

Rehabilitacja lecznicza w KRUS

31 lipca 2013 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 19 lipca 2013 r. w sprawie warunków i trybu kierowania przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne (Dz. U. z 2013 r. poz. 860), które zastąpiło dotychczasową regulację w tym zakresie, a mianowicie rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 7 kwietnia 2005 r. pod tym samym tytułem.

Rozporządzenie określa: wskazania do rehabilitacji leczniczej i ocenę jej potrzeby, warunki i tryb kierowania na rehabilitację przez KRUS do zakładów rehabilitacji leczniczej, warunki i tryb zwrotu kosztów przejazdu do tych zakładów, a także warunki i tryb przeprowadzania konkursu oraz zawierania umowy o świadczenia i usługi rehabilitacyjne z zakładami rehabilitacji innymi niż ośrodki KRUS.

Generalne warunki i tryb kierowania na rehabilitację leczniczą przez KRUS nie uległy zmianie w stosunku do zasad dotychczasowych. Zniesiony został jedynie jeden warunek wykluczający dotychczasową możliwość skorzystania przez rolnika lub domownika z rehabilitacji leczniczej, finansowanej przez KRUS, a mianowicie warunek ukończenia przez kobietę 60 lat, a przez mężczyznę 65 lat, który to wiek do końca 2012 r. był ustawowym wiekiem emerytalnym dla kobiet i mężczyzn.

Na rehabilitację leczniczą KRUS kieruje osobę (rolnika lub domownika) uznaną za okresowo całkowicie niezdolną do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokującą odzyskanie zdolności do pracy w wyniku leczenia i rehabilitacji oraz osobę, która jest zagrożona całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym, jeżeli:

- podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy, albo
- podlega ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu na wniosek w pełnym zakresie nieprzerwanie co najmniej przez 18 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację leczniczą, albo
- ma ustalone prawo do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy i zachowała zdolność do samodzielnej egzystencji.

Jeżeli osoba ubezpieczona jest zagrożona całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym wskutek wypadku przy pracy rolniczej, wymieniony wyżej 18 miesięczny okres karencji nie jest wymagany.

Podstawę do skierowania na rehabilitację leczniczą stanowi prawomocne orzeczenie lekarza rzeczoznawcy lub komisji lekarskiej KRUS, wydane w postępowaniu orzeczniczym dla ustalenia prawa do świadczenia z ubezpieczenia społecznego rolników. O skierowanie na rehabilitację można się także ubiegać na podstawie wniosku lekarza leczącego, którego wzór został określony w załączniku do rozporządzenia. Wniosek składa się w oddziale regionalnym lub placówce terenowej KRUS, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie na rehabilitację.

Wnioski o rehabilitację leczniczą podlegają merytorycznej weryfikacji i ocenie lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego KRUS. Podstawę do skierowania na rehabilitację stanowi pozytywna ocena tego lekarza.

Ponownie na rehabilitację mogą być skierowane osoba zagrożone całkowitą niezdolnością do pracy po 12 miesiącach od poprzedniej rehabilitacji, a po 6 miesiącach osoba, które ma prawo do przedłużonego (ponad 180 dni) zasiłku chorobowego lub do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy. W przypadkach uzasadnionych procesem prowadzonego leczenia terminy te mogą być skrócone.

Zgodnie z rozporządzeniem na rehabilitację leczniczą ze wskazań zdrowotnych KRUS może skierować również dziecko ubezpieczonego rolnika lub domownika, które jest w wieku uprawniającym do renty rodzinnej (nie ukończyło 16 roku życia). Rodzic ubiegający się o skierowanie dziecka na rehabilitację leczniczą, finansowaną przez KRUS, jeżeli nie podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy, musi legitymować się odpowiednio długim okresem nieprzerwanego ubezpieczenia na wniosek (wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego albo emerytalno-rentowego), nawet jeżeli jest rencistą. Dla rencisty wymagany jest okres co najmniej 12 miesięcy, a dla pozostałych osób co najmniej 18 miesięcy, czyli analogicznie jak w przypadku wnioskowania o własną rehabilitację.

Jeżeli dziecko kierowane na rehabilitację leczniczą wymaga opieki ze względu na wiek lub stan zdrowia pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej KRUS zapewnia także jego opiekunowi prawnemu (rodzicowi). Pobyt ten jest odpłatny, chyba że rodzic dziecka został także zakwalifikowany do odbycia rehabilitacji leczniczej w tym samym zakładzie.

Osobie skierowanej na rehabilitację leczniczą przez KRUS przysługuje zwrot kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania do zakładu rehabilitacji. Zwrot kosztów

tego przejazdu dokonuje zakład rehabilitacji w formie gotówkowej na pisemny wniosek osoby skierowanej po przyjeździe do tego zakładu i przedstawieniu biletów lub rachunków za przejazd najtańszym środkiem komunikacji zbiorowej. W przypadku gdy skierowany nie przedstawi biletów lub rachunków za przejazd, zwrotu kosztów przejazdu dokonuje się na podstawie oświadczenia o liczbie przebytych kilometrów z miejsca zamieszkania do zakładu według taryf przewozowych dla najtańszego środka transportu zbiorowego na danej trasie.

Podstawowy okres trwania rehabilitacji leczniczej finansowanej przez KRUS wynosi 21 dni. Okres ten może być przedłużony lub skrócony w zależności od potrzeb zdrowotnych i terapeutycznych oraz rokowania przywrócenia zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

Rozporządzenie określa także warunki i tryb przeprowadzenia konkursu ofert przez Prezesa KRUS na usługi rehabilitacyjne w innych zakładach rehabilitacji niż ośrodki własne KRUS, a mianowicie określa co powinno zawierać ogłoszenie o konkursie, oferta konkursowa, sposób powoływania komisji konkursowej i tryb jej pracy oraz jakie postanowienia zawierać ma umowa z wybranym w trybie konkursu zakładem rehabilitacji. Prezes KRUS korzysta z tego mechanizmu w sytuacjach, gdy własne centra rehabilitacji KRUS, nie są w stanie obsłużyć beneficjentów KRUS.