



МІНІСТЕРСТВО СОЦІАЛЬНОЇ
ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ



Фонд соціального страхування України

Новий Порядок направлення застрахованих осіб на лікування у реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів після перенесених захворювань і травм за рахунок коштів Фонду соціального страхування України

Фінансування Фондом послуг з реабілітаційного лікування шляхом відшкодування витрат за надані послуги згідно укладеного тристороннього договору



Перелік реабілітаційних відділень відповідних профілів медичної реабілітації

1. Нейрореабілітація:

- підгострий період інсультів (після оперативних втручань на судинах мозку або без них), підгострий період черепно-мозкових травм.

2. М'язово-скелетна реабілітація:

- 2.1. підгострий період після операцій на опорно-руховому апараті (ортопедичних, травматологічних), ревматологічні захворювання;
- 2.2. підгострий період опіків.

3. Кардіо-пульмонарна реабілітація:

- 3.1. підгострий період інфаркта міокарда (після оперативних втручань на судинах серця або без них), стан після пролікованої нестабільної стенокардії (після оперативних втручань на судинах серця або без них), підгострий період після операцій на серці;
- 3.2. підгострий період захворювань легень, підгострий період після операцій на легенях, у тому числі з приводу гнійних процесів нетуберкульозного характеру;
- 3.3. цукровий діабет.

4. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО:

- порушення адаптації;
- розлади по'язані із споживанням їжі;
- неорганічні розлади сну;
- соматоформні розлади;
- неврастенія.

5. Реабілітація після оперативних втручань на органах зору:

- підгострий період після оперативних втручань на органах зору.

6. Реабілітація при порушені перебігу вагітності:

- ускладнена вагітність.

7. Інша (соматична) реабілітація:

- 7.1. підгострий період після оперативних втручань на органах травлення;
- 7.2. підгострий період після оперативних втручань на органах сечостатевої системи (оперативного та інструментального видалення каменів з нирок і сечових шляхів, ударно-хвильової літотрипсії);
- 7.3. підгострий період після оперативних втручань на жіночих статевих органах.

Показання та протипоказання для направлення в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів

Відбір та направлення застрахованих осіб на лікування в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів за рахунок коштів Фонду соціального страхування України рекомендовано здійснювати за наявності медичних показань відповідно до профілів медичної реабілітації з урахуванням протипоказань для направлення в реабілітаційні відділення та санаторно-курортні заклади взагалі.



Модель направлення в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів

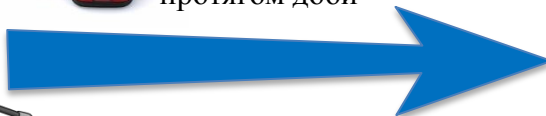
**Заклад
охорони здоров'я**



**Застрахована особа
після перенесених
захворювань і травм**



повідомлення
органу Фонду
протягом доби



Орган Фонду
(управління виконавчої
дирекції Фонду, їх
відділення)



Модель направлення в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів

**Заклад
охорони здоров'я**



**Застрахована особа
після перенесених
захворювань и травм**

Орган Фонду



*Для оформлення
документів* !



**Уповноважений
представник
органу Фонду**

Модель направлення в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів

**Застрахована
особа після перенесених
захворювань и травм**

**заява про забезпечення
реабілітаційним лікуванням**

**Висновок ЛКК про необхідність направлення
на лікування в реабілітаційне відділення
санаторно-курортного закладу**

**Уповноважений
представник
органу Фонду**



**Заклад
охорони здоров'я**



Додаток 3 до Порядку

Штамп закладу
охорони здоров'я України

**Висновок лікарсько-консультативної комісії
закладу охорони здоров'я про необхідність направлення на лікування в
реабілітаційне відділення санаторно-курортного закладу
№ _____**

П.І.Б. (застрахованої особи) _____
Дата народження _____
Адреса місця проживання _____
Місце роботи _____
(повна назва)

П.І.Б. та вік дитини _____
(заповнюється у разі направлення дитини у супроводі дорослого)

Перебуває на стаціонарному лікуванні в _____
(назва відділення)

Діагноз: _____

Враховуючи _____
(обґрунтування необхідності лікування)

потребує лікування в реабілітаційному відділенні

_____ (зазначається назва профілю медичної реабілітації)
тривалістю _____ днів

Голова ЛКК:	_____ (П.І.Б.) (підпис)
Члени ЛКК:	_____ (П.І.Б.) (підпис)
	_____ (П.І.Б.) (підпис)
Печатка закладу охорони здоров'я	Дата видачі _____ 20 ____ р.

Додаток 4 до Порядку

_____ (назва органу Фонду)
_____,
(прізвище, ім'я, по батькові заявника)
який (яка) проживає (зареєстрований) за адресою: _____
паспорт: серія _____ № _____,
виданий _____ р.
реєстраційний номер облікової картки платника податків

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

місце роботи: _____
(повна назва, адреса)
посада: _____
контактний телефон: _____

**ЗАЯВА
про забезпечення реабілітаційним лікуванням**

Прошу зарахувати мене (мою дитину) для отримання послуги з лікування тривалістю _____ днів у
реабілітаційному відділенні

_____ (назва профілю медичної реабілітації)
санаторно-курортного закладу _____
(повна назва)

(у разі лікування дитини вказати повністю прізвище, ім'я, по батькові, повну дату народження дитини)
Уповноваженою особою органу Фонду надано роз'яснення про порядок забезпечення реабілітаційним
лікуванням застрахованих осіб за їх особистим вибором.
Я, _____, даю згоду на оброблення моїх (і моєї дитини) персональних даних для занесення
їх до бази персональних даних.

До заяви додаю:
*висновок лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я
*копію свідоцтва про народження дитини (у разі лікування дитини);
*копію довідки про безпосередню участь особи в АТО (у разі лікування учасників АТО)

" ____ " _____ 20 ____ року _____ (підпис заявника)

Санаторно курортним закладом заяву розглянуто _____ Дата заїзду узгоджено
та погоджено з _____ 20 ____ р.
(підпис, П.І.Б. уповноваженої особи санаторно-курортного закладу)

Дата погодження " ____ " _____ 20 ____ р.
М.П.

Заяву _____ про забезпечення реабілітаційним лікуванням та документи на _____ аркушах
(П.І.Б. заявника)
прийнято _____ 20 ____ р. та зареєстровано в журналі обліку за № _____.
Ознайомився (лась) _____ (підпис, П.І.Б. заявника) _____ (підпис, П.І.Б. уповноваженої особи органу Фонду)

× _____ (лінія відрізу)

Заяву _____ про забезпечення реабілітаційним лікуванням та документи на _____ аркушах
(П.І.Б. заявника)
прийнято _____ 20 ____ р. та зареєстровано в журналі обліку за № _____.
Ознайомився (лась) _____ (підпис, П.І.Б. заявника) _____ (підпис, П.І.Б. уповноваженої особи органу Фонду)

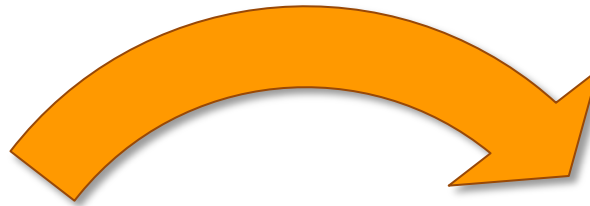
Оперативне опрацювання заяви уповноваженим представником органу Фонду



Заява на узгодження
можливості прийому хворого на
реабілітаційне лікування
(протягом одного робочого дня)



**Уповноважений
представник
органу Фонду**



Санаторно-курортний заклад

Погодження від санаторно-курортного закладу



Уповноважений
представник
органу Фонду



Санаторно-курортний заклад

Згода про надання послуг із реабілітаційного лікування застрахованій особі та
готовність укласти Договір із узгодженою датою заїзду
Перелік діагностичних та лікувальних послуг

Підписання Договору

Орган Фонду



Застрахована
особа з договором
(три примірники)



Санаторно-курортний
заклад



Прибуття застрахованої особи до санаторно-курортного закладу

**Застрахована
особа з договором
(три примірники)**



**Санаторно-курортний
заклад**



**Орган Фонду
(управління виконавчої
дирекції Фонду)**



Один примірник Договору (підписаний)

Перелік документів для оформлення договору

1. Від закладу охорони здоров'я – висновок лікарсько-консультативної комісії про необхідність направлення на лікування в реабілітаційне відділення санаторно-курортного закладу (додаток 3 до Порядку).
2. Від застрахованої особи – заява про забезпечення реабілітаційним лікуванням (додаток 4 до Порядку).
3. Від застрахованої особи – пред'явлення представнику органу Фонду оригінали паспорта, свідоцтва про народження дитини (у разі необхідності отримання послуг із реабілітаційного лікування дитиною), довідку про безпосередню участь особи в АТО (у разі отримання послуг із медико-психологічної реабілітації учасників АТО).



Під час прибуття до санаторно-курортного закладу застрахована особа зобов'язана пред'явити паспорт, свідоцтво про народження дитини (у разі направлення на лікування дитини), та надати:

- Три примірники Договору.
- Виписку з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2017 № 110)
або
- Обмінну карту пологового будинку, пологового відділення лікарні (форма №113/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.02.2006 № 67) у разі направлення вагітної
- Листок непрацездатності (при направленні безпосередньо із стаціонару закладу охорони здоров'я), виданий відповідно до Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.11.2001 №455 та оформлений згідно з Інструкцією про порядок заповнення листка непрацездатності, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 03.11.2004 № 532/274/136-ос/1406

Порядок відшкодування витрат за надані соціальні послуги з лікування застрахованих осіб та членів їх сімей після перенесених захворювань і травм у реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів за рахунок коштів Фонду соціального страхування України, затверджено постановою правління Фонду соціального страхування України від 13 липня 2017 року №39 на виконання вимог Закону №1105 та пункту 3 постанови Кабінету Міністрів України від 16 березня 2017 року №145 «Деякі питання соціального захисту застрахованих осіб» та погоджено Міністерством охорони здоров'я України (лист від 23.08.2017 №3.14-19/1146-17 /22760)



ДЯКУЄМО ЗА УВАГУ!