Mariusz Wieczorek

Prawne problemy prewencji rentowej

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 29, 61-79

2007

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

Mariusz Wieczorek*

PRAWNE PROBLEMY PREWENCJI RENTOWEJ

Ewolucja i znaczenie pojęcia „prewencja rentowa" w prawie ubezpieczeniowym

Prewencja rentowa, jako jedno z zadań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ma, w porównaniu do tradycyjnych funkcji ubezpieczenia społecznego realizowanych przez Zakład, stosunkowo krótką historię. Analiza aktów prawnych regulujących ubezpieczenia społeczne pozwala na uznanie, że za źródło prewencji rentowej w obecnym rozumieniu należy uznać art. 11 ust. 1 pkt. 6 ustawy z 25 listopada 1986r. o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych[1]. Przepis ten, w pierwotnym brzmieniu, przewidywał jedynie ogólnikowo, że do zakresu działania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należy inicjowanie działalności zmierzającej do zapobiegania zachorowaniom, inwalidztwu i wypadkom. Istotne dookreślenie tego kierunku działania ZUS nastąpiło w drodze zmiany ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych ustawą z 15 lutego 1989r.[2] Wraz z wejściem w życie tej ustawy[3] ZUS mógł inicjować oraz finansowo bądź w innej formie wspierać:

1) działalność zmierzającą do zapobiegania zachorowaniom, inwalidztwu i wypadkom oraz działalność dotyczącą rehabilitacji zawodowej, w szczególności w zakresie:
   a) edukacji zdrowotnej,
   b) rozwijania ośrodków rehabilitacji zawodowej,
   c) szkolenia inwalidów oraz tworzenia dla nich miejsc pracy,
   d) rozwijania produkcji protez, przedmiotów ortopedycznych i sprzętu rehabilitacyjnego,
   e) badań i analiz przyczyn inwalidztwa, a zwłaszcza z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych,
2) rozwój sieci domów-pensjonatów dla emerytów i rencistów.

---

* dr, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Św.

[1] Dz. U. Nr 42, poz. 202, dalej jako „ustawa organizacyjna".

[2] Dz. U. Nr 6 poz. 35.

[3] Tzn. od 21 lutego 1989 roku.

Termin „prewencja rentowa" został wprowadzony do polskiego prawa ubezpieczeniowego ustawą z 22 czerwca 1995 roku[4]. Zmieniony tą ustawą art. 11 ust. 2 ustawy organizacyjnej przewidywał, że do zakresu działania Zakładu należało prowadzenie prewencji rentowej, a w szczególności:

1) orzekanie o potrzebie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonych pobierających przez dłuższy okres świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy i zagrożonych stałą lub długoterminową niezdolnością do pracy,
2) kierowanie osób, o których mowa powyżej, na rehabilitację leczniczą oraz pokrywanie części kosztów tej rehabilitacji,
3) prowadzenie we własnym zakresie badań i analiz przyczyn inwalidztwa, w szczególności z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, oraz inicjowanie i wspieranie finansowo lub w innej formie badań naukowych dotyczących tej problematyki,
4) współdziałanie z organami i instytucjami właściwymi do spraw prewencji rentowej, rehabilitacji leczniczej i zawodowej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych,
5) wspieranie finansowo lub w innej formie działań mogących przyczynić się do zmniejszenia wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy."

W aktualnym stanie prawnym pojęcie i zakres prewencji rentowej określa art. 69 ust. 1 ustawy z 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych[5]. Zgodnie z przywołanym przepisem realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych prewencja rentowa obejmuje:

1) rehabilitację leczniczą ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy[6],
2) badanie i analizy przyczyn niezdolności do pracy,
3) inne działania prewencyjne.

[4] Ustawa z 22 czerwca 1995 roku o zmianie ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych oraz zmianie niektórych innych ustaw; Dz. U. Nr 85, poz. 426.
[5] Tj. Dz. U. Z 2007r., Nr 11, poz. 74 ze zm.; dalej jako ustawa systemowa.
[6] W brzmieniu ustalonym ustawą z 1 lipca 2005r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw; Dz. U. Nr 150, poz. 1248.

W zakresie tak definiowanej prewencji rentowej ZUS:

1) kieruje ubezpieczonych i osoby zagrożone niezdolnością do pracy oraz osoby pobierające rentę okresową, do ośrodków rehabilitacyjnych,
2) może tworzyć i prowadzić własne ośrodki rehabilitacyjne,
3) udziela zamówień na usługi rehabilitacyjne w innych ośrodkach,
4) prowadzi we własnym zakresie badania i analizy przyczyn niezdolności do pracy,
5) może zamawiać przeprowadzanie przez inne podmioty badań naukowych dotyczących przyczyn niezdolności do pracy oraz metod i rozwiązań zapobiegających niezdolności do pracy,
6) może finansować inne działania dotyczące prewencji rentowej.

Prewencja rentowa w prawie ubezpieczenia społecznego oznacza zatem wszelkie działania zmierzające do zapobiegania powstawaniu ryzyk, których skutki są chronione przez rentę z tytułu niezdolności do pracy oraz zasiłek chorobowy i świadczenie rehabilitacyjne.

Z przedstawionej powyżej ewolucji prawnej regulacji pojęcia i zakresu prewencji rentowej wynika, że w porównaniu do lakonicznie sformułowanego w ustawie organizacyjnej zobowiązania ZUS-u do inicjowania działalności zmierzającej do zapobiegania powstawania ryzyk ubezpieczeniowych, w aktualnym stanie prawnym zostały jasno określone działania Zakładu w omawianej dziedzinie.

Do tradycyjnych ryzyk ubezpieczenia społecznego[7] zalicza się m.in. chorobę[8], jako warunek nabycia prawa do zasiłku chorobowego, niezdolność do pracy (dawniej inwalidztwo)[9], jako przesłankę prawa do renty, wypadek przy pracy[10] - warunek prawa do świadczeń z ubezpieczenia wypadkowego.

---

[7] Por. np. W. Szubert, *Ubezpieczenie społeczne. Zarys systemu*, Warszawa 1987, s. 87 i nast.

[8] A ściślej rzecz ujmując skutki choroby w sferze zdolności zarobkowych ubezpieczonego.

[9] W niniejszym opracowaniu „inwalidztwo" będzie stosowane zamiennie z pojęciem „niezdolność do pracy". Obydwa terminy oznaczać będą ryzyko ubezpieczeniowe, które stanowi przesłankę nabycia prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy wypłacanej z ubezpieczenia rentowego.

[10] Do wypadku przy pracy, jako ryzyka ubezpieczeniowego, mają odpowiednie zastosowanie uwagi dotyczące treści ryzyka w ubezpieczeniu chorobowym. Wypadek przy pracy jako taki nie stanowi ryzyka ubezpieczeniowego. Jest nim skutek tego zdarzenia: naruszenie sprawności organizmu ubezpieczonego.

Wyłączenie z zakresu pojęciowego prewencji rentowej działań polegających na zapobieganiu wypadkom przy pracy jest konsekwencją przyjęcia przez ustawodawcę podziału ubezpieczenia społecznego na: ubezpieczenie emerytalne, rentowe, wypadkowe i chorobowe[11]. Niejednakowe są również tytuły objęcia poszczególnymi rodzajami ubezpieczenia, co przekłada się na zróżnicowanie podmiotowego zasięgu ubezpieczenia.

Cechą charakterystyczną ubezpieczenia społecznego jest finansowanie wypłacanych z niego świadczeń ze składek płaconych przez ubezpieczonych i płatników na poszczególne rodzaje ubezpieczenia. Pozostawienie w definicji prewencji rentowej zadania zapobiegania wypadkom przy pracy skutkowałoby obciążeniem funduszu rentowego finansowaniem zadań mieszczących się w ubezpieczeniu wypadkowym[12] i z tego powodu zasługuje na aprobatę.

Warto dodać, że prewencja wypadkowa ma inną treść niż rentowa. Prewencja wypadkowa, zgodnie z art. 37 ust. 2 ustawy wypadkowej, jest to działalność związana z zapobieganiem wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym, a w szczególności:

1) analiza przyczyn i skutków wypadków przy pracy, a zwłaszcza wypadków śmiertelnych, ciężkich i zbiorowych, oraz chorób zawodowych;
2) upowszechnianie wiedzy o zagrożeniach powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe oraz sposobach przeciwdziałania tym zagrożeniom;
3) prowadzenie prac naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe.

Podmiotowy zakres prewencji rentowej

Podmiotowy zakres prewencji rentowej to krąg osób uprawnionych do skorzystania ze świadczeń realizowanych przez instytucje ubezpieczeniowe realizujące prewencję. Zgodnie z art. 69 ust. 1 pkt 1 ustawy systemowej prewencja rentowa – poprzez rehabilitację leczniczą – jest prowadzona wobec ubezpieczonych zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do

[11] Por. art. 1 ustawy systemowej.

[12] Zob. ustawa z 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, Dz. U. Nr 199, poz. 1673 ze zm; dalej jako „ustawa wypadkowa".

ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

Dla ustalenia kręgu osób uprawnionych do rehabilitacji leczniczej kluczowa jest odpowiedź na pytanie, jakie znaczenie ma termin „ubezpieczony". Mniej istotne jest znaczenie terminów - „uprawniony do zasiłku" oraz „osób pobierających rentę okresową"- gdyż w świetle obowiązujących przepisów nie można nabyć prawa do tych świadczeń, nie podlegając ubezpieczeniom- czyli nie będąc „ubezpieczonym".

Ustawa systemowa za „ubezpieczonego" uznaje osoby fizyczne, podlegające chociaż jednemu z rodzajów ubezpieczenia określonego w art. 1 ustawy systemowej[13]. Ustawa wypadkowa, w art. 2 pkt. 11, definiuje ubezpieczonego jako osobę fizyczną podlegającą ubezpieczeniu wypadkowemu. Zakres znaczeniowy pojęcia „ubezpieczony" z ustawy systemowej obejmuje zatem ogół osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu i jest szerszy od definicji ubezpieczonego zawartej w ustawie wypadkowej. Zgodnie z regułami wykładni przepisów prawa należy zatem uznać, że z rehabilitacji leczniczej mogą skorzystać ubezpieczeni bez względu na rodzaj ubezpieczenia, któremu podlegają. Wniosek ten wypływa również z art. 1 ust. 1 ustawy z 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa[14]. Stanowi on, że świadczenia określone ustawą przysługują osobom objętym ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych.

W literaturze przedmiotu[15] wyrażony został zresztą analogiczny do zaprezentowanego w niniejszym opracowaniu pogląd, ale oparty na innej podstawie. Wniosek o prawie do rehabilitacji leczniczej osób podlegających ubezpieczeniu rentowego został wyprowadzony z twierdzenia, że osoba podlegająca ubezpieczeniu rentowemu zawsze podlega ubezpieczeniu wypadkowemu. Opłacając zaś składki na ubezpieczenie rentowe i przyczyniając się tym samym do tworzenia funduszu rentowego, nabywa ona prawo do finansowanej z tego funduszu rehabilitacji leczniczej. Stwierdzenie, że osoba podlegająca ubezpieczeniu rentowemu zawsze podlega ubezpieczeniu wypadkowemu jest nieprawdziwe. Ustawa systemowa dopuszcza bowiem możliwość ubezpieczenia dobrowolnego (art. 8) i kontynuacji ubezpieczenia (art. 10).

---

[13] Zob. art. 4 ust. 1 ustawy systemowej.

[14] Dz. U. Nr 60. poz. 636 ze zm.

[15] Por. H. Pławucka, *Świadczenia rzeczowe z ubezpieczenia rentowego i wypadkowego* (w:) *Problemy ubezpieczeń społecznych*, Wrocław 2004, s. 95 i nast.

W obydwu przypadkach chodzi o ubezpieczenie emerytalno-rentowe. Przepisy ubezpieczeniowe nie przewidują natomiast możliwości ubezpieczenia wypadkowego.

Nie można jednak postawić znaku równości pomiędzy ubezpieczonym a uprawnionym do rehabilitacji leczniczej.

Afiliacja do systemu ubezpieczenia społecznego jest warunkiem *sine qua non* skorzystania z prewencji rentowej, ale nie jest warunkiem jedynym. Podmiotowy krąg osób uprawnionych ograniczony jest do tych spośród ubezpieczonych, którzy:

1. są zagrożeni całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy,
2. pobierają rentę okresową,
3. są uprawnieni do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego.

Tryb stwierdzania zagrożenia niezdolnością do pracy (inwalidztwa) zostanie przedstawiony w dalszej części niniejszego opracowania, w tym miejscu zaś - dla rozważań dotyczących ustalenia podmiotowego zakresu rehabilitacji leczniczej – należy ustalić, czy „renta okresowa" z art. 69 ust. pkt. 1 ustawy systemowej musi byś rozumiana jako renta z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia rentowego, z ubezpieczenia wypadkowego czy też obejmuje obydwa wymienione świadczenia. Moim zdaniem właściwa jest ostatnia z przedstawionych możliwości interpretacyjnych. Wniosek uzasadnia zaprezentowane powyżej szerokie rozumienie pojęcia „ubezpieczony". Zakładając, że wolą ustawodawcy było objęcie prewencją rentową ogółu ubezpieczonych, bez względu na rodzaj ubezpieczenia jakiemu podlegają, to ograniczenia rehabilitacji leczniczej do osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia rentowego byłoby sprzeczne z regułami logiki.

Kończąc uwagi nt. podmiotowego zakresu prewencji rentowej warto zwrócić uwagę na brak spójnej koncepcji rozwoju tej instytucji. W szczególności ostatnia zmiana art. 69 ust. 1 pkt. 1 dokonana w 2005 roku wydaje się być nieprzygotowana i dokonana dość „przypadkowo". Zmiana ta – sprowadzająca się do objęcia prewencją leczniczą także osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego – mająca w gruncie rzeczy bardzo poważne konsekwencje finansowe, była dokonana niejako przy zmianie przepisów ubezpieczeniowych, polegających na wprowadzeniu preferencji w opłacaniu składek ubezpieczeniowych dla niektórych osób podejmujących pozarolniczą działalność gospodarczą.

Charakterystyczne, że istotne poszerzenie podmiotowego zakresu prewencji leczniczej zostało pominięte w rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o zmianie innych ustaw [16]. Stosowny przepis został wprowadzony do projektu ustawy dopiero w toku prac w Komisji Polityki Społecznej i Rodziny[17].

Tryb kierowania na rehabilitację leczniczą

Tryb kierowania ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą określa rozporządzenie Rady Ministrów z 21 października 2001r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne[18]. Uprawnionym do wydawania opinii o celowości skierowania na rehabilitację leczniczą jest lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu o potrzebie rehabilitacji leczniczej stanowi podstawę do skierowania przez Zakład na rehabilitację leczniczą ubezpieczonego albo rencisty. Skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego sporządza komórka prewencji, rehabilitacji i świadczeń rzeczowych oddziału ZUS. Rozporządzenie przewiduje zasadniczo dwa tryby kierowania na rehabilitację leczniczą. Kryterium ich rozróżnienia jest ustalenie z czyjej inicjatywy dochodzi do wydania skierowania.

W pierwszym trybie lekarz orzecznik Zakładu orzeka o potrzebie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego oraz rencisty, na wniosek lekarz prowadzącego leczenie. Rozpatrzenia wniosku o skierowanie na rehabilitację leczniczą dokonuje terenowa jednostka organizacyjna Zakładu właściwa ze względu na miejsce zamieszkania zainteresowanego. Lekarz orzecznik nie jest jednak związany wnioskiem lekarza leczącego. W razie wątpliwości co do zasadności wniosku może zażądać od lekarza, który sporządził wniosek o rehabilitację leczniczą, udostępnienia dokumentacji medycznej ubezpieczonego oraz rencisty, którego wniosek dotyczy, lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie.

---

[16] Druk sejmowy nr 3684; www. orka.sejm.gov.pl/Druki4ka.nsf/wgdruku/3684.

[17] Patrz sprawozdanie z przebiegu prac Komisji: www.orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/wgskrnr/PSR-253.

[18] Dz. U. Nr 131, poz. 1457; w dalszej części opracowania jako „rozporządzenie w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą".

Niezależnie od wyniku ustaleń dokonanych przez orzecznika, właściwa w sprawie jednostka organizacyjna Zakładu zawiadamia na piśmie ubezpieczonego oraz rencistę.

Drugi tryb kierowania na rehabilitację leczniczą jest realizowany, jeżeli lekarz orzecznik z własnej inicjatywy wyda stosowne skierowanie. Możliwość taką ma przede wszystkim w razie prowadzonego przed organem rentowym postępowania o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Odmianami tego trybu są również sytuacje, w których lekarz orzecznik ma możliwość bezpośredniego zbadania stanu zdrowia ubezpieczonego. Potrzebę skierowania ubezpieczonego na rehabilitację leczniczą lekarz orzecznik powinien wziąć pod uwagę w następujących przypadkach:

1) w razie wykonywania kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby,
2) wystawiania zaświadczeń lekarskich,
3) orzekania o przedłużeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego
4) orzekania o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego.

Zgodnie z poczynionymi powyżej uwagami, wydanie skierowania na rehabilitację leczniczą może dotyczyć osób niezdolnych do pracy oraz osób nią zagrożonych. W świetle znowelizowanej treści art. 69 ust. 1 pkt. 1 ustawy systemowej należy stwierdzić, że w omawianym zakresie występuje luka w prawie. Precyzyjnie określony w rozporządzeniu krąg osób kierowanych na rehabilitację leczniczą nie obejmuje osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego. *De lege ferenda* konieczna jest zmiana rozporządzenia poprzez rozszerzenie zakresu adresatów, wobec których może zostać orzeczona konieczność przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej.

Z punktu widzenia skuteczności prewencji rentowej, szczególnie doniosłe jest wczesne stwierdzenie potrzeby przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej, czyli skierowanie na rehabilitację leczniczą osób czynnych zawodowo, które nie korzystają ze świadczeń z tytułu niezdolności do pracy. Z tego powodu niezmiernie ważną rolę w systemie kierowania na rehabilitację leczniczą odgrywa lekarz prowadzący leczenie.

W tym miejscu warto zastanowić się nad odpowiedzią na pytanie, czy lekarz przeprowadzający okresowe badanie lekarskie w trybie art. 229 § 2 kodeksu pracy[19], jest lekarzem prowadzącym leczenie. Celem przeprowadzania wstępnych i okresowych badań lekarskich jest ustalenie, czy w przypadku danego pracownika nie występują przeciwwskazania do zajmowania określonego stanowiska. W razie stwierdzenia takich przeciwwskazań, lekarz przeprowadzający badanie wyda orzeczenie o niezdolności do pracy na danym stanowisku.
Tym samym lekarz ten może stwierdzić, że ze względu na stan zdrowia organizmu wskazane byłoby poddanie badanego rehabilitacji leczniczej. W moim przekonaniu nie można zawężać rozumienia pojęcia leczenie do wdrożonej przez lekarza konkretnej terapii. Proces leczenia należy w tym kontekście rozumieć w sensie szerokim i obejmować jego zakresem również badania prowadzone przez lekarza przed zaordynowaniem odpowiedniego procesu leczenia farmakologicznego czy innego rodzaju.

Zgodnie z § 4 rozporządzenia w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą lekarz orzecznik Zakładu wydaje orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego albo rencisty, którzy rokują odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu tej rehabilitacji. Oznacza to, że uznając celowość skierowania na rehabilitację lekarz orzecznik musi ocenić, że rehabilitacja ma duże szanse na przywrócenie ubezpieczonemu pełnej sprawności.

Przy ocenie rokowań co do celowości rehabilitacji lekarz orzecznik Zakładu bierze pod uwagę w szczególności:

1) charakter i przebieg procesów chorobowych oraz ich wpływ na stan czynnościowy organizmu,
2) stopień przystosowania organizmu do ubytków anatomicznych, kalectwa, skutków choroby,
3) wiek, zawód, wykonywane czynności i warunki pracy.

Zwrot „w szczególności" oznacza, że lekarz przy ocenie celowości poddania badanego rehabilitacji, może wziąć pod uwagę również inne kryteria np. stan psychiczny i samopoczucie badanego. Dla ustalenia potrzeby rehabilitacji szczególnie doniosłe znaczenie mają wskazówki wymienione powyżej w pkt. 3. Mają one charakter *stricte* subiektywny i są całkowicie zindywidualizowane.

[19] Tj. Dz. U. z 1998r., Nr 21, poz. 94. ze zm.

Ich wprowadzenie zdaje się mieć na celu ograniczenie zakresu rehabilitacji leczniczej dla osób, które ze względu na wiek nawet po skutecznie przeprowadzonej rehabilitacji wkrótce opuszczą rynek pracy i przejdą na emeryturę. Rozwiązanie to, chociaż dla osób w podeszłym wieku bolesne, zasługuje na akceptację ze względów społecznych. Z punktu widzenia społeczeństwa bardziej korzystne jest „uratowanie" zdolności do pracy osoby młodej, która przez własną pracę i płacone składki będzie przyczyniać się do powiększania dochodów funduszu ubezpieczeniowego, niż osoby w wieku przedemerytalnym, której perspektywa aktywności zawodowej jest bardzo krótka. Oczywiście w najbardziej pożądanym społecznie modelu rehabilitacji leczniczej byłoby zapewnienie jej wszystkim ubezpieczonym, bez względu na wiek.

Analiza poświęcona trybowi kierowania na rehabilitację leczniczą wymaga jeszcze odpowiedzi na pytanie o charakter prawny prewencji rentowej w postaci świadczenia rehabilitacji leczniczej. W literaturze przedmiotu dokonuje się klasyfikacji realizowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych świadczeń na pieniężne i rzeczowe[20]. Do tych drugich należą więc: pomoc lekarska, zaopatrzenie w środki ortopedyczne, leczenie szpitalne i sanatoryjne itd. W tym miejscu warto się jednak zastanowić, czy określanie rehabilitacji leczniczej mianem świadczenia rzeczowego jest uzasadnione. W ogólnej nauce zobowiązań przez świadczenie rozumie się: „zachowanie się dłużnika zgodnie z treścią zobowiązania"[21]. Świadczeniem z ubezpieczenia społecznego jest zaś dobro (korzyść) przysługujące osobie ubezpieczonej z tytułu zabezpieczenia jej bytu w określonych sytuacjach życiowych[22]. Ubezpieczony jest stroną stosunku ubezpieczenia społecznego, w którym zobowiązany jest przede wszystkim do płacenia składki. Drugą stroną tego stosunku jest ubezpieczający zobowiązany do zachowań, których przedmiotem są świadczenia z ubezpieczenia społecznego. Cechą charakterystyczną świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego jest ich roszczeniowość.

---

[20] J. Łazowski, *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Warszawa 1948, s. 202.
Por. też: W. Szubert, op. cit. s. 143, H. Pławucka, op. cit. s. 89.

[21] W. Czachórski, *Zobowiązania. Zarys wykładu*, Warszawa 1994r., s. 51.

[22] T. Zieliński, *Ubezpieczenia społeczne pracowników. Zarys systemu prawnego – część ogólna*, Warszawa-Kraków 1994, s. 188.

Oznacza to, że uprawniony do świadczenia np. osoba, która osiągnęła wiek emerytalny i spełnia pozostałe warunki nabycia prawa do emerytury będzie mogła domagać się przed sądem przymusowego spełnienia przez ubezpieczającego tego świadczenia (tutaj emerytury). Odpowiedź na pytanie: czy rehabilitacja lecznicza jest świadczeniem w zaprezentowanym powyżej rozumieniu, jest równocześnie odpowiedzią na pytanie, czy sprawy związane ze skierowaniem na rehabilitację leczniczą w ramach działań prewencyjnych ZUS podlegają kontroli sądowej. Sąd Apelacyjny w Warszawie w postanowieniu z 27 maja 2002r[23]. uznał, że sprawy te nie podlegają kontroli sądowej. Postanowienie zostało wydane w sprawie, wszczętej na wniosek ubezpieczonego domagającego się skierowania go na rehabilitację leczniczą, która została mu odmówiona. Dla dalszych rozważań należy podkreślić, że odwołanie do sądu może zostać wniesione od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Art. 83 ust.1 ustawy systemowej określa sytuacje w których ZUS wydaje decyzje. Sąd Apelacyjny uznał, że zawarty tam katalog nie zawiera świadczenia w postaci rehabilitacji leczniczej.

Odmienny pogląd został wyrażony w literaturze przedmiotu[24]. Bez wątpienia katalog zawarty w art. 83 ust. 1 ustawy systemowej ma charakter otwarty. Ustawodawca określając sprawy, w których są wydawane decyzje nie dokonał kazuistycznego wymienienia poszczególnych spraw, ale posłużył się elastyczną formułą „Zakład wydaje decyzje w zakresie spraw dotyczących w szczególności ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych" (art. 83 ust. pkt 4). W związku z tym wydaje się, że kierowanie ubezpieczonych do ośrodków rehabilitacyjnych może i powinno być oceniane jako „sprawa indywidualna". Skierowanie bądź odmowa skierowania na rehabilitację leczniczą powinna mieć zatem formę decyzji. Należy jednak skonstatować, że niestety, praktyka Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w tej dziedzinie jest jednak odmienna.

Mając powyższe na uwadze uzasadniona jest teza, że określanie prewencji leczniczej mianem „świadczenia" jest konsekwencją takiego jej zdefiniowania w art. 69 ustawy systemowej. Oddaje również prawny charakter tego obowiązku Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

[23] III AUz 186/02, OSA nr 11, poz. 40 z 2002r.

[24] W glosie do omawianego postanowienia: J. Wantoch – Rekowski, OSA z 2003r. nr 4, poz. 80.

ZUS posługując się w praktyce terminem świadczenie rzeczowe na określanie rehabilitacji leczniczej, czyni to wyłącznie konwencjonalnie, nie dostrzegając prawnych aspektów takiego działania. Przytoczone powyżej postanowienie Sądu Apelacyjnego w Warszawie legitymuje niestety, w pewnym stopniu, nieodpowiednią praktykę Zakładu.

Zasady kontraktowania usług rehabilitacyjnych

1. Postępowanie konkursowe

Podstawą świadczenia przez ośrodki rehabilitacyjne nie będące własnością ZUS usług leczniczych w ramach prewencji rentowej są stosowane umowy z wyłonionymi w drodze konkursu ofert ośrodkami. Postępowanie konkursowe prowadzone jest z uwzględnieniem zasady jawności. Ogłoszenie o konkursie ofert na świadczenie rehabilitacji leczniczej Zakład zamieszcza w dwóch dziennikach o zasięgu ogólnopolskim oraz na stronie internetowej Zakładu. Ogłoszenie powinno zawierać: nazwę i adres jednostki organizacyjnej Zakładu przeprowadzającej konkurs ofert, przedmiot konkursu ofert, w tym liczbę miejsc i turnusów w danym profilu usług rehabilitacyjnych, wskazanie miejsca i terminu składania i otwarcia ofert, informację o możliwości zwrócenia się oferenta do Zakładu o wyjaśnienie treści postanowień zawartych w ogłoszeniu oraz o możliwości otrzymania materiałów dotyczących konkursu ofert oraz informację o prawie do przesunięcia terminu składania ofert.

Ofertę, w imieniu oferenta podpisują osoby upoważnione do składania w jego imieniu oświadczeń oferenta. Chociaż przepisy rozporządzenia w sprawie trybu kierowania na rehabilitację leczniczą *expressis verbis* nie stanowią, że chodzi o podpis osoby upoważnionej do składanie oświadczeń woli w imieniu oferenta, to jest oczywiste, że oferta podpisana przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń wiedzy nie może być przedmiotem prac komisji przeprowadzającej konkurs. Oferta o świadczenie usług rehabilitacji leczniczej jest ofertą w rozumieniu kodeksu cywilnego i wyraża wolę ośrodka rehabilitacyjnego zawarcia stosownej umowy. Dlatego też oferta podpisana przez nieupoważnioną osobę w imieniu ubiegającego się o kontrakt ośrodka rehabilitacyjnego musi być traktowana jako prawnie nie istniejąca.

Ofertę składa się, pod rygorem odrzucenia, w zamkniętej kopercie na udostępnionym formularzu w miejscu i w czasie określonym w ogłoszeniu.

Konkurs przeprowadza komisja konkursowa, powoływana przez. Zakład w składzie co najmniej 5 członków – w tym przewodniczącego. Rozporządzenie w sprawie kierowania na rehabilitację przewiduje, że członkiem komisji konkursowej nie może być osoba, która:

1) jest oferentem, jego przedstawicielem lub pełnomocnikiem albo członkiem organu osoby prawnej występującej jako oferent,
2) pozostaje z osobą, o której mowa powyżej:
   a) w związku małżeńskim,
   b) w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej albo w linii bocznej do drugiego stopnia, przysposobienia, opieki lub kurateli,
   c) w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności, lub w takim stosunku pozostaje jej małżonek.

Przepisy regulujące skład osobowy komisji konkursowej zapewniają obiektywizm tego etapu postępowania. Uregulowana w § 12 ust. 4 rozporządzenia w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą instytucja wyłączenia członka komisji, jest zauważalnie wzorowana na instytucji wyłączenia pracownika organu administracji publicznej od udziału w postępowaniu[25]. Wyłączenie członka komisji ma zabezpieczyć przy wyborze oferty interesy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, czyli doprowadzić do podpisania umowy o świadczenie usług rehabilitacyjnych z ośrodkiem, który zaproponował obiektywnie najlepsze dla Zakładu warunki. Okoliczności uzasadniające wyłączenie z kręgu potencjalnych członków komisji mogą istnieć przed powołaniem danej osoby do jej składu albo powstać po ukonstytuowaniu się komisji. Powołaniu w skład komisji wyłączonych osób zapobiega wymóg złożenia przez członków komisji konkursowej przed otwarciem konkursu oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich przesłanki wyłączenia z prac komisji. W razie powstania pomiędzy członkiem komisji a oferentem więzi uzasadniającej wyłączenie członka komisji w trakcie jej prac, o wyłączeniu dotychczasowego i powołaniu nowego decyduje Zakład z urzędu lub na wniosek członka komisji konkursowej lub oferenta. Rozporządzenie w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą nie wprowadza szczególnego trybu wyłączenia przewodniczącego komisji w razie zaistnienia okoliczności uzasadniających wyłączenie.

[25] Por. art. 24 kodeksu postępowania administracyjnego: tj. Dz. U. z 2000r. Nr 98, poz. 1071.

Podlega on o wyłączaniu na zasadach ogólnych. Udział w postępowaniu konkursowym osoby podlegającej wyłączeniu wypełnia warunki unieważnienia przetargu z § 16 ust. 1 pkt. 3 rozporządzenia w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą. Zgodnie z tym przepisem Zakład unieważnia konkurs ofert, jeżeli w postępowaniu komisji konkursowej stwierdzono naruszenie prawa, mogące mieć wpływ na wynik postępowania. Do unieważnienia konkursu na tej podstawie dochodzi, jeśli spełnione są łącznie dwa warunki. Pierwszy z nich to naruszenie prawa, którym jest udział w komisji osoby podlegającej wyłączeniu. Interpretacja drugiego warunku wymaga odpowiedzi na pytanie, czy w razie wyboru przez „wadliwą" komisję oferty obiektywnie dla Zakładu najlepszej, musi dojść do unieważnienia konkursu. Odpowiedź na to pytanie, musi być, w świetle treści § 16 ust. 1 pkt 3 pozytywna. Przepis ten przewiduje unieważnienie konkursu w razie powstania samej tylko możliwości wypaczenia przez naruszenie prawa wyniku postępowania konkursowego.

Do zadań komisji konkursowych należy przede wszystkim wybór jednej lub większej liczby ofert, jeżeli jest to niezbędne dla zrealizowania zamówienia. Komisja może jednak odrzucić wszystkie oferty, jeżeli nie będą one spełniać wymogów określonych w zamówieniu. W pracach komisji można wyodrębnić kilka etapów. Na pierwszym z nich komisja stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz liczbę otrzymanych ofert oraz ewentualnie odrzuca oferty, które wpłynęły po terminie.

W drugiej fazie postępowania konkursowego przed komisją następuje otwarcie kopert z ofertami i ich ocena pod względem formalnym. Oferty nie spełniające wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie trybu kierowania na rehabilitację leczniczą, podlegają odrzuceniu. Przepisy nie przewidują możliwości odesłania ofert do uzupełnienia. Na tym etapie postępowania konkursowego ma miejsce ocena przedłożonych komisji ofert. Przy ocenie ofert komisja konkursowa kieruje się następującymi kryteriami:

1) wysokością stawki kosztu jednego dnia pobytu ubezpieczonego albo rencisty w ośrodku rehabilitacyjnym (ceną pobytu),
2) wymaganiami opracowanymi dla ośrodków rehabilitacyjnych świadczących usługi rehabilitacyjne o danym profilu, tj:
   - lokalizacją ośrodka rehabilitacyjnego,
   - bazą hotelową oraz standardami wyżywienia,
   - kadrą lekarsko-pielęgniarską i specjalistyczną,
   - wyposażeniem w aparaturę leczniczą i diagnostyczną.

Komisja dokonuje wyboru najkorzystniejszych ofert spośród tych, które spełniły wymagania dla ośrodków rehabilitacyjnych. Zgodnie z zasadą jawności postępowania, oferty te umieszcza się na liście w kolejności od najniższej do najwyższej ceny. Wybór może być dokonywany do wyczerpania przedmiotu zamówienia. W przypadku gdy ostatnie miejsce przed wyczerpaniem przedmiotu zamówienia zajmują dwie lub więcej ofert o tej samej cenie - wybór ośrodka rehabilitacyjnego jest dokonywany przy uwzględnieniu dodatkowych kryteriów przyjętych przez komisję konkursową, aż do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację przedmiotu zamówienia.

Komisja konkursowa prowadzi swoje prace zgodnie z zasadą pisemności. Sporządza protokół przebiegu konkursu ofert, który zawiera w szczególności oznaczenie miejsca i czasu rozpoczęcia oraz zakończenia konkursu ofert, imiona i nazwiska członków komisji konkursowej, liczbę zgłoszonych ofert, wykaz ofert odpowiadających warunkom określonym w zamówieniu oraz wykaz ofert nie odpowiadających zamówieniu wraz z uzasadnieniem. Ponadto w protokole powinien znaleźć się wykaz wybranych ofert najkorzystniejszych dla Zakładu, wzmianka o odczytaniu protokołu, podpisy członków komisji konkursowej. Prace komisji kończy pisemne zawiadomienie oferentów o rozstrzygnięciu konkursu i jego wyniku. Z tą chwilą komisja konkursowa rozwiązuje się.

Rozporządzenie w sprawie trybu kierowania na rehabilitację leczniczą określa procedurę weryfikacji wyników postępowania przed komisją konkursową. Zgodnie z § 15 ust, 2 rozporządzenia, oferent może złożyć do Zakładu w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wyniku konkursu, umotywowany pisemny protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu. Prawo do zgłoszenia protestu nie przysługuje oferentom w przypadku unieważnienia konkursu. Protest musi zostać złożony przez oferenta osobiście lub przesłany w formie przesyłki kurierskiej za zwrotnym poświadczeniem odbioru. Wniesienie protestu w inne formie, np. listem poleconym ze zwrotnym poświadczeniem odbioru, skutkuje pozostawieniem protestu bez rozpoznania. Zgodnie z § 15 ust 2 właściwym do rozpatrzenia protestu i jego rozstrzygnięcia jest Zakład, który powinien wywiązać się z tego obowiązku w ciągu 7 dni od daty otrzymania protestu. Chociaż rozporządzenie nie określa, jaka jednostka organizacyjna jest właściwa do rozpatrzenia protestu, to oczywistym wydaje się, że jest nią ta, która ogłosiła konkurs. W razie wniesienia protestu na Zakładzie ciąży jeszcze jeden obowiązek.

Powinien on niezwłocznie, o wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu poinformować w formie pisemnej wszystkich oferentów (§ 15 ust. 5). Moim zdaniem obowiązek informacyjny Zakładu dotyczy zarówno wniesienia protestu, jak i powiadomienia o wyniku rozstrzygnięcia. Niezwłoczne poinformowanie oferentów o złożeniu protestu powinno nastąpić w terminie poprzedzającym jego rozstrzygnięcie.

Zakład rozstrzygając protest może:

1. pozostawić protest bez rozpoznania, jeżeli został złożony po terminie albo w wadliwej formie,
2. unieważnić konkurs ofert,
3. odrzucić protest, jeżeli jest bezzasadny.

Instytucja oprotestowania wyniku konkursu ofert ma na celu merytoryczne i formalne zweryfikowanie rozstrzygnięcia komisji. Koniecznym warunkiem wdrożenia tej procedury weryfikacyjnej jest jednak impuls, w postaci protestu, od jednego z uczestników konkursu. Przepisy określają jeszcze jeden mechanizm gwarantujący przestrzeganie przepisów prawa w postępowaniu konkursowym. Jest to możliwość unieważnienia, z inicjatywy Zakładu, konkursu ofert. Zakład unieważnia konkurs ofert, jeżeli w postępowaniu komisji konkursowej stwierdzono naruszenie prawa, mogące mieć wpływ na wynik postępowania (§ 16 ust. 1 pkt. 3 rozporządzenia). Powyżej został opisany przypadek wypełniający warunki unieważnienia przetargu na podstawie tego przepisu, w razie wadliwego składu komisji konkursowej. Innymi przypadkami naruszenia prawa w postępowaniu komisji mogą być np. przyjęcie oferty nie spełniającej wymogów formalnych czy nieuwzględnienie przy wyborze oferty określonych w rozporządzeniu kryteriów (por. wyżej). Unieważnienie konkursu w omawianym trybie może być również reakcją na ujawnienie praktyk korupcyjnych w postępowaniu konkursowym, polegających np. na ujawnieniu przez członka komisji w zamian za korzyść majątkową warunków ofert zaproponowanych przez ośrodki rehabilitacyjne biorące udział w postępowaniu. Warto w tym miejscu dodać, że weryfikacja prawidłowości postępowania konkursowego, której rezultatem może być jego unieważnienie może zostać zainicjowana poprzez wniesienie protestu albo przez Zakład z urzędu.

Niezależnie od unieważnienia konkursu we wskazanych powyżej okolicznościach, Zakład może unieważnić konkurs, jeżeli nie wpłynęła żadna oferta oraz w przypadku, gdy wszystkie oferty zostały odrzucone. Niezależnie od podstaw unieważnienia konkursu, Zakład zawiadamia o tym pisemnie oferentów biorących w nim udział.

Zgodnie z § 17 Zakład ogłasza niezwłocznie nowy konkurs ofert w przypadku uwzględnienia protestu oferenta albo wskutek odrzucenia wszystkich ofert. Nie nakazuje jednak ponownego ogłoszenia konkursu w razie unieważnienia konkursu z własnej inicjatywy Zakładu. Z analizy poświęconej § 16 ust. 1 pkt. 3 nie wynika, że unieważnienie konkursu na podstawie tego przepisu musi nastąpić wskutek jego oprotestowania. Co więcej, sposób sformułowania przywołanego przepisu: „Zakład unieważnia konkurs ofert (...)" wynika, że Zakład z urzędu unieważnia konkurs, jeżeli naruszenie prawa w postępowaniu przed komisją może mieć wpływ na wynik postępowania. Nie można uznać, że jeśli Zakład poweźmie informację o nieprawidłowościach w postępowaniu przed komisją (np. oczywisty przypadek skorumpowania członka komisji), a nie zostanie wniesiony protest, to nie może on unieważnić konkursu. Logicznym następstwem unieważnienia konkursu ofert powinno być niezwłoczne ogłoszenie nowego, tak jak dzieje się w razie unieważnienia konkursu wskutek uwzględnienia protestu oferenta. *De lege ferenda* § 17 powinien zawierać nakaz ogłoszenia nowego konkursu ofert w razie unieważnienia konkursu w okolicznościach określonych w § 16 ust. 1 pkt. 3. Zaproponowana regulacja zlikwidowałaby stwierdzoną powyżej lukę w prawie.

2. Umowa o świadczenie usług rehabilitacyjnych

Prawidłowo i skutecznie przeprowadzone postępowanie kończy się zawarciem między Zakładem a ośrodkiem rehabilitacyjnym umowy o świadczenie usług w ramach prewencji rentowej. Umowa ta ma charakter cywilnoprawny i w zakresie nieuregulowanym przepisami rozporządzenia stosuje się do niej wprost przepisy Kodeksu cywilnego. Zawiera się ją nie później niż w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia powiadomienia oferentów o wyniku konkursu, jednakże nie wcześniej niż po upływie terminu do składania protestów, a w przypadku złożenia protestu - nie wcześniej niż po jego rozstrzygnięciu. W treści omawianej umowy powinny znaleźć się postanowienia o zobowiązaniu się ośrodka do zwrotu ubezpieczonym oraz rencistom kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego 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 rehabilitacyjnego do poddania się kontroli Zakładu, w zakresie świadczonych usług rehabilitacyjnych oraz klauzulę o możliwościach jej rozwiązania.

Ponadto w swej treści umowa o świadczenie usług rehabilitacyjnych może regulować kwestie dotyczące zaliczek i terminów ich przekazywania przez Zakład oraz zasad i terminów ich rozliczania przez ośrodek rehabilitacyjny.

Maksymalny okres na jaki może zostać zawarta umowa o prowadzenie usług rehabilitacyjnych wynosi 3 lata. *Essentialia negotii* umowy o świadczenie usług rehabilitacyjnych, takie jak: zwiększanie lub zmniejszanie ilości miejsc i turnusów w danym profilu, mogą być zmienione aneksem do tej umowy tylko w przypadku konieczności przeprowadzenia remontu ośrodka rehabilitacyjnego lub z ważnych przyczyn leżących po stronie zamawiającego (§ 18 ust. 4 rozporządzenia). Ograniczenie to zabezpiecza interesy Zakładu, gwarantując – co do zasady - realizację umowy w uzgodnionym zakresie.

Przepisy rozporządzenia w sprawie trybu kierowania na rehabilitację leczniczą określają dwa tryby jej rozwiązania umowy o świadczenie usług rehabilitacyjnych: niezwłoczny (bez wypowiedzenia), w przypadku zdarzeń spowodowanych siłą wyższą lub niedotrzymaniem warunków umowy oraz z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Prawo do rozwiązania umowy o świadczenie usług rehabilitacyjnych z zachowaniem, jak i bez zachowania okresu wypowiedzenia przysługuje obydwu jej stronom. Niezależnie od tego umowa rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta.

Podsumowanie

Rehabilitacja lecznicza jest jedną z form zabezpieczenia społecznego niepełnosprawności. Jej celem jest przywrócenie społeczeństwu – zawodowe i społeczne – osób niepełnosprawnych poprzez zlikwidowanie zagrożenia trwałej utraty zdolności do pracy. W polskim systemie zabezpieczenia społecznego rehabilitacja lecznicza odgrywa stosunkowo niewielką rolę. Skala środków zaangażowanych w jej realizację w porównaniu do ogółu wydatków ponoszonych na zabezpieczenie i zaopatrzenie społeczne, jest niewielka. Stosunkowo nieliczna jest w ogólnej liczbie niepełnosprawnych grupa osób poddanych rehabilitacji. Sama jednak rozwijana w przepisach ubezpieczeniowych idea prewencji rentowej, coraz szerszy jej zakres podmiotowy, należy ocenić pozytywnie.

Dane o efektywności rehabilitacji leczniczej w ostatnich latach pokazują, jak bardzo „opłacalne" są wszelkie wydatki na prewencję rentową.

Na rehabilitacji rentowej korzystają nie tylko bezpośredni zainteresowani – czyli poddani jej ubezpieczeni– ale także ogół społeczeństwa, które nie musi ponosić kosztów związanych z finansowanie kosztownych rent z tytułu niezdolności do pracy.

Na szczególnie wysoką ocenę zasługuje nie tylko przedmiotowe rozszerzanie rehabilitacji leczniczej na nowe schorzenia, ale również zastosowanie rehabilitacji ambulatoryjnej. Uważam, że właśnie na ten kierunek rozwoju prewencji rentowej powinien zostać w przyszłości położony silny nacisk. Prowadzona dotychczas tylko w miastach wojewódzkich rehabilitacja ambulatoryjna może być z sukcesem realizowana również w mniejszych miastach. W ostatnich latach szczególnie widoczne jest w nich powstawanie i rozwój ośrodków oferujących zabiegi rehabilitacyjne. Jestem przekonany, że rehabilitacja ambulatoryjna jest w stanie konkurować ze stacjonarną jakością świadczonych zabiegów. Lokalne ośrodki rehabilitacyjne, działając w warunkach wolnej konkurencji, są zmuszone nie tylko do oferowania atrakcyjnych cenowo zabiegów, ale i stawiają na profesjonalizm zatrudnionych w nich specjalistów oraz ciągłe inwestowanie w nowoczesną bazę sprzętową. Rehabilitacja ambulatoryjna, prowadzona możliwe blisko miejsca zamieszkania ubezpieczonego, pozwala na zmniejszenie związanych z nią kosztów. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie ponosi w takiej sytuacji kosztów opłaty miejscowej i kosztów dojazdu ubezpieczonego.

Podsumowując powyższe rozważania, należy uznać, mimo wskazanych w opracowaniu pewnych błędów legislacyjnych, że prewencja rentowa w postaci rehabilitacji leczniczej podnosi jakość systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce.