



Medexpress, 2021-06-08 08:15

NIK o rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej



Rehabilitacja lecznicza, prowadzona przez ZUS w ramach prewencji rentowej, może być skutecznym narzędziem umożliwiającym powrót na rynek pracy lub utrzymanie się na nim. Niestety pacjenci zbyt długo czekają na rozpoczęcie rehabilitacji, co zmniejsza jej skuteczność, zwłaszcza w grupie osób pobierających rentę okresową z tytułu czasowej niezdolności do pracy.

Problemem jest niewystarczająca liczba lekarzy orzeczników, a także brak odpowiedniej liczby podmiotów realizujących rehabilitację, dlatego też ZUS nie mógł rzetelnie wywiązać się ze swoich zadań. Ponadto Zakład stosował nieprecyzyjne sposoby szacowania efektywności rehabilitacji, tym samym uzyskane wyniki nie dostarczały rzetelnych danych na temat skuteczności prewencji rentowej.

Corocznie kwota wydatków na prewencję rentową ZUS stanowi 0,5 proc. wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy (tj. ok. 200 mln zł). Zakład prowadzi rehabilitację leczniczą w ramach 11 profili. Osiem profili realizowano w trybie stacjonarnym (w ośrodkach rehabilitacyjnych): 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, a trzy profile realizowane są w trybie ambulatoryjnym: narządu ruchu, układu krążenia, układu krążenia z możliwością rehabilitacji monitorowanej telemedycynie. Rehabilitacja lecznicza koncentrowała się w największym stopniu w profilach schorzeń narządu ruchu w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym – ponad 80 proc. wszystkich osób rehabilitowanych w latach 2017-2019.

Najważniejsze ustalenia kontroli

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 średnio aż 110 dni (od momentu złożenia wniosku). W skrajnych przypadkach było to nawet 365 dni.

Główną przyczynami długiego okresu oczekiwania na rehabilitację były m.in. liczne rezygnacje z odbycia rehabilitacji oraz niezapewnienie przez Centralę ZUS odpowiedniej liczby miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych.

W latach 2018-2019 z turnusu rehabilitacyjnego zrezygnowało odpowiednio 11 436 i 10 760 osób, a jego termin zmieniło odpowiednio 8947 i 8952 osób. Obowiązujące przepisy nie przewidują sankcji za nieusprawiedliwione niestawiennictwo w ośrodku rehabilitacyjnym. Zakład podjął działania w celu ich zmiany, tak żeby pacjenci, którzy bez wystarczającego uzasadnienia nie stawiają się w ośrodkach rehabilitacyjnych, ponosili tego konsekwencje.

W 2018 roku na rehabilitację leczniczą zaplanowano ponad 216 mln zł, a wydatkowano nieco ponad 201 mln zł, z kolei w 2019 r. na ten cel zaplanowano ponad 224 mln zł i wydatkowano 204 mln 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 proc. niż w 2018 r.

Największe wydatki zostały poniesione na profil schorzeń narządu ruchu w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym oraz schorzeń układu krążenia w systemie stacjonarnym. 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 289 zł (dotyczyła profilu w schorzeniach ośrodkowego układu nerwowego).

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 (ich liczba zwiększyła się z 81 906 do 90 275), natomiast w coraz mniejszym stopniu osoby wymagające rehabilitacji identyfikowane były przez lekarzy orzeczników. Wynikało to m.in. ze znacznego skrócenia czasu na wydawanie orzeczeń (lekarz ma obowiązek wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy w formie elektronicznej, a system przypomina mu o możliwości skierowania pacjenta na rehabilitację w przypadkach, gdy czasowa niezdolność do pracy jest orzekana z powodu schorzeń będących w programie prewencyjnym ZUS) oraz zmniejszenia liczby wniosków o świadczenia.

Kluczowym problemem dla sprawnej i terminowej obsługi orzeczeń jest pogarszająca się w ZUS sytuacja kadrowa. Z ustaleń kontroli wynika, że w stosunku do potrzeb jest za mało lekarzy orzeczników oraz lekarzy orzeczników – członków komisji lekarskich, a ich liczba z roku na rok spada. ZUS, mimo podejmowanych działań, nie zdołał rozwiązać tego problemu.

A jaka jest skuteczność rehabilitacji leczniczej ZUS? 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 ocenie NIK, poziom skuteczności 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.

Wnioski**do ministra właściwego do spraw pracy o:**

- wprowadzenie 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;
- umożliwienie ZUS formułowania – w konkursach ofert na usługi rehabilitacyjne w ramach prewencji rentowej – innych niż cena punktowanych kryteriów oceny ofert.

do prezesa ZUS o:

- podjęcie działań w celu skrócenia średniego okresu oczekiwania na rehabilitację leczniczą od złożenia wniosku o rehabilitację do jej rozpoczęcia;
- 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);
- uwzględnianie w ocenie skuteczności wyników rehabilitacji leczniczej osiągniętych w ośrodkach rehabilitacyjnych;
- zawieranie w Informacji o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS oceny podsumowującej skuteczność rehabilitacji leczniczej, w aspekcie odzyskania zdolności do pracy;
- 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;
- podjęcie działań na rzecz zidentyfikowania i wyeliminowania przyczyn niskiej skuteczności rehabilitacji leczniczej osób pobierających renty z tytułu czasowej niezdolności do pracy;
- wprowadzenie i stosowanie jednoznacznych zasad i kryteriów naliczania kar umownych, w przypadku niewywiązywania się ośrodków rehabilitacyjnych z warunków umowy;
- przeprowadzanie postępowań kontrolnych w ośrodkach rehabilitacyjnych zgodnie z zasadami określonymi w Polityce zarządzania rehabilitacją;
- kierowanie zaleceń pokontrolnych do ośrodków rehabilitacyjnych zgodnie z zasadami określonymi w Polityce zarządzania rehabilitacją;
- wyeliminowanie przypadków orzekania przez lekarzy orzeczników, pomimo nieukończenia przez nich szkolenia;
- 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;
- kontynuowanie działań na rzecz osiągnięcia i utrzymania odpowiedniego poziomu zatrudnienia lekarzy orzeczników i lekarzy orzeczników – członków komisji lekarskich.

Źródło: NIK