



Національний Будинок Медичного Страхування

Посібник щодо прав осіб із зони збройного конфлікту в
Україні в системі соціального медичного страхування

Вересень 2022 року

Зміст

Вступ

Права, які система соціального медичного страхування надає особам, які прибули із зони збройного конфлікту в Україні, у системі соціального медичного страхування

Реєстрація в системі соціального медичного страхування осіб, які прибули із зони збройного конфлікту в Україні

Базовий пакет послуг

Сфери охорони здоров'я

Сімейний лікар

Лікар спеціаліст

Лабораторні аналізи та візуалізаційні дослідження

Лікарняна допомога

Стоматолог

Послуги з медичного відновлення, фізіатрія та реабілітація

Медичне відновлення в лікарнях

Екстрені консультації вдома та транспортування без сторонньої допомоги

Догляд на дому

Лікарські препарати, що компенсуються

Медичні прилади

Заходи щодо хворих на COVID-19

Заходи для вагітних

Національні лікувально-оздоровчі програми

ВСТУП

За допомогою цього посібника ми хочемо надати якісну інформацію, необхідну людям, які прибули із зони збройного конфлікту в Україні, щодо прав, які надаються в системі соціального медичного страхування в Румунії.

Метою цього посібника є забезпечення легкого доступу людей, які прибули із зони збройного конфлікту в Україні до медичних послуг, санітарно-гігієнічних матеріалів, ліків та медичного обладнання, які надаються системою соціального медичного страхування в Румунії.

Права, що надаються особам, які прибули із зони збройного конфлікту в Україні системою соціального медичного страхування

Відповідно до ст. 1 абзаца (4) і (5) надзвичайного розпорядження уряду №. 15/2022 з наступними змінами та доповненнями, особам, які опинилися в надзвичайних ситуаціях, та прибули із зони збройного конфлікту в Україні, **надається базовий пакет послуг**, передбачений рамковим договором щодо умов надання медичної допомоги, лікарських засобів та приладів медичного призначення в рамках системи соціального медичного страхування та правил її застосування, **а також ліки, санітарно-гігієнічні матеріали, медичні прилади та медичні послуги, включені до національних оздоровчих програм охорони здоров'я, як і застрахованим громадянам Румунії**.

Особа, які опинилися в надзвичайних ситуаціях, та прибули із зони збройного конфлікту в Україні, користуються правами, наданими системою соціального медичного страхування, **без сплати внеску на соціальне медичне страхування, особистого внеску за ліки, що надаються під час амбулаторного лікування, та зі звільненням від співоплати**.

Медичні послуги зі спеціалізованої амбулаторної допомоги за клінічними спеціальностями, що входять до базового пакету послуг, надаються цим особам **без пред'явлення направлення**, яке є формою спеціального режиму, що використовується в системі соціального медичного страхування.

Реєстрація в системі соціального медичного страхування осіб, які прибули із зони збройного конфлікту в Україні

Особа, які приїхали із зони збройного конфлікту в Україні та вперше звертаються за медичними послугам, реєструються постачальниками послуг в ІТ-додатку, наданому Національним Будинком Медичного Страхування, для присвоєння ідентифікаційного номера в системі соціального медичного страхування.

Після реєстрації особи в додатку та присвоєння ідентифікаційного номера, відображені дані роздруковуються із додатка для передачі бенефіціару/пацієнту; Відповідний документ може бути використаний пізніше пацієнтами в будь-якій медичній установі на території Румунії без необхідності подальшої генерації ідентифікаційного номера.

Базовий пакет послуг

У системі соціального медичного страхування застраховані особи, незалежно від форми набуття статусу застрахованого, користуються медичними послугами, лікарськими засобами та приладами медичного призначення, включеними до базового пакету, які надаються сімейним лікарем або лікарем-спеціалістом амбулаторно або в лікарні.

Сфери охорони здоров'я

Сімейний лікар

Сімейний лікар – це перший контакт пацієнта з системою охорони здоров'я. Послуги первинної медичної допомоги базуються на постійних стосунках між лікарем та особою, яка внесена до лікарського списку.

У випадку з особами які прибули із зони збройного конфлікту в Україні сімейний лікар надає будь-яку медичну послугу, що входить до базового пакету медичних послуг, без реєстрації цих осіб у лікарському списку.

Базовий пакет первинної медичної допомоги включає: лікувальні та профілактичні медичні послуги, надання медичних послуг за місцем проживання, введення ліків, а також додаткові медичні послуги, діагностичні та лікувальні послуги, які може надати сімейний лікар відповідно до навичок, набутих за проходженням конкретної та відповідної освітньої програми навчального плану підготовки лікарів та за наявності необхідного обладнання.

Лікувальні медичні послуги включають послуги для невідкладної медичної допомоги, а також консультації при гострих станах (включно з невеликими за об'ємом хірургічними операціями або спеціальними процедурами). Також дистанційно можна отримати консультації у разі потенційно ендемічних та епідемічних захворювань, які потребують ізоляції.

Періодичні консультації застрахованих осіб з хронічними захворюваннями проводяться за попереднім записом і призначаються для продовження терапії, моніторингу розвитку захворювання та його ускладнень. Пацієнти з хронічними захворюваннями можуть отримати одну консультацію на місяць у сімейного лікаря, в кабінеті або дистанційно.

Профілактичні послуги надаються сімейним лікарем для всіх вікових груп, а саме:

0-3 роки

при виписці з
пологового будинку і в
1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18,
24 і 36 місяців

4-18 років

Раз на рік

18-39 років

Раз в 3 роки
Раз на рік для осіб з
підвищеними ризиками

40+ років

Річний профілактичний пакет
Раз на 3 роки для
незастрахованих осіб

Річний профілактичний пакет для осіб 40+ років

До 3-х консультацій протягом 6 місяців

Оцінка Втручання Моніторинг

- спосіб життя
- серцево-судинні ризики
- (кров'яний тиск, холестерин, цукор в крові)
- онкологічний ризик
- ризик психічного здоров'я
- ризик для репродуктивного здоров'я

Важливо

дослідження в рамках пакету також надаються понад вартість контракту

Спектр профілактичних послуг, які пропонуються на рівні сімейного лікаря, також включає діагностику діабету у безсимптомних дорослих віком від 18 років, які мають надмірну вагу/ожиріння та/або мають один чи більше факторів ризику діабету. Для пацієнтів, у яких рівень глюкози в крові або пероральний тест на толерантність до глюкози або показники глікозильованого гемоглобіну знаходяться в межах певних порогів, сімейні лікарі можуть розпочати лікування метформіном.

Сімейні лікарі можуть запропонувати пацієнтам ряд діагностичних та лікувальних медичних послуг, які надаються згідно з рівнем підготовки лікарів, таких як: спірометрія, цілодобове амбулаторне вимірювання артеріального тиску, вимірювання кістково-плечового індексу, виконання та інтерпретація електрокардіограми, введення аерозольних препаратів, внутрішньом'язове, внутрішньовенне, підшкірне введення ліків, внутрішньовенні вливання, хірургічне лікування панарицію - гнійне запалення тканин пальця, абсцесу, фурункула, уражень шкіри - поверхневих різаних ран, поверхневих колотих ран, некрозу шкіри, пролежнів, варикозних виразок, розривних ран, опіків, видалення сторонніх тіл з м'яких тканин (анестезія, видалення утворень, накладення швів, включаючи видалення ниток, перев'язка), іммобілізація розтягнень, пікфлоуметрія, медичне обстеження тощо.

Консультації сімейного лікаря також можуть надаватися вдома людям, які не можуть пересуватися, пацієнтам з хронічними захворюваннями або гострими станами, які не дозволяють прихід в кабінет, дітям віком 0-1 року, дітям 0-18 років з інфекційними захворюваннями, та вагітним жінкам пацієнтам з хронічними захворюваннями можливе надання однієї консультації на дому на місяць.

Сімейний лікар може надавати дистанційну медичну консультацію пацієнтам з хронічними захворюваннями, а також із ендемічними чи епідемічними захворюваннями, що потребують ізоляції. Документи, отримані за результатами дистанційної консультації, надсилаються пацієнту засобами електронного зв'язку.

Сімейний лікар може видати такі медичні документи, як:

- талон-направлення (на консультації спеціаліста чи дослідження);
- медичний рецепт;
- лист непрацездатності (лікарняний);
- медичні довідки для дітей у разі хвороби;
- рекомендація щодо надання медичної допомоги вдома/паліативної допомоги вдома;
- рекомендації щодо медичних засобів для протезування стоми та нетримання сечі, за винятком сечового катетера.

Лікар спеціаліст

Спеціалізована амбулаторна допомога надається у медичних кабінетах, медичних пунктах, спеціалізованих і комплексних амбулаторно-поліклінічних закладах у складі лікарень, лікувально-діагностичних медичних центрах, клініках паліативної допомоги за договором із страховою компанією.

Базовий пакет включає наступні послуги, які надає лікар-спеціаліст: медичні послуги при невідкладних станах, медичні послуги при гострих станах, консультації при хронічних захворюваннях, виявлення потенційно ендемічних та епідемічних захворювань, консультації щодо надання послуг з планування сім'ї (консультація, оцінка та моніторинг органів репродуктивної системи та молочних залоз, лікування ускладнень), послуги паліативної допомоги, діагностичні та терапевтичні послуги, послуги спостереження за вагітністю та пологами, медичні послуги з діагностичною метою (останні є послугами денного стаціонару і надаються в спеціалізованій клінічній амбулаторії).

ВАЖЛИВО!

Особам, які прибули із зони збройного конфлікту в Україні, медичні послуги зі надання спеціалізованої амбулаторної допомоги за клінічними спеціальностями, що входять до базового пакету послуг, надаються без пред'явлення талону-направлення, який є формою спеціального режиму, що використовується в системі соціального медичного страхування.

Пацієнти з хронічними захворюваннями отримують максимум 4 консультації на квартал, максимум 2 консультації на місяць, для надання послуг, які включають оцінку стану пацієнта та лабораторні дослідження, призначення лікування та спостереження за прогресуванням захворювання.

Для застрахованих осіб з підтвердженим діагнозом при виписці зі стаціонару оплачується максимум 2 консультації:

- відстеження перебігу захворювання під час встановленого лікування, під час госпіталізації;
- виконання терапевтичних маніпуляцій;
- огляд рани, видалення ниток, зняття гіпсу, після хірургічного або ортопедичного втручання;
- рекомендації щодо параклінічних досліджень, які вважаються необхідними, у відповідних випадках.

Консультації при хронічних захворюваннях, а також при потенційно ендемічних та епідемічних захворюваннях, що потребують ізоляції, також можна отримати дистанційно, будь-якими засобами зв'язку, без пред'явлення направлення від сімейного лікаря або іншого лікаря-спеціаліста. Документи, отримані за результатами консультацій, будуть надіслані пацієнту засобами електронного зв'язку.

У спеціалізованій амбулаторії також можуть надаватися послуги денної госпіталізації, тривалість яких становить менше 12 годин і включає поєднання клінічних медичних послуг та обстеження. Деякі приклади таких послуг: спостереження за перебігом нормальної вагітності, спостереження за вагітністю з високим ризиком, пренатальний скринінг, раннє виявлення передракових утворень молочної залози, раннє виявлення та діагностика диспластичних уражень шийки матки.

Лікар-спеціаліст після консультацій може прийняти рішення щодо:

- встановлення терапевтичної поведінки та/або призначення медикаментозного та гігієнічних заходів а також дієтичного лікування;
- видача рекомендації для медичного/паліативного догляду вдома;
- видача рекомендації щодо медичних приладів, застосунків та допоміжних засобів,
- клінічна та параклінічна оцінка, призначення лікування та моніторинг розвитку пацієнтів з хронічними захворюваннями в межах компетенції щоквартально або, в залежності від обставин, щомісяця;
- оформлення направлення до інших спеціалістів, в тому числі на паліативну амбулаторну допомогу/направлення на госпіталізацію, залежно від обставин
- оформлення лікарняного листа залежно від обставин.

Лікарі певної спеціалізації (наприклад: невропатолог, психіатр, ревматолог, ортопед, онколог, кардіолог, пульмонолог тощо) можуть рекомендувати застрахованим особам послуги психолога чи

фізіотерапевта за умови, що спеціалізована амбулаторія, де працює лікар, має відповідну кваліфікацію, або укласти контракт із постачальником психологічних або фізіотерапевтичних послуг.

Послуги, які може надавати психолог: психологічне консультування та психотерапія, спеціальне психолого-педагогічне консультування, через логопеда.

Послуги, які може надавати фізіотерапевт: індивідуальна або групова фізіотерапія, фізіотерапія на спеціальних пристроях, таких як механічні пристрої, електромеханічні пристрої, роботизовані пристрої.

Психіатричне лікування, послуги психолога, психологічне консультування та психотерапія, а також послуги логопеда також можуть надаватися дистанційно, за допомогою будь-яких засобів зв'язку.

Пацієнти зі станами або загостреннями після COVID-19 можуть скористатися фізіотерапією, психологічними консультаціями та психотерапією за рекомендацією клінічних лікарів кардіологів та пневмологів.

Лабораторні аналізи та візуалізаційні дослідження

Щоб отримати безкоштовні лабораторні аналізи та візуалізаційні дослідження, пацієнти повинні відповідати таким умовам:

- мати направлення від сімейного лікаря або лікаря-спеціаліста, який уклав договір із страховою компанією;
- з'явитися в лабораторію за договором з медичною страховою компанією.

Пацієнти можуть отримати вигоду від обстежень на основі талона-направлення в медичних лабораторіях і центрах візуалізації за контрактом з будь-якою страховою компанією, незалежно від того, з якою страховою компанією лікар має укладений договір, який видав талон-направлення.

Пацієнти можуть скористатися різними категоріями лабораторних аналізів, такими як:

- гематологічні (аналіз крові та ін.);
- проби (прикладі: сечова кислота, креатинін сироватки крові, рівень цукру в крові, холестерин, тригліцериди, рівень натрію, калію, кальцію, магнію тощо);
- сеча (сумарна кількість і осад сечі, альбумін в сечі, рівень глюкози в сечі та ін.);
- імунологічні (різні гормони та антитіла);
- мікробіологічні (аналіз виділень, секретів, антибіограма);
- дослідження взятих тканин;
- Тест Бабеша-Папаніколау (мазок Папаніколау).

Також проводяться рентгенологічні аналізи, а також УЗД (безпроменеві дослідження), доплерографія та високоефективні дослідження (КТ, МРТ, сцинтиграфія, ангіографія).

Щоб визначити лабораторії, які мають контракт із медичними страховими компаніями, та доступні кошти на їхньому рівні, пацієнти можуть перевірити веб-сайт CNAS (www.cnas.ro), де можна знайти інформацію про контактні дані постачальників за типом медичної допомоги. На першій сторінці в меню «Інформація про постачальника» („**Informații Furnizori**”) в розділі «Онлайн-звіти постачальника (старий веб-сайт)» - (**Rapoarte online furnizori (website vechi)**), перейдіть до вікна «Параклінічний звіт - див. більше» (**Raportare paraclinic – vezi mai mult**), є список лабораторій, які мають контракти з медичними страховими компаніями, а також наявний фонд на рівні кожної лабораторії. Цю інформацію також можна отримати на веб-сторінках медичних страхових компаній.

Важливо!

- У ситуації, коли дослідження неможливо провести на місці, лабораторія зобов'язана запланувати прийом пацієнта протягом терміну дії квитка направлення, зазначивши на звороті квитка дату звернення на прийом і дату наступного призначення. Якщо пацієнт відмовляється від прийому, лабораторія повертає талон-направлення, щоб він міг з'явитися в іншу дослідну лабораторію.

Постачальники параклінічних медичних послуг зобов'язані протягом 5 календарних днів з дня звернення провести рекомендовані згідно з інструкціями з медичної практики, затвердженими наказом МОЗ, дослідження, необхідні для моніторингу пацієнтів з COVID-19 (після виписки зі стаціонару або після припинення періоду ізоляції), а також хворим на онкологічні захворювання, цукровий діабет, рідкісні ураження, серцево-судинні захворювання, цереброваскулярні захворювання, неврологічні захворювання, послуги, які надаються лабораторіями та понад договірну вартість, за умови що лікар, який призначає, вказує на довідці про те, що дослідження проводяться з метою моніторингу.

Обстеження, рекомендовані сімейним лікарем під час профілактичних консультацій для пацієнтів старше 40 років, оплачуються за рахунок коштів НБМС (Національний Будинок Медичного Страхування) та можуть проводитися постачальниками за договором із страховими компаніями та понад договірну вартість.

Направлення на лабораторні дослідження дійсне 30 днів. Для всіх хронічних захворювань, а також для аналізів із забором тканин термін дії направлення на дослідження дійсний до 90 днів.

Лікарняна допомога

Лікарняні послуги надаються при захворюваннях, що потребують госпіталізації, і включають: консультації, обстеження, діагностику, медикаментозне та/або хірургічне лікування, догляд, одужання, медикаменти та гігієнічні матеріали, вироби медичного призначення, проживання та харчування. Стаціонарні медичні послуги надаються згідно з графіком на підставі направлення сімейного лікаря або спеціаліста з амбулаторної практики.

Направлення не потрібне для екстреної медичної допомоги.

Медичні послуги можуть надаватися шляхом денної госпіталізації, що означає тривалість госпіталізації не більше 12 годин, або безперервної госпіталізації, що передбачає тривалість госпіталізації понад 12 годин.

Деякі приклади захворювань, які можна лікувати в денному стаціонарі: анемія, респіраторні інфекції, інфекції сечовивідних шляхів, вірусні або бактеріальні кишкові інфекції, інфекційна діарея, синдром подразненого кишечника, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, варикозне розширення вен без запалення, гострий тонзиліт, аутоімунний тиреоїдит, цукровий діабет, ішемічна кардіоміопатія, недостатність мітрального або аортального клапана без показань до оперативного втручання, алкогольний гепатит.

Умови надання послуг госпіталізації в державних закладах охорони здоров'я

Пацієнти можуть скористатися **безкоштовними медичними послугами лише в державних лікарнях**, які уклали договори про надання послуг госпіталізації з медичними страховими компаніями.

Державна лікарня за договором із медичною страховою компанією зобов'язана надавати медичні послуги, які є предметом договору, і покривати для госпіталізованих застрахованих осіб усі витрати, необхідні для вирішення відповідних випадків, включаючи ліки, гігієнічні матеріали, лабораторні та візуалізаційні дослідження. Лікарня також забезпечує витрати за стандартні послуги розміщення для тих хто супроводжує хворих дітей до 3-х років та людей з важкими або важкими формами інвалідності.

З 1 квітня 2022 року послуги з хіміотерапії з моніторингом, які надаються в режимі денної госпіталізації закладами охорони здоров'я, що перебувають у договірних відносинах із страховими компаніями цих послуг, послуги з діалізу, які надаються в закладах охорони здоров'я, які діють за Національною програмою відновлення функції нирок у хворих на хронічну ниркову недостатність, а також послуги з променевої терапії, що надаються закладами охорони здоров'я, які діють за

програмою променевої терапії хворих на онкологічні захворювання, реалізуються на встановленому рівні.

У ситуації, коли застрахований звертається до лікарні, яка **НЕ** має договору з медичною страховою компанією, **застрахований покриває вартість** медичних послуг, якими він скористався, і не може отримати компенсацію від медичної страхової компанії.

Державні лікарні, які оплачують медичні послуги по відношенню до медичних страхових компаній, **НЕ МОЖУТЬ** стягувати інші платежі із застрахованих осіб за надані медичні послуги.

Умови надання послуг госпіталізації в приватних закладах охорони здоров'я

Починаючи з 1 липня 2021 року, приватні лікарні за договором із медичними страховими компаніями можуть стягувати **особистий внесок з пацієнтів**, які обрали послуги госпіталізації з приводу гострого стану в цих відділеннях залежно від фінансування діагностичних груп (система DRG).

Особистий внесок являє собою різницю між тарифом, встановленою медичною страховою компанією, і тарифом, яку стягує приватна лікарня. Для забезпечення прозорості та дотримання прав пацієнтів, були запроваджені наступні правила: приватна лікарня, яка укладає договір із медичною страховою компанією, зобов'язана публічно показувати в головному офісі та на веб-сторінці тарифи, а також суму, яку сплачує держава, і розмір особистого внеска за послуги, укладені з компанією медичного страхування. Перед госпіталізацією пацієнт отримує **оцінку вартості** запитаних медичних послуг, дійсну протягом 5 робочих днів.

Будь-які зміни вартості початкової оцінки, які відбуваються під час госпіталізації, будуть зроблені лише за письмовою згодою пацієнта або його законного опікуна. При виписці пацієнту буде видана довідка, в якій будуть вказані всі витрати, пов'язані з госпіталізацією. З основними елементами кошторису можна ознайомитися нижче.

Deviz estimativ	Оцінка Вартості
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Datele clinicii</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Datele pacientului</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Datele cazului tratat Scurtă descriere a serviciului medical Numărul zilelor de spitalizare estimate </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Date financiare privind serviciile ce vor fi acordate Tariful practicat de spital pentru rezolvarea cazului Detalierea cheltuielilor - cazare și hrană - medicamente și materiale sanitare - dispozitive medicale - analize medicale - radiologie și imagistică - alte investigații și proceduri - consulturi interclinice - alte servicii și îngrijiri - cheltuieli personal - cheltuieli indirecte Suma suportată din FNUASS Contribuția personală </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Дані клініки</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Дані пацієнта</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Інформація про клінічний випадок Коротка характеристика медичної послуги Розрахункова кількість днів госпіталізації </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Фінансові дані щодо послуг, які будуть надаватися Тариф, який стягує лікарня за вирішення справи Деталізація витрат - проживання та харчування - медикаменти та санітарно-гігієнічні матеріали - медичні прилади - радіологія та візуалізація - інші дослідження та процедури - консультації та догляд - особисті витрати - непрямі витрати Сума, сплачена ЄНФСМС* Особистий платіж </div>
Valabil 5 zile lucrătoare	*Єдиний Національний Фонд Соціального Медичного Страхування Термін дії 5 робочих днів

Що відбувається в ситуації, коли пацієнт, хоч і потрапив у лікарню, змушений оплачувати ліки за власні гроші?

Якщо лікар у відділенні, куди госпіталізований пацієнт, рекомендує на підставі медичних документів певні лікарські засоби, гігієнічні матеріали чи лабораторні дослідження, і витрати за це несе пацієнт, навіть якщо він мав би право на них безкоштовно, **лікарня відшкодовує пацієнту** вартість цих витрат на вимогу застрахованого.

Відшкодування зазначених витрат є обов'язком, який поширюється виключно на державні лікарні та здійснюється за рахунок їх власних доходів. Державні лікарні створюють методологію, на основі якої вони відшкодовують ці витрати, яка надається медичній страховій компанії та **повідомляється пацієнтам, коли вони надходять до лікарні.**

Стоматолог

Пацієнти можуть скористатися послугами, що містяться в базовому пакеті стоматологічної медицини, який включає (але не обмежується): консультацію, лікування простого карієсу, лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота, видалення зубів, альвеолярний кюретаж і лікування кровотечі, декапсуляцію, знімний акриловий протез на дузі, фізіогномічний або напів фізіогномічний протезний елемент, використання апаратів та пристосувань, що застосовуються при лікуванні вроджених вад розвитку.

Послуги, які надаються в базовому пакеті медичних послуг для стоматології, розраховуються у відсотках 100% для вікової категорії 0-18 років та у відсотках від 60% до 100% залежно від виду послуг, для осіб віком понад 18 років.

У віковій групі старше 18 років - лише для молодих людей віком від 18 до 26 років, якщо вони є студентами, у тому числі випускниками середньої школи, до початку навчального року, але не більше 3 місяців, учнями або студентами та якщо вони не отримують доходу від роботи, медичні страхові компанії сплачують 100% тарифів, пов'язаних із стоматологічними послугами.

Для людей, які користуються спеціальними законами, медичні страхові компанії сплачують 100% плати за деякі стоматологічні послуги.

Послуги медичного відновлення, фізичної медицини та реабілітації

Послуги з медичного відновлення, фізичної медицини та реабілітації можуть надаватися застрахованим особам амбулаторно або стаціонарно.

Амбулаторна фізична медицина та реабілітація в лікувальних курортах(базах).

Послуги з фізичної медицини та реабілітації надаються амбулаторно в лікувальних курортах за клінічною спеціальністю фізична медицина та реабілітація. Ці послуги включають специфічні фізіотерапевтичні та реабілітаційні процедури в рамках серії процедур, які виконуються на основі лікування, наприклад, фізіотерапії, гідротерапії, масажу, аерозолів тощо. Деякі процедури, такі як мінеральні ванни, природні джерела, грязьові обгортання, можна проводити тільки на лікувальних базах бальнео-кліматичних курортів.

Спеціальні фізіотерапевтичні та реабілітаційні процедури в рамках комплексу процедур, які проводяться на лікувальних курортах, надаються згідно з Планом окремих лікувально-реабілітаційних процедур, на періоди та за режимом, встановленим лікарем-реабілітологом.

Пацієнти мають право на спеціальні лікувальні та амбулаторні процедури реабілітації протягом максимального періоду **21 день/рік/застрахованого**, як у випадку дітей, так і дорослих. Діти віком від 0 до 18 років з підтвердженим діагнозом ДЦП отримують спеціальні фізичні та реабілітаційні медичні процедури протягом максимального періоду **42 дні/рік/пацієнта**. Процедури можна розділити максимум на два сеанси, залежно від основного захворювання, за рекомендацією спеціаліста з фізичної медицини та реабілітації в Плані конкретних процедур фізичної медицини та реабілітації.

Серія специфічних фізіотерапевтичних та реабілітаційних процедур, встановлена лікарем-спеціалістом, призначена для пацієнта, включає максимум 4 процедури/лікувальний день. Для комплексу специфічних фізіотерапевтичних і реабілітаційних процедур, що проводяться амбулаторно, на лікувальних курортах (базах) бальнео-кліматичних курортів, розраховано не більше 4 процедур на добу.

Медичне відновлення в лікарнях

Стаціонарне оздоровлення здійснюється в санаторіях або санаторних відділеннях, які можуть мати санаторно-курортний профіль, як для дітей, так і для дорослих.

Медичні послуги з фізичної медицини та реабілітації, що надаються в санаторно-курортних закладах, можуть надаватися на максимальну тривалість 14-21 днів на рік, період, який можна розділити максимум на дві частини, за рекомендацією лікаря, який призначає їх, і які включають мінімум 4 процедури на день протягом мінімум 5 днів на тиждень. Медичні послуги також надаються на термін менше 14 днів.

Для курортних санаторіїв/санаторно-курортних підрозділів у лікарнях пацієнти сплачують особистий внесок. Медичні послуги, надані після 21-денного періоду госпіталізації, повністю оплачуються пацієнтами.

Від бенефіціарів *надзвичайного розпорядження №. 15/2022* щодо надання гуманітарної підтримки та допомоги Румунією іноземним громадянам або особам без громадянства в надзвичайних ситуаціях, які прибувають із зони збройного конфлікту в Україні, з подальшими змінами та доповненнями, особистий внесок не вимагається.

Послуги надаються на підставі талонів-направлень на фізіотерапевтичне та реабілітаційне лікування в санаторно-курортних закладах, виданих сімейними лікарями/спеціалістами в амбулаторії та в стаціонарі, які є в договірних відносинах з медичними страховими компаніями. Критерії для видачі направлення на фізичну медицину та реабілітаційне лікування враховують конкретну патологію та супутні стани пацієнта.

Термін і темпи надання послуг визначаються спеціалістами з фізичної медицини та реабілітації.

Лікувально-оздоровчі послуги, що надаються в санаторно-курортних закладах, крім курортно-профілактичних, - це послуги, які надаються в стаціонарному режимі протягом періодів і в ритмі, які встановлюються лікарями-спеціалістами, які працюють у цих відділеннях, без обмеження певною кількістю днів.

Екстрені консультації вдома та транспортування без сторонньої допомоги

Пацієнти можуть скористатися наступними послугами для невідкладних консультацій на дому та самостійного медичного транспортування, на додаток до послуг, що надаються в мінімальному пакеті, не обмежуючись:

- транспортування до виписки (*в т.ч. в іншу область - жудец*) пацієнтів з тяжкими когнітивними розладами (*деменція різної етіології, розлади аутистичного спектру, тяжка розумова відсталість*);

- транспортування нерухомих хворих з тетрапарезом або руховою недостатністю нижньої кінцівки в стаціонар для госпіталізації на підставі госпіталізаційного квитка в реабілітаційні відділення;
- транспорт в обидві сторони до спеціалізованого кабінету за клінічними спеціальностями та з кабінету додому, для хворих, які знаходяться в ліжку, з важкими когнітивними розладами (деменція різної етіології, розлади аутистичного спектру, важка розумова відсталість), з геміпарезом або парапарезом середньої тяжкості для консультації з метою оцінки, контролю та призначення лікування при хронічних захворюваннях, при яких лікування може призначити лише лікар-спеціаліст у спеціалізованій амбулаторії;
- транспортування в лабораторію для параклінічних досліджень і з лабораторії додому, нерухомих хворих, які знаходяться в ліжку, для проведення параклінічних медичних досліджень в амбулаторії, рекомендованих сімейними лікарями або клінічними лікарями-спеціалістами з амбулаторії за договором із медичними страховими компаніями.

Екстрені консультації вдома та самостійне медичне транспортування здійснюються приватними каретами швидкої допомоги, які мають договір з медичними страховими компаніями, через службу екстреної допомоги 112.

Таким чином, лише якщо пацієнт потрапив у одну з описаних вище ситуацій, він або його родич може зателефонувати в екстрену службу 112, а диспетчер аналізує описану ситуацію та вирішує, який тип швидкої допомоги направити.

Також у разі необхідності транспортування пацієнта при виписці з лікарні до екстреної допомоги 112 може викликати як сам пацієнт або родичі, так і персонал лікарні.

Звернення до екстреної служби 112 має здійснюватись відповідально!

Догляд на дому

Послуги з догляду вдома надаються пацієнтам за направленням з урахуванням стану здоров'я.

Рекомендувати послуги з надання медичної допомоги вдома можуть: лікарі-спеціалісти з амбулаторії чи лікарні, при виписці застрахованих осіб, а також сімейні лікарі, лікарі за договором зі страховими компаніями. Послуги з догляду вдома рекомендовані для пацієнтів зі статусом працездатності ECOG3 (*на 50% знерухомлених у ліжку чи кріслі*) або ECOG4 (*повністю знерухомлених у ліжку, які повністю залежних від іншої людини для основного догляду*).

Медичний догляд вдома

Найпоширенішими послугами з надання медичної допомоги вдома є: вимірювання фізіологічних параметрів (*температура, пульс, артеріальний тиск тощо*), прийом ліків, терапевтичні заходи для уникнення судинних і легеневих ускладнень, допомога при травмах, фізіотерапія.

Тривалість, протягом якої пацієнт може користуватися послугами медичного обслуговування вдома, визначається лікарем, який дав рекомендацію, але не більше 90 днів догляду за останні 11 місяців, які надаються в кілька етапів (періоди допомоги). Період лікування становить максимум 15 днів, відповідно максимум 30 днів у ситуаціях, обґрунтованих лікарем, який дає рекомендацію.

Лікарі, що надають медичну допомогу вдома, надають послуги згідно з планом надання медичної допомоги, складеним відповідно до рекомендацій лікаря, який призначає медичну допомогу, включаючи суботу, неділю та святкові дні. План догляду можна змінити лише за погодженням з лікарем, який видав рекомендацію для домашнього догляду.

Паліативна допомога вдома

Послуги з паліативної допомоги вдома надаються пацієнтам на підставі рекомендацій, виданих сімейними лікарями, лікарями-спеціалістами спеціалізованої амбулаторії, у тому числі лікарями, які мають сертифікат про додаткову освіту з паліативної допомоги, або лікарями-спеціалістами стаціонару, які є в договірних відносинах з будинками медичного страхування.

Найпоширенішими послугами паліативної допомоги вдома є: консультація, яка проводиться в рамках холистичної медицини, розробка міждисциплінарного плану лікування та догляду, оцінка функціонального стану та здатності до самообслуговування, застосування та моніторинг фармакологічного лікування, навчання та інформування пацієнта щодо самообслуговування, догляд при смертельних захворюваннях, спеціалізоване психологічне консультування пацієнта та сім'ї, фізіотерапія.

Тривалість, протягом якої пацієнт може скористатися послугами паліативної допомоги вдома, визначається лікарем, який дав рекомендацію, але не більше 90 днів допомоги за останні 11 місяців, які надаються в кілька етапів (періоди допомоги). Період догляду становить максимум 30 днів.

Послуги з паліативної допомоги вдома надаються згідно з планом догляду, складеним сертифікованим лікарем з паліативної допомоги, який працює в закладі паліативної допомоги, з урахуванням потреб пацієнта. Ритмічність надання послуг паліативної допомоги вдома встановлюється на основі протоколу моніторингу залежно від потреб пацієнта, визначених командою паліативної допомоги. План лікування може бути змінений відповідно до потреб пацієнта.

Лікар паліативної допомоги, який практикує в закладі паліативної допомоги, може виписувати електронні рецепти на ліки з особистою оплатою та без неї для контролю симптомів пацієнта.

Умови надання медичної та паліативної допомоги вдома

Протягом останніх 11 місяців пацієнт може отримати 90 днів медичної допомоги вдома та 90 днів паліативної допомоги вдома; загальна кількість днів надання медичної та паліативної допомоги вдома не може перевищувати 180 днів за останні 11 місяців.

Рекомендація на медичне обслуговування вдома або паліативну допомогу вдома видається у 2-х примірниках, з яких один примірник залишається у лікаря, а другий видається пацієнту, який пред'являє оригінал до страхової компанії для засвідчення отриманої кількості днів догляду, з тих які він може отримати. Медична страхова компанія під час надання рекомендації передає пацієнту або його законному представнику перелік надавачів медичної допомоги вдома або паліативної допомоги вдома, з якими він перебуває в договірних відносинах, разом із їхніми контактними даними.

Для того, щоб пацієнт міг скористатися безкоштовним доглядом на дому, ці послуги має надавати постачальник за договором із медичною страховою компанією.

Компенсовані препарати

Пацієнти можуть скористатися ліками за рахунок коштів Фонду охорони здоров'я, які виписуються за електронним медичним рецептом або рецептом спеціального режиму (на психотропні та наркотичні засоби – зелений або жовтий бланки).

У системі соціального медичного страхування можуть призначатися та покриватися лише ті лікарські засоби, які включені до Переліку компенсованих лікарських засобів, затвердженого рішенням Уряду.

Ліки, отримані від FNUASS (Єдиний Національний Фонд Соціального Медичного Страхування), можуть відпускатися лише комунальними аптеками, які уклали договір із медичними страховими компаніями.

Лікарі, які виписують рецепти

Компенсовані ліки може призначити сімейний лікар або лікар-спеціаліст (який здійснює свою діяльність у спеціалізованій амбулаторії або в лікарні) за договором із медичною страховою компанією. Деякі препарати, обмежені терапевтичними протоколами, може призначити тільки лікар-спеціаліст.

Пацієнт може скористатися компенсованими препаратами для вже підтвердженого хронічного захворювання, навіть якщо він госпіталізований у лікарню, де цих ліків немає. Таким чином, сімейні лікарі та лікарі спеціалізованих амбулаторно-поліклінічних закладів можуть виписувати рецепти на ліки з національних програм охорони здоров'я, а також на препарати, пов'язані з хронічними захворюваннями, крім тих, що містяться в переліку препаратів, який лікарня подає при укладенні договору. У цій ситуації рецепт виписується за умови пред'явлення документа, виданого лікарнею, з якого передбачається, що пацієнт госпіталізований. Лікарні зобов'язані публікувати на своєму веб-сайті **перелік ліків, доступних у цій лікарні.**

Як правило, лікуючий лікар призначає компенсовані ліки, за діючою речовиною (*міжнародна загальноприйнята назва -DCI*), але в певних ситуаціях, наприклад, біопрепарати, препарати за договорами «вартість-обсяг» або «вартість-обсяг-результат» або в медично обґрунтованих ситуаціях, рецепт також може вказувати торгову назву ліків.

Копію рецепта лікар видає пацієнту для передачі в аптеку. У разі оформлення електронних рецептів за результатами дистанційної консультації сімейного лікаря або спеціаліста пацієнт або особа, яка за дорученням пацієнта отримує ліки, може роздрукувати надісланий лікарем документ або надіслати його до аптеки засобами електронного зв'язку з метою її друку.

ВАЖЛИВО!

- У системі соціального медичного страхування компенсовані ліки призначаються та компенсуються за умов, які можна знайти в *«Короткому описі продукту»*, затвердженому Національним агентством лікарських засобів та медичних приладів Румунії, або за умов, передбачених у терапевтичних протоколах для тих препаратів, які відпускаються за рецептом.

Термін дії електронного рецепта

Терміни, на які можна призначити препарати, становлять максимум 7 днів при гострих станах, до 8-10 днів при підгострих станах і до 30-31 дня для пацієнтів з хронічними захворюваннями. Пацієнтам зі стабілізованими хронічними захворюваннями та стабільною схемою лікування препарати можуть призначатися на термін до 90/91/92 днів.

Рецепт при хронічних захворюваннях дійсний не більше 30 днів з дня виписки, а при гострих і підгострих захворюваннях — не більше 48 годин.

Рецепти, виписані на 90/91/92 дні, виписані онлайн та підписані лікарем розширеним електронним підписом, можуть бути виписані частинами на 30/31/32 дні, а термін дії цих рецептів — максимум 92 дні. днів, в залежності від встановленого терміну. Перша видача буде здійснена максимум протягом 30 днів з дати виписки рецепта.

Компенсаційні списки

Максимальна сума, яку покривають медичні страхові компанії в FNUASS (ЄНФСМС), відповідає застосуванню відсотка компенсації ліків від встановленої ціни.

Відсоток компенсації, що застосовується до встановленої ціни, залежить відповідно до підпереліку, в якому знаходиться лікарський засіб, призначений лікуючим лікарем, і може становити:

- **90%** відповідає міжнародним загальним назвам (ICD), наданим у підписку А;
- **50%** відповідає міжнародним загальноприйнятим назвам (ICD), наведеним у підписку В;
- **100%** відповідає міжнародним загальним назвам (ICN), наведеним у підписку С;
- **20%** відповідає міжнародним загальним назвам (ICN), наведеним у підписку D.

ВАЖЛИВО!

Особи, які приїхали із зони збройного конфлікту в Україні, звільняються від сплати особистої сплати за ліки, які надаються в амбулаторних умовах!

Відпуск ліків в аптеці

Пацієнти можуть отримати ліки в будь-якій аптеці країни, яка уклала договір із страховими компаніями, незалежно від того, в якій компанії зареєстрований пацієнт або в якій лікарні уклали договір, за винятком лікарських засобів, які є предметом договорів «витрати-обсяг-результат».

Медичні прилади

Медичні вироби надаються пацієнтам на визначений або невизначений термін за медичним рецептом, виписаним лікарем за договором із медичною страховою компанією. Лікарські рецепти втрачають чинність, якщо вони не подані до лікарняної каси протягом 30 календарних днів з дня виписки.

Апарати видають пацієнтам тільки постачальники, які уклали договір з лікарняною страховою компанією, шляхом купівлі або оренди. Для певних медичних пристроїв, ціна яких вища за ціну, встановлену CNAS для такої категорії пристроїв, існує ймовірність того, що застрахована особа сплачуватиме особистий внесок.

Від бенефіціарів надзвичайного розпорядження №. 15/2022 щодо надання гуманітарної підтримки та допомоги Румунською державою іноземним громадянам або особам без громадянства в особливих ситуаціях, які перебувають із зони збройного конфлікту в Україні, з подальшими змінами та доповненнями, особистий внесок не вимагається.

Базовий пакет медичних виробів, призначених для відновлення органічної або функціональної недостатності в амбулаторних умовах, включає: ЛОР-протези, стомні протези, пристрої при затримці та/або нетриманні сечі, протези кінцівок, ортези для хребта чи кінцівок, ортопедичне взуття, пристрої для інвалідів по зору, обладнання для оксигенотерапії та неінвазивної вентиляції легенів, апарати для аерозольної терапії, апарати для ходьби, зовнішні протези грудей.

Порядок отримання приладів

Пацієнт, родич першої чи другої лінії зв'язку, чоловік/дружина або законний представник подає заяву в медичну страхову компанію разом із такими документами:

- копія документа, що посвідчує особу;
- медичний рецепт на прилад;

- класифікаційне свідоцтво за ступенем і видом інвалідності для обладнання для кисневої терапії та неінвазивної вентиляції легенів, відповідно.

Для дітей віком до 14 років додається медичний рецепт на апарат із зазначенням адреси дитини та копія свідоцтва про народження. Документи також можна надіслати в медичну страхову компанію поштою або засобами електронного зв'язку.

Медична страхова компанія зобов'язана розглянути та прийняти рішення про прийняття або відхилення заяви протягом не більше 3 робочих днів з дати її реєстрації.

У разі прийняття буде видано рішення про погодження закупівлі/оренди пристрою в межах ліміту коштів, затвердженого для цієї мети. Рішення забирає в медичній страховій компанії бенефіціар, родич першого або другого ступеня, його / її дружина або законний представник, або надсилається поштою за запитом.

У разі, якщо заявки на прилади перевищують затверджений місячний фонд, першочергові списки складаються за категоріями приладів. У цьому випадку рішення видається, коли затверджений для цього фонд дозволяє розрахуватися за апаратом, у порядку черги.

Для придбання приладу пацієнт, родич першого чи другого ступеня, дружина або законний представник звертаються протягом терміну дії рішення до одного з постачальників приладів за договором із медичною страховою компанією, з наступними документами: рішення, видане лікарняною страховою компанією, і медичний рецепт. Також документи можна надіслати постачальнику поштою/кур'єром.

Заходи щодо хворих на COVID-19

Для застрахованих, незастрахованих осіб, а також для інших осіб на території Румунії з діагнозом COVID-19 всі медичні послуги та ліки, необхідні для їх лікування, оплачуються з FNUASS (ЄНФСМС - Єдиний Національний Фонд Соціального Медичного Страхування).

У той же час усі особи на території Румунії, які мають симптоми, що вказують на COVID-19, можуть скористатися дистанційними консультаціями сімейного лікаря або лікаря-спеціаліста.

На підставі підтвердження інфекції за допомогою експрес-тесту на антиген або тесту NAAT/RT-PCR, ідентифікованого на платформі Corona Forms, медичні послуги надаються в центрах оцінки всім особам, які не потребують кисневої терапії, які мають легкі або помірні клінічні прояви COVID-19 і які мають принаймні 2 фактори ризику, без необхідності пред'являти талон направлення під час явки.

До переліку медичних послуг, які можуть надаватися під час денної госпіталізації, введено послугу «Оцінка синдрому Пост-Covid-19», щоб допомогти пацієнтам, які продовжують проявляти симптоми протягом тривалого часу, у деяких навіть після проходження легкої форми захворювання.

Також пацієнти, які після виписки з лікарні мають помірну або важку дихальну недостатність після COVID-19 або які пройшли через спеціальну систему оцінювання коронавірусної інфекції SARS-CoV-2, можуть скористатися **пристроєм для безперервного введення кисню** (кисневий концентратор).

Пацієнтам з певними ураженнями можуть скористатися неінвазивною вентиляцією.

Деталі процедури, за допомогою якої можна отримати це обладнання, наведено в розділі **«Медичні прилади»**.

Пацієнти з ураженнями пост-COVID-19 можуть скористатися фізіотерапією, психологічними консультаціями та психотерапією за рекомендацією лікарів клінічних спеціальностей кардіології та пневмології. Ці послуги врегульовані в системі медичного страхування за умови, що лікарі, які їх надають, працюють у клініках за договором із страховими компаніями. Спосіб, у який пацієнти можуть отримати медичні послуги, детально описано в розділі «Лікар-спеціаліст».

Заходи для вагітних

Медичні послуги, що надаються вагітним жінкам, регламентуються на різних рівнях медичної допомоги, а саме:

Первинна медична допомога

Консультації щодо спостереження за перебігом вагітності та пологів:

- ставлення на облік в першому триместрі;
- щомісячна перевірка з 3 місяця по 7 місяць;
- перевірка 2 рази на місяць, з 7 по 9 місяць включно;
- спостереження за пацієнткою при виписці з пологового будинку - на дому;
- спостереження за дитиною через 4 тижні після народження - на дому.

У рамках нагляду за вагітною, пропагується виключно грудне вигодовування дитини до 6 місяців і його продовження не менше ніж до 12 місяців, тестування на ВІЛ, гепатити вірусної етіології з вірусами В і С, рекомендоване вагітним жінкам, а також інші необхідні параклінічні дослідження.

При першому зверненні до сімейного лікаря вагітної жінки сімейний лікар видає документ, що підтверджує вагітність.

З метою підтримки вагітних жінок, забезпечення кращого доступу до медичних послуг базовий пакет також включає дві діагностичні та лікувальні медичні послуги: спостереження за вродженими дефектами та раптовими пологами – ці послуги може надати сімейний лікар, у тому числі за місцем звернення, в рамках встановленого графіка або поза графіком, зазначеним у договорі з медичною страховою компанією.

Спеціалізована амбулаторна допомога для параклінічних спеціальностей

Параклінічні медичні послуги: цитологічне дослідження мазків по Папаріколау, дослідження вагінальних виділень - нативне та кольорове мікроскопічне дослідження мікрофлори та перевірка наявності грибків, антибіограма та антифунгіграма, входять до пакету базових медичних послуг спеціалізованої амбулаторної допомоги для параклінічних спеціальностей. Ці послуги також можуть рекомендувати сімейні лікарі.

Параклінічні медичні дослідження *Акушерські УЗД аномалій II триместру та Акушерське УЗД аномалій розвитку плода I триместру* входять в пакет базових медичних послуг спеціалізованої амбулаторної допомоги для параклінічних спеціальностей і покриваються FNUASS тільки для лікарів спеціальності акушерство-гінекологія, із під спеціальністю в медицина матері та плода.

Спеціалізована амбулаторна допомога за клінічними спеціальностями

-Послуги з ведення вагітності та спостереження за нею - одна консультація на кожен триместр вагітності та одна консультація в першому триместрі після пологів.

-Медичні послуги з діагностичною метою - в залежності від випадку.

Ці послуги є послугами денного стаціонару, вони надаються в спеціалізованій клінічній амбулаторії та покриваються лише за умови виконання всіх обов'язкових послуг:

Спостереження нормального перебігу вагітності (для вагітних, які не мають медичних документів, що підтверджують краснуху, токсоплазмоз, ЦМВ-інфекції в особистій медичній історії)

Обов'язкові послуги: Консультації акушера-гінеколога, загальний аналіз крові, визначення групи крові у вагітних, Визначення резус-фактора крові у вагітних, рівень сечовини в сироватці крові, аналіз крові на сечову кислоту, рівень креатиніну в крові, Рівень цукру в крові, аланінамінотрансфераза, амінотрансфераза, рівент Тиреотропного гормону, Повний аналіз сечі (загальний + осад), лабораторний аналіз венеричних захворювань або сифілісу, Тестування на ВІЛ у вагітних, Оцінка вагітних на наявність

інфекцій ризику для вагітності (краснуха, токсоплазмоз, ЦМВ-інфекція, гепатит В і С), цитологічне дослідження мазків по Папаріколау (до S23+6 днів) або тест на толерантність до глюкози, глікований гемоглобін (S24 – S28+6 днів) або біометрія плода (S29-S33+6 днів) або виявлення стрептокока групи В (S34 – S37 +6 днів), УЗД для підтвердження вагітності, життєздатності плода і датування вагітності.

Ця медична послуга з метою встановлення діагнозу укладається лише з акушерсько-гінекологічними лікарнями та іншими медичними закладами з ліжками, які мають акушерсько-гінекологічні та неонатологічні відділення або відділення 3, 2 або 1 рівня.

Спеціальності, які надають цю послугу:

- клініки: акушерсько-гінекологічні, для яких лікарі повинні підтвердити, що вони мають компетентність/сертифікат додаткового навчання з акушерської та гінекологічної УЗД;
- параклінічні: лабораторна медицина.

Пакет медичних послуг, що відповідає як **нагляду за нормальною вагітністю (для вагітних, які не мають медичних документів, що підтверджують краснуху, токсоплазмоз, ЦМВ-інфекції в особистій медичній історії)**, так і **нагляду за нормальною вагітністю (для вагітних, які мають медичні документи, що підтверджують краснуху, токсоплазмоз, ЦМВ-інфекції в особистій медичній історії)** укладається тільки з закладами охорони здоров'я, в організаційній структурі яких є акушерсько-гінекологічний кабінет, в якому проводиться консультація спеціаліста та УЗД для підтвердження вагітності, життєздатності та термінів вагітності, а також медична лабораторія для проведення всіх медичних аналізів, передбачених пакетом.

У разі, якщо медичні послуги, що відповідають **нагляду за нормальною вагітністю (для вагітних, які не мають медичних документів) та нагляду за нормальним перебігом вагітності (для вагітних, які мають медичні документи)**, надаються протягом періоду S11 - S19 + 6 днів, їх можна надавати одночасно з медичними послугами, що відповідають пренатальному скринінгу (S11 - S19+6 днів).

Пренатальний скринінг (S11 - S19 + 6 днів)

Обов'язкові послуги: Консультація лікаря акушера-гінеколога (інтегральна інтерпретація результатів), Подвійний/ потрійний тест, УЗД для виявлення аномалій розвитку плода (S11 - S19 + 6 днів).

Ця медична послуга з метою встановлення діагнозу укладається лише з акушерсько-гінекологічними лікарнями та іншими медичними закладами з ліжками, які мають акушерсько-гінекологічні та неонатологічні відділення або відділення 1, 2 або 3 рівня.

Спеціальності, які надають послугу пренатального скринінгу:

- клініки: акушерство-гінекологія; лікарі зі спеціальності акушерство-гінекологія повинні підтвердити, що вони мають компетенцію/сертифікат про додаткову підготовку з акушерсько-гінекологічної ультрасонографії або під спеціалізацію з медицини матері та плода;
- параклінічні: лабораторна медицина.

Нагляд за іншими вагітностями високого ризику (гестаційний набряк)

Обов'язкові послуги: Консультація акушера-гінеколога, повний аналіз крові, рівень креатиніну в крові, аналіз крові на сечову кислоту, аланінамінотрансфераза, амінотрансфераза, повний аналіз сечі (загальний + осад), рівень білка в сечі, рівень білка в плазмі крові, акушерсько-гінекологічне УЗД.

Ці послуги укладаються тільки спеціалізованими акушерсько-гінекологічними лікарнями та іншими медичними закладами з ліжками, які мають акушерсько-гінекологічні та неонатологічні відділення або відділення 3 або 2 рівня.

Спеціальності, які надають перераховані вище послуги:

- клініки: акушерсько-гінекологічні, для яких лікарі повинні підтвердити, що вони мають компетентність/сертифікат додаткового навчання з акушерської та гінекологічної УЗД;
- параклінічні: лабораторна медицина.

Спостереження за вагітностями з високими ризиками (легкий гіперемезис у вагітних)

Обов'язкові послуги: Консультація акушера-гінеколога, повний аналіз крові, концентрація натрію в крові, концентрація калію в крові, повний аналіз сечі (загальний + осад), рівень сечовини в сироватці крові, аналіз крові на сечову кислоту, рівень креатиніну в крові, Акушерсько-гінекологічне УЗД.

Ці послуги укладаються тільки зі спеціалізованими акушерсько-гінекологічними лікарнями та іншими медичними закладами з ліжками, які мають акушерсько-гінекологічні та неонатологічні відділення або відділення 3 або 2 рівня.

Спеціальності, які надають перераховані вище послуги:

- клініки: акушерсько-гінекологічні, для яких лікарі повинні підтвердити, що вони мають компетентність/сертифікат додаткового навчання з акушерської та гінекологічної УЗД;
- параклінічні: лабораторна медицина.

Спостереження за вагітностями з іншими високими ризиками (оцінка вагітних з рубцюванням матки в третьому триместрі)

Обов'язкові послуги: Консультація акушера-гінеколога, Кардіотокографія, Акушерсько-гінекологічне УЗД.

Ці послуги укладаються тільки зі спеціалізованими акушерсько-гінекологічними лікарнями та іншими медичними закладами з ліжками, які мають акушерсько-гінекологічні та неонатологічні відділення або відділення 3 або 2 рівня.

Спеціальності, які надають перераховані вище послуги:

- клініки: акушерсько-гінекологічні, для яких лікарі повинні підтвердити, що вони мають компетентність/сертифікат додаткового навчання з акушерської та гінекологічної УЗД;
- параклінічні: лабораторна медицина.

Перераховані вище медичні послуги є послугами денного стаціонару, які можуть надаватися як у спеціалізованій амбулаторії за клінічними спеціальностями, так і як денний стаціонар.

Крім того, в базовий пакет стаціонарної медичної допомоги включено спостереження за вагітністю групи високого ризику із порушеннями згортання крові/спадковими та набутими тромбофіліями у вагітних.

Обов'язкові послуги: Консультації акушера-гінеколога, Антитромбін III, білок С, білок S, рівень гомоцистеїну в крові, контроль гомоцистеїну в крові, Фактор V Лейдена, Скринінг на вовчаковий антикоагулянт, Підтвердження на вовчаковий антикоагулянт, Акушерсько-гінекологічне УЗД,

Послуга надається в першому або другому триместрі вагітності вагітним жінкам з принаймні одним із таких факторів судинного та акушерського ризику:

- тромбоемболічна хвороба в особистому анамнезі;
- сімейний анамнез (родичі першого ступеня з тромбоемболічними захворюваннями або позитивні спадкові попередники тромбофілії);
- повторні аборти в першому триместрі невідомої причини;
- ембріони, що зупинилися в еволюції;
- передчасні пологи;
- гіпертонія, викликана вагітністю;
- відшарування нормально прикріпленої плаценти;
- плацентарна недостатність.

Крім того, денний стаціонар може включати наступні послуги: амніоцентез, кордоцентез, біопсія хоріона; вагітним у першому триместрі вагітності дозволена біопсія ворсин хоріону, а вагітним у другому триместрі – амніоцентез, які проводять лише лікарі-акушери-гінекологи із спеціалізацією з материнства та плода у випадках з аномалій, підтверджених процедурою візуалізації, або у випадку

генетичної патології в родині з ризиком передачі нащадкам - за рекомендацією генетика або якщо ризик анеуплоїдії більше 1/250 після пренатального генетичного скринінгу: комбінований тест (ультразвукові маркери та подвійний тест або потрійний тест); генетичне тестування взятих зразків також включено у відповідні тарифи. Вагітним жінкам у другому триместрі вагітності дозволено проведення кордоцентезу тільки лікарями-акушерами-гінекологами з спеціалізацією з материнства та плода за показаннями з діагностичною або лікувальною метою; генетичне тестування взятих зразків також включено у відповідні тарифи.

Генетичне дослідження зразків, взятих за допомогою біопсії ворсин хоріону, амніоцентезу або кордоцентезу, проводиться одним із таких методів: цитогенетика, Флюоресцентна гібридизація (FISH), Мультиплексна ампліфікація проб за допомогою лігування (MPLA), QF-PCR.

Медичні послуги, які надаються в режимі денної госпіталізації, можуть також надаватися в режимі безперервної госпіталізації, якщо у пацієнта є ускладнення або супутні захворювання, що становлять ризик для пацієнта, серйозна кровотеча, яка створює проблему відновлення об'єму крові, ризик анестезії, який важко контролювати під час денної госпіталізації, і біль після процедури, який важко контролювати, пов'язаний із серйозними інвазивними процедурами.

Національні програми охорони здоров'я

Національні програми охорони здоров'я являють собою набір заходів, орієнтованих на основні сфери втручання в допомогу громадському здоров'ю. Національні програми громадського здоров'я (з акцентом на профілактиці) здійснюються Міністерством охорони здоров'я, а Національний Будинок Медичного страхування проводить національні лікувальні програми (з акцентом на лікуванні).

Метою національних лікувальних програм охорони здоров'я (PNSC) є забезпечення спеціального лікування у випадку захворювань, які мають серйозний вплив на здоров'я населення. У PNSC пацієнти можуть скористатися:

- медикаментами,
- санітарно-гігієнічними матеріалами,
- медичними приладами,
- спеціальними послугами (променева терапія, послуги діалізу),
- специфічними аналізами (наприклад, дозування глікозильованого гемоглобіну, Позитронно-емісійна томографія, КТ) залежно від стану, який лікується в PNSC.

У разі виконання національної програми відновлення функції нирок (діаліз) для пацієнтів із хронічною нирковою недостатністю, окрім медикаментів та санітарно-гігієнічних матеріалів та медичних обстежень, передбачається немедичне транспортування хворих на гемодіалізі з дому та додому та щомісячне транспортування ліків та санітарно-гігієнічних матеріалів, що стосуються перитонеального діалізу вдома у пацієнтів.

У рамках Національних Лікувальних Програм надаються лише ті лікарські засоби, що входять до Переліку компенсованих лікарських засобів, затвердженого рішенням Уряду, які можуть випускатися та покриватися лише щодо потреб, які є предметом національних Лікувальних Програм.

Ліки, які надаються згідно з Національних Лікувальних Програм, відпускаються через громадські аптеки (аптеки відкритого типу) або лікарняні аптеки (аптеки закритого типу).

Лікарські засоби для хворих на розсіяний склероз, гемофілію, деякі рідкісні захворювання, ендокринні захворювання, для терапії метадоном та для лікування рецидивів хронічного гепатиту у

пацієнтів з трансплантованою печінкою, які входять до Національних Лікувальних Програм, відпускаються лише через лікарняні аптеки.

Ліки для хворих на цукровий діабет, для лікування пост трансплантаційного стану, за винятком лікування рецидиву хронічного гепатиту у пацієнтів після трансплантації печінки, для лікування пацієнтів з деякими рідкісними захворюваннями (фіброз слизової оболонки, бічний аміотрофічний склероз, спадкові ангіоневротичний набряк, ідіопатичний легеневий фіброз, хвороба Дюшенна, Прадера-Віллі, спадкова нейропатія зорового нерва – Лебера та лімфангіолейоміоматоз) відпускаються через комунальні аптеки.

Лікарські засоби для хворих на таласемію, спінальну м'язову атрофію, хронічну ідіопатичну імунну тромбоцитопенічну пурпуру, хворобу Фабрі відпускаються як через комунальні аптеки, так і через лікарняні аптеки.

Зарахування пацієнтів до загальнодержавної лікувально-оздоровчої програми

Залежно від стану пацієнта, стану його здоров'я та враховуючи критерії відбору, лікар-спеціаліст може прийняти рішення про зарахування до Загальнодержавної Лікувально-Оздоровчої Програми. Призначення лікування проводить лікар-спеціаліст відповідно до умов, викладених у розділі «Лікар-спеціаліст». При певних захворюваннях лікування може призначити сімейний лікар на підставі рекомендації, виданого лікарем-спеціалістом.

Для того, щоб мати можливість скористатися лікуванням, яке пропонує Загальнодержавна лікувально-оздоровча програма, пацієнти повинні звернутися до лікаря-спеціаліста, який працює в медичному закладі, який керує відповідною програмою. З переліком цих закладів охорони здоров'я можна ознайомитися на веб-сторінках лікарняних страхових компаній, у розділі «Інформація для страхувальників» „**Informații pentru asigurați**” – «Національні лікувальні програми охорони здоров'я», „**Programa Națională de Sănătate Curativă**”.

Національні лікувальні програми охорони здоров'я, які проводить Національний Будинок Медичного Страхування:

Національна програма серцево-судинних захворювань;

Національна програма з онкології;

Загальнодержавна програма лікування часткової глухоти шляхом імплантації слухових апаратів;

Національна програма з діабету;

Національна програма лікування неврологічних захворювань;

Національна програма лікування гемофілії та таласемії;

Національна програма лікування рідкісних захворювань;

Національна програма психічного здоров'я;

Національна програма ендокринних захворювань;

Національна програма з ортопедії;

Національна програма трансплантації органів, тканин і клітин людського походження;

Національна програма відновлення функції нирок у хворих на хронічну ниркову недостатність;

Національна програма інтенсивної терапії печінкової недостатності;

Національна програма діагностики та лікування за допомогою високопродуктивного обладнання

Національна програма ПЕТ-КТ.