczniczej, bezpośrednio po zakończeniu leczenia szpitalnego. Od września 2016 roku prowadzony jest program wczesnej rehabilitacji powypadkowej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Prof. Adama Grucy w Otwocku.

Na wczesną rehabilitację powypadkową kierowane są osoby, które podczas wypadku, w szczególności wypadku przy pracy, doznały urazu narządu ruchu. Główną ideą wczesnej rehabilitacji powypadkowej jest jak najwcześniejsze skierowanie pacjenta na rehabilitację, tj. tuż po zakończeniu leczenia w oddziale urazowo-ortopedycznym. Celem jest szybkie przywrócenie poszkodowanemu możliwości uczestniczenia w życiu społecznym i zawodowym, między innymi odzyskanie przez niego zdolności do pracy w jak najkrótszym czasie, a także skrócenie czasu pobierania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy. Okres oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji w tym profilu wynosi 15 dni i jest to czas niezbędny na rozpatrzenie wniosku, wydanie orzeczenia, skierowanie osoby do ośrodka rehabilitacyjnego i rozpoczęcie turnusu.

Dodatkowo, w ramach realizacji tego wniosku – zostaną przygotowane i przekazane do stosowania przez lekarzy orzeczników wskazówki dotyczące zamieszczania dodatkowej informacji w zakresie terminu rehabilitacji w wydawanych orzeczeniach, również w

ZAŁĄCZNIKI

przypadku orzekania o potrzebie rehabilitacji w pozostałych profilach, celem realizacji skierowania na rehabilitację leczniczą w możliwie najkrótszym terminie jeżeli tego będzie wymagał stan zdrowia osoby kierowanej na rehabilitację.

Z poważaniem

MINISTER

z up. Stanisław Szwed

Sekretarz Stanu

/-/ podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym

Do wiadomości:

Pani Prof. Gertruda Uścińska

Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

KPS.430.001.2021

Warszawa, 15 marca 2021 r.

OPINIA

Prezesa Najwyższej Izby Kontroli

do stanowiska Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 10 marca 2021 r. do informacji o wynikach kontroli pn. *Rehabilitacja lecznicza realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej*, przedstawionego, z upoważnienia Ministra, przez Sekretarza Stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej Pana Stanisława Szweda

Na podstawie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, przedstawiam opinię do zajętego przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej stanowiska do wspomnianej *Informacji*.

Minister Rodziny i Polityki Społecznej odnosząc się do wybranych stwierdzeń, częściowo kwestionuje oceny NIK dotyczące skuteczności rehabilitacji, okresu oczekiwania na rehabilitację, braku wiarygodnych i adekwatnych mierników oceny skuteczności, a także wydawania orzeczeń wyłącznie na podstawie dokumentacji, z pominięciem bezpośredniego badania.

Wskazać należy, że przywołane argumenty w stanowisku Ministra są w znacznym stopniu powieleniem argumentów zawartych w zastrzeżeniach zgłoszonych przez Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do wystąpienia pokontrolnego z dnia 17 września 2020 r., sporządzonego po kontroli przeprowadzonej w Centrali ZUS. Komisja Rozstrzygająca NIK w większości utrzymała oceny zawarte w treści wystąpienia pokontrolnego, które następnie zostały zaprezentowane w niniejszej *Informacji*.

W ocenie NIK, okres oczekiwania jest kluczowy dla skuteczności rehabilitacji. Niedochowanie zasady wczesności rozpoczęcia rehabilitacji, oprócz mniejszej skuteczności rehabilitacji, w wielu przypadkach ma również inny skutek w postaci późniejszego powrotu do pracy. Skuteczność rehabilitacji leczniczej powinna odnosić się wprost do przywrócenia zdolności do pracy, co jest głównym celem rehabilitacji leczniczej. Natomiast na podstawie danych gromadzonych przez ZUS nie jest możliwe ustalenie, jaki odsetek osób poddanych rehabilitacji zostaje skutecznie przywrócony na rynek pracy. Brak wiarygodnych i adekwatnych mierników oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej powoduje, że dane gromadzone przez ZUS nie przedstawiają prawdziwego obrazu funkcjonowania tego systemu. Wydawanie orzeczeń wyłącznie na podstawie dokumentacji, z pominięciem bezpośredniego badania, może mieć wpływ na rzetelność i skuteczności procesu rehabilitacji leczniczej. Proces rozpatrywania wniosków o skierowanie na rehabilitację leczniczą wymaga dokładnego zapoznania się ze stanem zdrowotnym pacjenta, z dokumentacją medyczną i w konsekwencji dobrania właściwej ścieżki rehabilitacji.

W związku z powyższym, NIK podtrzymuje oceny i uwagi zawarte w treści *Informacji*, a także z zadowoleniem przyjmuje deklarację realizacji wniosków z niej wynikających.

PREZES
Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200.