

projekt

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ROLNICTWA I ROZWOJU WSI¹⁾**

z dnia 2013 r.

**w sprawie warunków i trybu kierowania przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia
Społecznego na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia
i usługi rehabilitacyjne**

Na podstawie art. 64 ust. 3 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2008 r. Nr 50, poz. 291, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wskazania do rehabilitacji leczniczej oraz ocenę jej potrzeby;
- 2) warunki i tryb kwalifikacji wniosku o rehabilitację leczniczą, za pośrednictwem jednostek organizacyjnych Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zwanej dalej „Kasą”;
- 3) sposób zwrotu kosztów przejazdu osób kierowanych na rehabilitację leczniczą;
- 4) warunki i tryb przeprowadzania konkursu oraz zawierania umowy o świadczenia i usługi rehabilitacyjne, zwanej dalej „umową”, z zakładami rehabilitacji leczniczej które nie zostały utworzone przez Prezesa Kasy.

¹⁾ Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi kieruje działem administracji rządowej – rozwój wsi, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi (Dz. U. Nr 248, poz. 1486).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 67, poz. 411, Nr 70, poz. 416, Nr 180, poz. 1112, Nr 227, poz. 1505, Nr 228, poz. 1507, Nr 237, poz. 1654 i Nr 237, poz. 1656, z 2009 r. Nr 69, poz. 595, Nr 79, poz. 667 i Nr 97, poz. 800, z 2011 r. Nr 106, poz. 622, Nr 149, poz. 887, Nr 232, poz. 1378 i Nr 233, poz. 1382 oraz z 2012 r. poz. 637, 1342 i 1529.

§ 2. 1. Rehabilitacja lecznicza realizowana za pośrednictwem Kasy jest rzeczowym świadczeniem zdrowotnym służącym zachowaniu, poprawie lub przywróceniu zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, udzielanym przez zakłady rehabilitacji leczniczej.

2. Podstawowy okres trwania rehabilitacji leczniczej wynosi 21 dni.

3. Okres trwania rehabilitacji leczniczej może być przedłużony lub skrócony w zależności od potrzeb zdrowotnych i terapeutycznych oraz rokowania przywrócenia zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

§ 3. Na rehabilitację leczniczą kieruje się osobę:

- 1) uznaną okresowo za całkowicie niezdolną do pracy w gospodarstwie rolnym, która rokuje odzyskanie zdolności do pracy w gospodarstwie w wyniku leczenia i rehabilitacji, albo
- 2) zagrożoną całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym, albo
- 3) o której mowa w § 9 – ze wskazań zdrowotnych.

§ 4. 1. Na rehabilitację leczniczą kieruje się osobę, o której mowa w § 3 pkt 1 i 2, jeżeli:

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

2. Okres, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, nie jest wymagany w przypadku osoby ubezpieczonej zagrożonej całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym wskutek wypadku przy pracy rolniczej.

§ 5. Podstawę do skierowania osoby, o której mowa w § 4, na rehabilitację leczniczą stanowi prawomocne orzeczenie lekarza rzeczoznawcy Kasy lub orzeczenie komisji lekarskiej Kasy, wydane tej osobie w postępowaniu orzeczniczym dla ustalenia prawa do świadczenia z ubezpieczenia społecznego rolników, zawierające wskazania do rehabilitacji leczniczej.

§ 6. 1. Osoba, o której mowa w § 4, może ubiegać się o skierowanie na rehabilitację leczniczą także na podstawie wniosku, sporządzonego przez lekarza prowadzącego leczenie, którego wzór określa załącznik do rozporządzenia.

2. Wniosek składa się w oddziale regionalnym lub placówce terenowej Kasy, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania ubiegającego się o skierowanie na rehabilitację leczniczą.

3. Wniosek osoby spełniającej warunki określone w § 4 podlega merytorycznej weryfikacji przez lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy, który ocenia potrzebę i celowość skierowania na rehabilitację leczniczą.

4. Podstawę do skierowania na rehabilitację leczniczą osoby, o której mowa w § 4, stanowi pozytywna ocena lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy.

§ 7. Pierwszeństwo w skierowaniu na rehabilitację leczniczą ma osoba, dla której potrzeba rehabilitacji jest uzasadniona następstwem wypadku przy pracy rolniczej.

§ 8. 1. Osoba zagrożona całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym może być skierowana na rehabilitację leczniczą ponownie po 18 miesiącach od dnia zakończenia poprzedniej rehabilitacji.

2. Na rehabilitację leczniczą można skierować ponownie, po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia poprzedniej rehabilitacji, osobę, która:

1) ma ustalone prawo do zasiłku chorobowego z tytułu czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 180 dni;

2) ma ustalone prawo do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy.

3. Na rehabilitację leczniczą można skierować przed upływem terminów, o których mowa w ust. 1 i 2, w przypadkach uzasadnionych potrzebami prowadzonego leczenia.

§ 9. 1. Na rehabilitację leczniczą może być skierowane także dziecko osoby:

1) o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 i 2, oraz

2) ma ustalone prawo do renty, o której mowa w art. 18 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, zwanej dalej „ustawą”, jeżeli osoba ta podlega:

a) ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu lub

b) ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu.

– nieprzerwanie co najmniej 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację leczniczą dla dziecka.

2. Na rehabilitację leczniczą może być skierowane dziecko, o którym mowa w art. 29 ust. 2 ustawy, jeżeli jest w wieku uprawniającym do renty rodzinnej.

3. W sprawach skierowania dziecka na rehabilitację leczniczą stosuje się odpowiednio § 6 i 8 ust. 1.

§ 10. 1. Jeżeli na rehabilitację leczniczą jest kierowane dziecko wymagające opieki ze względu na wiek lub stan zdrowia, pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej zapewnia się również opiekunowi prawnemu tego dziecka.

2. O pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej opiekuna prawnego dziecka wraz z dzieckiem wnioskuje lekarz, który sporządził wniosek o rehabilitację leczniczą dla dziecka.

3. Opiekun prawny dziecka ponosi odpłatność za pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej według stawki za rehabilitację pomniejszoną o koszty leczenia w tym zakładzie, chyba że również został zakwalifikowany do odbycia rehabilitacji leczniczej w tym samym zakładzie rehabilitacji leczniczej, w trybie określonym w § 5 lub 6.

§ 11. 1. Kasa ponosi całkowite koszty rehabilitacji leczniczej osoby skierowanej na rehabilitację leczniczą w tym koszty zakwaterowania i wyżywienia a także koszt przejazdu tych osób do zakładu rehabilitacji leczniczej.

2. Zwrot kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania do zakładu rehabilitacji leczniczej przysługuje osobie skierowanej na rehabilitację leczniczą po przybyciu do zakładu wskazanego w skierowaniu do odbycia rehabilitacji leczniczej.

3. Zwrotu kosztów przejazdu dokonuje zakład rehabilitacji leczniczej na podstawie pisemnego wniosku osoby skierowanej na rehabilitację leczniczą zawierającego oświadczenie o posiadaniu albo nieposiadaniu uprawnień do ulgowych przejazdów transportem zbiorowym i przedstawieniu biletów lub rachunków za przejazd.

4. Zakład zwraca osobie skierowanej poniesione koszty dojazdu w wysokości odpowiadającej cenie biletu najtańszego dostępnego środka transportu zbiorowego, z uwzględnieniem przysługującej ulgi na przejazd danym środkiem transportu, bez względu na to, z jakiego tytułu ulga ta przysługuje.

5. W przypadku gdy między miejscem zamieszkania osoby skierowanej na rehabilitację leczniczą a zakładem rehabilitacji leczniczej nie ma zbiorowej komunikacji kolejowej lub autobusowej, wysokość zwrotu kosztów przejazdu ustala się w wysokości odpowiadającej cenie biletu najtańszego dostępnego środka transportu zbiorowego, na podstawie oświadczenia o liczbie przebytych kilometrów.

6. Jeżeli przedstawienie biletów lub rachunków jest niemożliwe, zwrot kosztów przejazdu następuje na podstawie złożonego oświadczenia o liczbie przebytych kilometrów według taryf przewozowych dla najtańszego środka transportu zbiorowego na danej trasie.

7. Zwrot kosztów przejazdu następuje w formie gotówkowej po przedstawieniu wniosku, o którym mowa w ust. 3, najpóźniej w przedostatnim dniu pobytu w zakładzie rehabilitacji leczniczej.

§ 12. Na rehabilitację leczniczą kieruje się do zakładów rehabilitacji leczniczej, utworzonych przez Prezesa Kasy oraz do innych zakładów rehabilitacji leczniczej, z którymi Prezes Kasy zawarł umowę po przeprowadzeniu konkursu ofert na świadczenia i usługi rehabilitacyjne, zwanym dalej „konkursem ofert”.

§ 13. O konkursie ofert Prezes Kasy zawiadamia w ogłoszeniu w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim oraz na stronie internetowej Kasy.

§ 14. 1. W ogłoszeniu o konkursie ofert zamieszcza się w szczególności:

- 1) nazwę i adres siedziby Centrali Kasy;
- 2) szacunkową liczbę osób, których będzie dotyczyć udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych;
- 3) okres na jaki umowa zostanie zawarta;
- 4) miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi;
- 5) miejsce i termin składania ofert;
- 6) termin związania ofertą – nie dłuższy niż 45 dni od upływu terminu składania ofert;
- 7) miejsce i termin otwarcia ofert;
- 8) zastrzeżenie o prawie do odwołania lub unieważnienia konkursu ofert;
- 9) informację o obowiązku dołączenia do oferty:
 - a) aktualnego odpisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

- b) kopii polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego, że oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności,
 - c) oświadczenia o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia;
- 10) informację o możliwości przesunięcia terminu składania ofert;
 - 11) informację o możliwości składania protestów dotyczących konkursu ofert;
 - 12) termin rozstrzygnięcia konkursu ofert.

2. Materiały informacyjne, o których mowa w ust. 1 pkt 4, zawierają:

- 1) dodatkowe informacje o przedmiocie zawarcia umowy;
- 2) formularz zgłoszeniowy;
- 3) wskazania i bezwzględne przeciwwskazania medyczne do odbycia rehabilitacji leczniczej;
- 4) projekt umowy;
- 5) informację o obowiązku złożenia oferty na udostępnionym formularzu;
- 6) informacje określające wymagania dla zakładów rehabilitacji leczniczej, dotyczące:
 - a) lokalizacji zakładu rehabilitacji leczniczej,
 - b) bazy hotelowej oraz standardów wyżywienia,
 - c) kadry medycznej i specjalistycznej,
 - d) wyposażenia w aparaturę leczniczą i diagnostyczną.

§ 15. 1. Oferta na prowadzenie rehabilitacji leczniczej zawiera:

- 1) nazwę i adres siedziby oferenta;
- 2) opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności;
- 3) liczbę i kwalifikacje lekarzy oraz pozostałego personelu medycznego świadczącego usługi rehabilitacyjne;
- 4) proponowaną cenę jednego dnia pobytu z uwzględnieniem kosztów leczenia, wyżywienia i zakwaterowania;
- 5) proponowany okres i zakres realizacji zamówienia;
- 6) podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta.

2. Oferty składa się w formie pisemnej, w zamkniętej kopercie, w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu.

§ 16. 1. Konkurs ofert przeprowadza komisja konkursowa powołana przez Prezesa Kasy w składzie co najmniej 3 osób, z których jedną wyznacza na przewodniczącego.

2. 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 w pkt 1:
 - 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.

3. Członkowie komisji konkursowej po otwarciu ofert składają oświadczenie, że nie zachodzą wobec nich przesłanki określone w ust. 2.

4. Wyłączenia członka komisji konkursowej i powołania nowego dokonuje Prezes Kasy z urzędu, na wniosek członka komisji konkursowej lub oferenta.

§ 17. 1. Prezes Kasy unieważnia konkurs ofert, jeżeli postępowanie konkursowe nie zostanie zakończone wybraniem najkorzystniejszej oferty lub ofert a następnie przeprowadza nowy konkurs ofert.

2. W przypadku gdy do konkursu ofert zgłosił się tylko jeden oferent, Prezes Kasy może przyjąć jego ofertę, jeżeli komisja konkursowa stwierdzi, iż spełnia ona warunki wymagane dla prawidłowej realizacji zamówienia.

§ 18. 1. Komisja konkursowa dokonuje otwarcia ofert nie później niż w terminie 14 dni od zakończenia terminu określonego dla ich złożenia.

2. Komisja konkursowa, przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert, dokonuje następujących czynności:

- 1) stwierdza liczbę złożonych ofert;
- 2) otwiera koperty z ofertami;
- 3) ustala, które z ofert odpowiadają warunkom określonym w § 15;
- 4) odrzuca oferty, które nie odpowiadają warunkom określonym w § 15;
- 5) przyjmuje do protokołu ewentualne wyjaśnienia zgłoszone przez oferentów;
- 6) wybiera najkorzystniejszą ofertę lub oferty albo nie wybiera żadnej.

§ 19. Z przebiegu konkursu ofert sporządza się protokół, który zawiera w szczególności:

- 1) oznaczenie miejsca i termin konkursu ofert;
- 2) imiona i nazwiska członków komisji konkursowej;
- 3) liczbę złożonych ofert;
- 4) wskazanie ofert, które odpowiadają warunkom określonym w § 15;
- 5) wskazanie ofert, które nie odpowiadają warunkom określonym w § 15;
- 6) wskazanie najkorzystniejszej oferty lub ofert albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została wybrana, wraz z uzasadnieniem;
- 7) ewentualne odrębne stanowisko członka komisji konkursowej;
- 8) podpisy członków komisji konkursowej.

§ 20. 1. Komisja konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych w pełnym składzie.

2. O zakończeniu i wynikach konkursu ofert komisja konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów na piśmie.

3. Komisja konkursowa ulega rozwiązaniu z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

§ 21. 1. Oferent w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w § 20 ust. 2, może złożyć do Prezesa Kasy umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu.

2. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy.

3. Wniesienie protestu wstrzymuje zawarcie umowy.

4. Prezes Kasy rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.

5. O wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu Prezes Kasy informuje na piśmie pozostałych oferentów.

6. W przypadku uwzględnienia protestu Prezes Kasy ponownie ogłasza konkurs ofert.

7. Protest nie przysługuje w przypadku oddalenia wszystkich ofert lub unieważnienia postępowania konkursowego.

§ 22. 1. Z oferentem wybranym przez komisję konkursową Prezes Kasy zawiera umowę w terminie 30 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

2. Umowa nie może być zawarta na okres dłuższy niż rok.

§ 23. 1. Umowa zawiera w szczególności:

- 1) oznaczenie stron umowy;
- 2) określenie liczby miejsc dla prowadzenia rehabilitacji leczniczej;
- 3) określenie zakresu świadczeń na rzecz osób skierowanych;
- 4) określenie okresu, na który została zawarta umowa;
- 5) wysokość ceny jednego dnia pobytu z uwzględnieniem kosztów leczenia, wyżywienia i zakwaterowania;
- 6) sposób i termin rozliczeń pomiędzy podmiotem prowadzącym zakład rehabilitacji leczniczej a Prezesem Kasy;
- 7) zobowiązanie zakładu rehabilitacji leczniczej do zwrotu kosztów przejazdu do zakładu, o których mowa w § 11 ust. 2, osobom skierowanym oraz ich rozliczenia z Prezesem Kasy;
- 8) zobowiązanie zakładu rehabilitacji leczniczej do przekazania jednostkom organizacyjnym Kasy w określonym terminie informacji o przebiegu i wynikach rehabilitacji leczniczej;
- 9) przyjęcie przez zakład rehabilitacji leczniczej obowiązku poddania się kontroli Prezesa Kasy w zakresie wykonywanej umowy;
- 10) okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy.

2. Umowa zawarta z zakładem rehabilitacji leczniczej może zawierać postanowienia dotyczące zaliczek i terminów ich przekazywania przez Prezesa Kasy oraz sposobu i terminów ich rozliczania przez zakład.

3. Wszelkie zmiany w umowie mogą być dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 24. Traci moc rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 7 kwietnia 2005 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. Nr 74, poz. 657).

§ 25. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**Minister Rolnictwa
i Rozwoju Wsi**

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

WNIOSEK O SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ LECZNICZĄ

I. Dane osobowe:

Nazwisko i imię.....PESEL.....

Adres zamieszkania
(ulica- nr domu i mieszkania) (kod pocztowy) (miejscowość)

Dotyczy dzieci

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka PESEL

Rodzaj szkoły, klasa

II. Wywiad (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

.....
.....
.....

III. Badanie przedmiotowe: waga wzrost RR / tętno / min.

Skóra i węzły chłonne obwodowe

Układ oddechowy z oceną wydolności

.....

Układ krążenia z oceną wydolności wg NYHA:

.....

Układ trawienny:

.....

Układ moczowo – płciowy z oceną wydolności nerek:

.....

.....

Układ ruchu:

.....

Zdolność do samoobsługi: TAK NIE

Ocena sprawności ruchowej:

Samodzielnie poruszający się poruszający się przy pomocy

określić rodzaj niezbędnej pomocy

Układ nerwowy, narządy zmysłu:

.....

Rozpoznanie: Choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia wniosku w języku polskim wg ICD – 10

--	--	--

www.inforlex.pl

.....
 Choroby współistniejące wg ICD – 10

 wg ICD – 10

IV. Aktualne wyniki badań - laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych (w przypadku leczenia poszpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala)

OB. morfologia krwi
 Badanie moczu
 RTG klatki piersiowej

 EKG
 Inne

V. Uzasadnienie celowości przeprowadzenia rehabilitacji (czy istnieje rokowanie zapobieżenia powstania niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyskania zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym)

.....

.....
 Miejscowość i data podpis i czytelna pieczęć lekarza z numerem pi - wykonywania zawodu

VI. Weryfikacja lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy:

Rehabilitacja lecznicza po raz
 Opinia inspektora o celowości odbycia rehabilitacji (wskazania, przeciwwskazania, rokowanie co do zapobieżenia powstania niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub odzyskania zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym):

VII. Kwalifikacja lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy:

Skierowanie do ze skróceniem / bez skrócenia okresu karencji*

Uzasadnienie:

.....
 Miejscowość i data podpis i czytelna pieczęć lekarza inspektora

*niepotrzebnie skreślić

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego, zawartego w art. 64 ust. 3 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, który został zmieniony ustawą z dnia 11 maja 2012 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U z 2012 r. poz. 637) podwyższającej ustawowy wiek emerytalny także osobom podlegającym ubezpieczeniu społecznemu rolników. W tym przepisie znowelizowane zostały wytyczne do wydania przez ministra właściwego do spraw rozwoju wsi rozporządzenia, określającego warunki i tryb kierowania na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). Zgodnie z tymi wytycznymi wiek osoby ubiegającej się o rehabilitację leczniczą nie może być warunkiem determinującym skierowanie na rehabilitację leczniczą, finansowaną przez KRUS. Dotychczas bowiem osiągnięcie przez rolnika wieku emerytalnego (kobietę 60 lat, a mężczyznę 65 lat) wykluczało z możliwości skorzystania z tej rehabilitacji nawet wtedy, gdy rolnik lub domownik nadal był czynny zawodowo (podlegał ubezpieczeniu społecznemu rolników).

W związku z podwyższeniem wieku emerytalnego w wyniku ww. nowelizacji ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, stosowane przez KRUS, na podstawie dotychczasowego rozporządzenia regulującego kwestię kierowania na rehabilitację, ograniczenia wiekowego przy rozpatrywaniu wniosków rolników i domowników, czynnych zawodowo lub pobierających renty rolnicze okresowe, o skierowanie na rehabilitację leczniczą przez KRUS, byłoby przejawem dyskryminacji ze względu na wiek. Zaistniała więc konieczność zmiany rozporządzenia w celu wyeliminowania dotychczasowych dyskryminujących przepisów w tym zakresie. Obecnie obowiązujące rozporządzenie o kierowaniu na rehabilitację przez KRUS wydane zostało w 2005 r. przez Ministra Polityki Społecznej, który w tym czasie był ministrem właściwym w sprawach ubezpieczenia społecznego rolników i nadzoru nad KRUS. Nie można więc zmienić przedmiotowych przepisów w drodze nowelizacji obecnego rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 7 kwietnia 2005 r. w sprawie warunków i trybu kierowania przez KRUS na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne (Dz. U. Nr 74. poz. 657) i konieczne jest wydanie nowego rozporządzenia przez Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi, który jest obecnie właściwy w sprawach ubezpieczenia społecznego rolników.

Projektowane rozporządzenie określa: wskazania do rehabilitacji leczniczej, ocenę jej potrzeby, warunki i tryb kierowania na rehabilitację przez KRUS, warunki i tryb kwalifikacji wniosku, warunki i tryb zwrotu kosztów przejazdu osób kierowanych oraz warunki i tryb przeprowadzania konkursu oraz zawierania umowy o świadczenia i usługi rehabilitacyjne z zakładami rehabilitacji innymi niż ośrodki KRUS.

Projektowane rozporządzenie określa, zgodnie z dyspozycją ustawową, że rehabilitacja lecznicza, realizowana za pośrednictwem KRUS, jest rzeczowym świadczeniem zdrowotnym służącym zachowaniu, poprawie lub przywróceniu zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, udzielanym przez zakłady rehabilitacji leczniczej.

Na rehabilitację leczniczą, której podstawowy okres trwania wynosi 21, dni kieruje się osobę ubezpieczoną, która została uznana okresowo za całkowicie niezdolną do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokuje odzyskanie zdolności do pracy w wyniku leczenia i rehabilitacji, tj. ma ustalone prawo do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy i zachowała zdolność do samodzielnej egzystencji oraz osobę która jest zagrożona całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym.

Osoba ubezpieczona może być skierowana na rehabilitację, jeżeli podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy, lub na wniosek ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu w pełnym zakresie nieprzerwanie co najmniej od 18 miesięcy.

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 określa załącznik do projektowanego rozporządzenia.

Wnioski o rehabilitację leczniczą podlegają merytorycznej weryfikacji i ocenie lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego.

Pierwszeństwo w skierowaniu na rehabilitację leczniczą mają wyłącznie osoby zagrożone całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym wskutek wypadku przy pracy rolniczej.

Ponownie na rehabilitację mogą być skierowane osoby zagrożone całkowitą niezdolnością do pracy po 18 miesiącach od poprzedniej rehabilitacji, a po 6 miesiącach osoby, które mają 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 projektowanym rozporządzeniem na rehabilitację leczniczą ze wskazań zdrowotnych KRUS może skierować również dziecko ubezpieczonego rolnika lub domownika, będącego w wieku uprawniającym do renty rodzinnej.

Całkowite koszty rehabilitacji leczniczej osoby skierowanej, łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz koszty dojazdu do zakładu rehabilitacji leczniczej ponosi KRUS. Projekt określa zasady zwrotu kosztów przejazdu do zakładu rehabilitacji w przypadku, gdy skierowany nie przedstawi biletów lub rachunków za przejazd. Wtedy zwrot nastąpi na podstawie oświadczenia o liczbie przebytych kilometrów z miejsca zamieszkania do zakładu według taryf przewozowych dla najtańszego środka transportu zbiorowego na danej trasie. Zwrot kosztów przejazdu do zakładu rehabilitacji wypłacany jest w formie gotówkowej przez zakład.

Projektowane rozporządzenie określa także zasady przeprowadzenia konkursu ofert na usługi rehabilitacyjne w innych zakładach rehabilitacji niż ośrodki KRUS. W § 14-24 sprecyzowano co powinno zawierać ogłoszenie o konkursie, oferta konkursowa, jakie są zasady powoływania komisji konkursowej i tryb jej pracy oraz jakie postanowienia zawierać ma umowa z wybranym w trybie konkursu zakładem rehabilitacji.

Problematyka regulowana przez rozporządzenie nie jest objęta przepisami prawa Unii Europejskiej.

Projektowane rozporządzenie nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym jego projekt nie podlega notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Ponadto projekt zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

Projekt rozporządzenia został zamieszczony w Wykazie prac legislacyjnych Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowane rozporządzenie

Rozwiązania zawarte w projektowanym rozporządzeniu dotyczą:

- 1) Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 2) osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników oraz uprawnionych do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy;
- 3) zakładów rehabilitacji leczniczej.

2. Konsultacje społeczne

Projekt rozporządzenia zostanie przesłany do następujących partnerów społecznych:

- 1) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 2) Krajowa Rada izb Rolniczych;
- 3) Krajowy Związek Rolników, Kółek i Organizacji Rolniczych;
- 4) Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Rolników Indywidualnych „Solidarność”;
- 5) Związek Zawodowy Centrum Narodowe Młodych Rolników;
- 6) Rada Ubezpieczenia Społecznego Rolników;
- 7) Związek Zawodowy Rolnictwa „Samoobrona”;
- 8) Związek Zawodowy Rolników „Ojczyzna”;
- 9) Związek Zawodowy Rolników Rzeczypospolitej „Solidarni”;
- 10) Federacja Branżowych Związków Producentów Rolnych;
- 11) Związek Zawodowy Wsi i Rolnictwa „Solidarność Wiejska”;
- 12) Związek Zawodowy Rolnictwa i Obszarów Wiejskich „Regiony”;
- 13) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych Rolników i Organizacji Rolniczych;
- 14) Rada Gospodarki Żywnościowej;
- 15) NSZZ „Solidarność”;
- 16) Forum Związków Zawodowych;
- 17) Business Centre Club-Związek Pracodawców;
- 18) Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych „Lewiatan”;
- 19) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 20) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 21) Związek Zawodowy Pracowników Rolnictwa w RP;
- 22) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie;
- 23) Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce;
- 24) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia.

3. Wpływ projektowanego rozporządzenia na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Regulacje zawarte w projektowanym rozporządzeniu nie wpłyną na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

Rehabilitacja lecznicza, na którą osoby uprawnione kieruje KRUS, finansowana jest z Funduszu Prewencji i Rehabilitacji (FP i R), którego plan finansowy corocznie ustalany jest w ustawie budżetowej. Liczbę osób skierowanych na rehabilitację leczniczą w danym roku budżetowym ogranicza stan środków finansowych na tym Funduszu. FPiR, który jest państwowym funduszem celowym tworzy się z odpisu od Funduszu Składkowego Ubezpieczenia Społecznego Rolników (FSUSR), w wysokości do 5% planowanych wydatków z tego Funduszu, oraz dotacji budżetowej. Przychody FPiR na 2013 r. planowane są na poziomie 33.173 tys. zł, z czego dotacja budżetowa to tylko 274 tys. zł. Przychody w wysokości 32.639 tys. zł pochodzą z FSUSR, który tworzy się wyłącznie ze składek osób ubezpieczonych w KRUS. Corocznie KRUS kieruje na rehabilitację ok. 14 tys. rolników.

4. Wpływ projektowanego rozporządzenia na rynek pracy

Regulacje zawarte w projektowanym rozporządzeniu nie wpłyną na rynek pracy. Mają natomiast wpływ na ograniczenie liczby osób całkowicie niezdolnych do pracy w gospodarstwie rolnym.

5. Wpływ projektowanego rozporządzenia na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Regulacje zawarte w projektowanym rozporządzeniu nie wpłyną na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ projektowanego rozporządzenia na sytuację i rozwój regionalny

Regulacje zawarte w projektowanym rozporządzeniu nie wpłyną na sytuację i rozwój regionalny.

Opracowano w Departamencie Doradztwa,
Oświaty Rolniczej i Nauki

Wojciech
NACZELNIK WYDZIAŁU
E. Kuska
Elżbieta Karnaś-Wyka

DYREKTOR DEPARTAMENTU

Maria Sordyj-Koruleczyk
Maria Sordyj-Koruleczyk

Akceptował

PODSEKRETARZ STANU

Radeuse Natowak
Radeuse Natowak

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

Janusz Bajelski
Janusz Bajelski