

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 3 grudnia 1996 r.

w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej oraz pokrywania kosztów tej rehabilitacji.

Na podstawie art. 11 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 25 listopada 1986 r. o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 1989 r. Nr 25, poz. 137 i Nr 74, poz. 441, z 1990 r. Nr 36, poz. 206, z 1991 r. Nr 7, poz. 24, Nr 104, poz. 450 i Nr 110, poz. 474, z 1994 r. Nr 84, poz. 385 oraz z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i Nr 85, poz. 426) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, zwaną dalej „rehabilitacją leczniczą”, mogą być kierowani ubezpieczeni pobierający przez dłuższy okres świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy i zagrożeni stałą lub długoterminową niezdolnością do pracy.

2. Na rehabilitację leczniczą nie kieruje się ubezpieczonych mających uprawnienia do emerytury lub renty z tytułu trwałego inwalidztwa.

§ 2. 1. O potrzebie rehabilitacji leczniczej orzeka lekarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zwanego dalej „Zakładem”, na podstawie wniosków:

- 1) lekarzy zakładów opieki zdrowotnej lub lekarzy prywatnie praktykujących,
- 2) komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia — w stosunku do osób pobierających świadczenia rehabilitacyjne.

2. Wnioski, wraz z niezbędną dokumentacją, składa się w oddziale Zakładu właściwym ze względu na miejsce zatrudnienia lub wykonywania innej pracy zarobkowej przez ubezpieczonego. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

3. Lekarz kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy Zakładu lub wojewódzki lekarz kontroli nad orzecznictwem lekarskim, który w czasie kontroli orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy stwierdzi potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego, zaleca lekarzowi, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, wystąpienie z wnioskiem o rehabilitację leczniczą.

4. Orzeczenia, o których mowa w ust. 1, stanowią podstawę do wydania lub odmowy wydania przez Zakład skierowania na rehabilitację leczniczą.

§ 3. 1. Kierowanie ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą i pokrywanie części kosztów tej rehabilitacji przez Zakład odbywa się na podstawie porozumień zawartych z organami lub jednostkami, które utrzymują zakłady opieki zdrowotnej, w tym zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, zwane dalej „ośrodkami”. Porozumienie z państwowym przedsiębiorstwem uzdrowiskowym jest zawierane po zasięgnięciu opinii organu wykonującego funkcję organu założycielskiego.

2. Porozumienia określają, w szczególności, sposób ustalania należności za udzielane świadczenia i dokonywania rozliczeń oraz wykaz ośrodków.

3. Zakład, jako zleceniodawca, zawiera z ośrodkami, jako zleceniobiorcami, umowy o prowadzenie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonych.

4. Zakład jest uprawniony do kontroli realizacji zawartych z ośrodkami umów, w szczególności w zakresie świadczonych usług oraz sposobu wydatkowania przekazanych środków finansowych.

5. Wpływy otrzymane z Zakładu z tytułu pokrycia części kosztów rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej jednostki budżetowe przekazują na dochody budżetowe.

§ 4. Po zakończonej rehabilitacji leczniczej ośrodek sporządza i przesyła do Zakładu informację o leczeniu rehabilitacyjnym, zawierającą pełne dane o stanie zdrowia ubezpieczonego, w tym ocenę zdolności do pracy. Wzór informacji o leczeniu rehabilitacyjnym stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 5. 1. Ubezpieczony nie ponosi kosztów rehabilitacji leczniczej, realizowanej zgodnie ze skierowaniem Zakładu.

2. Poniesione przez ubezpieczonego koszty przejazdu na rehabilitację leczniczą Zakład zwraca do wysokości kosztów przejazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej.

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

Prezes Rady Ministrów: *W. Cimoszewicz*

ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH



Załączniki do rozporządzenia Rady Mini-
strów z dnia 3 grudnia 1996 r (poz. 674)

Załącznik nr 1

PREWENCJA

Nr wniosku

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

..... 199 ... r.

Oddział w

data wpłynięcia wniosku

WNIOSEK O REHABILITACJĘ LECZNICZĄ

wypełnia ubezpieczony	<p>DANE PERSONALNE UBEZPIECZONEGO</p> <p>Nazwisko</p> <p>Imię</p> <p>Data urodzenia 19 r.</p> <p>PESEL <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Płeć: kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/></p> <p>Stan cywilny:</p> <p> wolna <input type="checkbox"/> wolny <input type="checkbox"/></p> <p> zamężna <input type="checkbox"/> żonaty <input type="checkbox"/></p>	<p>ADRES ZAMIESZKANIA</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu Nr mieszkania</p> <p>Kod pocztowy <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Miejscowość</p> <p>Województwo</p> <p>Zamieszkujący : miasto <input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/></p> <p>Tel.</p>
	<p>WYKSZTAŁCENIE</p> <p><input type="checkbox"/> niepełne podstawowe</p> <p><input type="checkbox"/> podstawowe</p> <p><input type="checkbox"/> zawodowe</p> <p><input type="checkbox"/> średnie ogólne</p> <p><input type="checkbox"/> średnie zawodowe</p> <p><input type="checkbox"/> policealne</p> <p><input type="checkbox"/> wyższe</p>	<p>ZATRUDNIENIE</p> <p>Zawód wykonywany</p> <p>Stanowisko</p> <p>Zatrudniony w sektorze :</p> <p><input type="checkbox"/> publicznym</p> <p><input type="checkbox"/> prywatnym jako:</p> <p> pracownik <input type="checkbox"/> właściciel <input type="checkbox"/></p>
<p>ZAKŁAD PRACY</p> <p>Nazwa zakładu pracy Nr Regon</p> <p>Ulica Nr domu Nr lokalu</p> <p>Kod pocztowy <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Miejscowość Województwo</p>		
<p>UBEZPIECZONY POBIERA</p> <p><input type="checkbox"/> świadczenia rehabilitacyjne orzeczone na okres od do 199 ... r.</p> <p><input type="checkbox"/> zasiłek za orzeczoną niezdolność do pracy w okresie od do 199 ... r.</p> <p><input type="checkbox"/> świadczenia rentowe za orzeczoną grupę inwalidzką</p> <p> <input type="checkbox"/> stała <input type="checkbox"/> okresowa, termin badania kontrolnego 1996 r.</p>		

POPZEDNIA REHABILITACJA

Powód rehabilitacji

Miejsce rehabilitacji

Okres rehabilitacji: od 199 ... do 199 ...

..... dnia 199 ... r.
podpis ubezpieczonego

WYWIAD

.....

.....

.....

.....

BADANIA PRZEDMIOTOWE

waga wzrost układ oddechowy

.....

.....

układ krążenia: ciśnienie krwi / tętno /min

.....

układ ruchu

.....

układ nerwowy

.....

inne odchylenia od normy w badaniu przedmiotowym.....

.....

.....

wypełnia lekarz wnioskujący o rehabilitację

ROZPOZNANIE

Choroba, z powodu której wskazana jest rehabilitacja lecznicza

Typ schorzenia: narząd ruchu układ krążenia

Choroby współistniejące

SZCZEGÓŁOWE UZASADNIENIE CELOWOŚCI WNIOSKU O REHABILITACJĘ

wypełnia lekarz wnioskujący o rehabilitację

Dołączone do wniosku badania pomocnicze, uzasadniające rozpoznanie :

Wymienić jakie (badania laboratoryjne, ekg, rtg, inne) i dołączyć do wniosku

DOTYCZY LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO WNIOSEK

Nazwisko Imię

(lekarz wystawiający wniosek)

Nazwa zakładu

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Województwo

..... dnia 199 ... r.

(podpis i pieczęć lekarza)

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu prywatnego

ORZECZENIE LEKARZA ZUS

lekarz ZUS

Wstrzymanie wydania orzeczenia z powodu potrzeby :

przeprowadzenia konsultacji specjalistycznych

(wymienić jakie)

wykonania badań pomocniczych

(wymienić jakie)

..... dnia 199 ... r.

..... (podpis i pieczętka lekarza ZUS)

wypełnia

Kwalifikacja pozytywna

Kwalifikacja negatywna (podać uzasadnienie)

..... dnia 199 ... r.

..... (podpis i pieczętka lekarza ZUS)

ZAKŁAD UBEZPIECZEN
SPOŁECZNYCH
Nr sprawy: R/.....

INFORMACJA O LECZENIU REHABILITACYJNYM *
(chorych skierowanych przez ZUS)

Nr księgi głównej.....199...

Nazwisko i imię.....wiek.....
Adres.....
.....Data przyjęcia.....Data wypisu.....
Rozpoznanie.....

1. Wywiad chorobowy:
2. Badanie kliniczne:
3. Badania dodatkowe:

4. Zastosowane leczenie:

5. Wyniki leczenia:

6. Rozpoznanie:

7. Rokowanie odnośnie do stanu zdrowia:

8. Zdolny do pracy zarobkowej

Zdolny do pracy zarobkowej
z ograniczeniem

Niezdolny do pracy zarobkowej

- Zalecenie:

-rehabilitacja zawodowa

-reorientacja zawodowa

podpis ordynatora

podpis lekarza leczącego

.....
.....
Ośrodek Rehabilitacji m.p.

* wypełniać w 4 egzemplarzach

Otrzymują: 1. ubezpieczony
2. wnioskujący zakład opieki zdrowotnej
3. ZUS
4. a/a