



Національна організація медичного страхування

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

Видання за квітень 2024 року

Зміст

Вступ

Права, які надаються особам із зони збройного конфлікту в Україні, в системі соціального медичного страхування

Ресстрація в системі соціального медичного страхування осіб із зони збройного конфлікту в Україні

Базовий пакет послуг

Сфери надання медичної допомоги

Сімейний лікар

Лікар – спеціаліст

Лабораторні аналізи та візуалізаційні дослідження

Стационарне лікування

Дантист/стоматолог

Послуги з медичної реабілітації, фізичної медицини та реабілітаційної медицини

Медична реабілітація в лікарнях

Невідкладні консультації на дому та транспортування без сторонньої допомоги

Догляд вдома

Компенсовані лікарські препарати

Лікарські засоби

Заходи для пацієнтів з COVID-19

Заходи для вагітних жінок

Національні лікувальні програми

ВСТУП

В цьому керівництві ми хочемо надати якісну інформацію, необхідну особам із зони збройного конфлікту в Україні, щодо їхніх прав в системі соціального медичного страхування в Румунії.

Метою цього керівництва є забезпечення легкого доступу до медичних послуг, санітарно-технічного устаткування, ліків та виробів медичного призначення, що надаються румунською системою соціального медичного страхування, для осіб із зони збройного конфлікту в Україні.

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

Відповідно до статті 1 пп. (4) та (5) Термінової Постанови Уряду № 15/2022, з наступними змінами та доповненнями, особам, які перебувають в особливих ситуаціях, які прибули із зони збройного конфлікту в Україні, **надається базовий пакет послуг**, передбачений рамковим договором про умови надання медичної допомоги, лікарських засобів та виробів медичного призначення в системі соціального медичного страхування та правилами його реалізації, а також **лікарські засоби, санітарно-технічне устаткування, вироби медичного призначення та медичні послуги, включені до національних лікувальних програм, як і застраховані громадяни Румунії**.

Особам, які перебувають в особливих ситуаціях, які прибули із зони збройного конфлікту в Україні, надаються права системою соціального медичного страхування **без сплати внеску на соціальне медичне страхування, особистого внеску за лікарські засоби, що надаються в амбулаторному лікуванні, та на умовах звільнення від співоплати**.

Медичні послуги спеціалізованої **амбулаторно-поліклінічної** допомоги за клінічними спеціальностями, що входять до базового пакету послуг, надаються таким особам **без пред'явлення направлення**, яке є спеціальною формою, що використовується в системі соціального медичного страхування.

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

Особи, які прибувають із зони збройного конфлікту в Україні і вперше звертаються за медичними послугами до постачальників, реєструються ними в додатку, наданому Національною організацією медичного страхування, з метою присвоєння ідентифікаційного номера в системі соціального медичного страхування.

Після реєстрації особи в додатку та присвоєння ідентифікаційного номера, відображені дані роздруковуються з додатку з метою надання бенефіціару/пацієнту; цей документ може використовуватися пізніше пацієнтами в будь-якому медичному закладі Румунії без необхідності подальшої генерації ідентифікаційного номера.

Базовий пакет послуг

У системі соціального медичного страхування застраховані особи, незалежно від форми набуття цього статусу, мають можливість користуватися медичними послугами, лікарськими засобами та виробами медичного призначення, що входять до базового пакету, які надаються сімейним лікарем або лікарем-фахівцем в амбулаторних або стаціонарних умовах.

Сфери надання медичної допомоги

Сімейний лікар

Сімейний лікар - це перший контакт пацієнта з системою охорони здоров'я. Послуги первинної медичної допомоги ґрунтуються на постійних відносинах між лікарем і пацієнтом, внесеним до його списку.

Особам, які прибувають із зони збройного конфлікту в Україні, сімейний лікар надає будь-яку медичну послугу, що входить до базового пакету медичних послуг, не вносячи цих осіб до свого списку пацієнтів.

Базовий пакет у первинній медичній допомозі включає: лікувальні, профілактичні та протиепідемічні медичні послуги, медичні послуги на дому, відпуск лікарських засобів, а також додаткові медичні послуги, діагностичні та терапевтичні послуги, які сімейний лікар може надавати згідно з компетенціями, набутими шляхом проходження певної освітньої програми та відповідного навчального плану підготовки лікаря та необхідного обладнання.

1. Лікувальні медичні послуги включають:

- медичні послуги з надання невідкладної медичної та хірургічної допомоги;
- консультації при гострих, підгострих захворюваннях та загостреннях хронічних захворювань;
- регулярні консультації для загального догляду за людьми з хронічними захворюваннями.

Для кожного епізоду гострого/підгострого захворювання або загострення хронічних захворювань оплачується не більше двох консультацій.

Консультації щодо захворювань з ендемічним потенціалом, які потребують ізоляції, також можуть надаватися дистанційно.

Для всіх хронічних захворювань/особу оплачується одна консультація за місяць. Періодичні консультації для осіб з хронічними захворюваннями проводяться за попереднім записом і призначаються для продовження терапії, моніторингу перебігу захворювання та його ускладнень. Пацієнти з хронічними захворюваннями можуть отримати одну консультацію на місяць в кабінеті сімейного лікаря або дистанційно. Документи, отримані в результаті дистанційної консультації, включаючи електронний рецепт, надсилаються пацієнту електронними засобами зв'язку (наприклад, електронною поштою).

Консультації з активного моніторингу в рамках плану інтегрованого ведення хвороб за призначенням лікаря щодо хронічних захворювань, які мають значний вплив на тягар хвороб, а саме: високий серцево-судинний ризик - АГ, дисліпідемія, хронічні захворювання нирок та цукровий діабет 2-го типу, бронхіальна астма, хронічні обструктивні захворювання органів дихання - ХОЗЛ та хронічні захворювання нирок. Первинна оцінка вперше виявленого випадку в першому триместрі після першого скринінгу, що може включати три візити до сімейного лікаря, які можуть бути здійснені протягом не більше 3 місяців поспіль. Моніторинг пацієнта включає дві планові консультації, які проводяться протягом не більше 3 місяців поспіль.

2. Профілактичні та лікувально-профілактичні медичні послуги надаються сімейним лікарем для всіх вікових груп наступним чином:

0-3 роки

4-18 років

18-39 років

вдома у дитини або в кабінеті після випису з пологового будинку та через 1 місяць, в кабінеті через **2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36** місяців

раз на рік

раз на рік

40 років і більше

40-60 років

60 років і більше

щорічний профілактичний пакет для
безсимптомних пацієнтів

щорічний профілактичний
пакет для
раннього виявлення
інших хронічних
захворювань, ніж ті, які
зареєстровані у сімейного
лікаря

щорічний профілактичний
пакет для
раннього виявлення інших
хронічних захворювань, ніж ті,
які зареєстровані у сімейного
лікаря

**Щорічний пакет
профілактики 40+ років**
безсимптомні особи

до 3 консультацій на рік
- стиль життя
- серцево-судинний ризик
- ризик виникнення раку
- ризик хронічних захворювань нирок
- ризик для психічного здоров'я
- ризик для репродуктивного здоров'я
- ризик розвитку злоякісної меланоми

**Щорічний пакет
профілактика 40-60**
для осіб, які вже
зареєстровані у сімейного
лікаря з хронічним
захворюванням

до 2 консультацій на рік
для виявлення інших захворювань ніж ті, які зареєстровані у
сімейного лікаря
- стиль життя
- серцево-судинний ризик
- ризик виникнення раку
- ризик хронічних захворювань нирок
- ризик для психічного здоров'я
- ризик для репродуктивного здоров'я
- ризик розвитку злоякісної меланоми

**Щорічний
профілактичний пакет 60+**
для осіб, які вже
зареєстровані у сімейного
лікаря з хронічним
захворюванням

до 2 консультацій на рік
для виявлення інших захворювань ніж ті, які зареєстровані у
сімейного лікаря
- стиль життя
- серцево-судинний ризик
- ризик виникнення раку
- ризик остеопорозу
- ризик хронічних захворювань нирок
- ризик для психічного здоров'я
- ризик для репродуктивного здоров'я
- ризик розвитку злоякісної меланоми
- ризик розвитку нетримання сечі
- ризик розвитку деменції

Важливо!

Параклінічні послуги в пакеті профілактики надаються понад договірну величину!

Спектр профілактичних послуг, що надаються сімейним лікарем, включає скринінг на діабет у безсимптомних дорослих віком від 18 років, які мають надлишкову масу тіла/ожиріння та/або один чи більше факторів ризику розвитку діабету. Під час інших консультацій рекомендується визначити рівень базальної (натще) глюкози або перорального тесту на толерантність до глюкози (ПТТГ) або HbA1c, якщо пацієнт не проходив рекомендовані дослідження протягом останніх 6 місяців. Пацієнтам, у яких рівень глюкози в крові або показники перорального тесту толерантності до глюкози чи глікозильованого гемоглобіну знаходяться в межах певних порогових значень, сімейні лікарі можуть призначити лікування препаратом Метформін.

Також дорослим віком від 18 років, які не мають симптомів, що вказують на хронічну хворобу нирок, але мають один або більше факторів ризику хронічної хвороби нирок, таких як серцево-судинні захворювання, артеріальна гіпертонія або цукровий діабет, сімейний лікар рекомендує пройти обстеження на хронічну хворобу нирок. Визначення креатиніну сироватки крові з оцінкою швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) та співвідношення альбумін/креатинін в сечі (САКС) слід проводити під час інших консультацій, якщо пацієнт не виконував рекомендовані дослідження протягом останніх 6 місяців.

Профілактичні лабораторні дослідження

2 - 5 років

Профілактика анемії:

- Загальний аналіз крові,
- Феритин

Профілактика рахіту:

- Загальний кальцій у сироватці крові
- Іонізований кальцій у сироватці крові
- Фосфор
- Лужна фосфатаза

6 - 9 років

Профілактика дисметаболічного синдрому у дітей з високим індексом маси тіла (ІМТ) або з сімейною гіперхолестеринемією в анамнезі:

- Загальний білок сироватки крові
- Холестерин ЛПНЩ
- Тригліцериди в крові
- Рівень глюкози в крові
- ГПТ
- АСТ
- ТТГ
- FT4

10 - 17 років

Профілактика дисметаболічного синдрому для підвищеного індексу маси тіла - (ІМТ)

або у тих, хто має в анамнезі сімейну гіперхолестеринемію:

- Холестерин ЛПНЩ
- Тригліцериди в крові
- Рівень глюкози в крові
- ГПТ

- АСТ
- ТТГ
- FT4

Профілактика ЗПСШ (після сексуального дебюту):

- VDRL або RPR

Профілактика анемії для жінок:

- Загальний аналіз крові
- Феритин

18 - 39 років

- Загальний аналіз крові
- ШОЕ
- Рівень глюкози в крові
- Загальний холестерин у сироватці крові
- Холестерин ЛПНЩ
- Креатинін сироватки крові з визначенням розрахункової швидкості клубочкової фільтрації - ШКФ
- АСТ
- ГПТ
- визначення співвідношення альбумін/креатинін в сечі (САКС)

Для жінок, які планують вагітність:

- знімки молочних залоз
- тест Бабеша-Папаніколау з 2-річним інтервалом
- VDRL або RPR

40 років і старше, безсимптомні особи та особи у віці 40-60 років, які перебувають під наглядом сімейного лікаря з хронічним захворюванням

- Загальний аналіз крові
- ШОЕ
- Рівень глюкози в крові
- Загальний холестерин у сироватці крові
- Холестерин ЛПНЩ
- Креатинін сироватки крові з визначенням розрахункової швидкості клубочкової фільтрації - ШКФ
- АСТ
- ГПТ
- Визначення співвідношення альбумін/креатинін в сечі (САКС)

Для жінок:

- знімки молочних залоз
- ТТГ, FT4
- Тест Бабеша-Папаніколау з 2-річним інтервалом для симптоматичних жінок

Для чоловіків:

- Простатоспецифічний антиген ПСА

Старше 60 років, особи, які перебувають під наглядом сімейного лікаря з хронічним захворюванням

На додаток до перерахованих вище аналізів для віку 40-60 років додається дослідження ДХА

Важливо!

Лікар може порекомендувати одне, декілька або всі дослідження з профілактичного пакету!

Консультації з надання послуг з планування сім'ї охоплюють як планування репродуктивного життя, так і оцінку стану здоров'я перед зачаттям, і оплачуються не більше двох консультацій на календарний рік на одну особу.

3. Діагностичні та лікувальні медичні послуги:

Сімейні лікарі можуть надавати пацієнтам ряд діагностичних та лікувальних медичних послуг відповідно до навчальної програми підготовки лікаря, таких як спірометрія, цілодобове амбулаторне вимірювання артеріального тиску, вимірювання кістчково-плечового індексу, проведення та інтерпретація електрокардіограми, ректальне обстеження, передня тампонада при носових кровотечах, видалення сторонніх тіл з носової порожнини, видалення стороннього тіла із зовнішнього слухового проходу, в т.ч. сірчаної пробки, введення лікарських речовин у формі аерозолей, евакуація калу з/без евакуаційної клізми, катетеризація сечового міхура, хірургічне лікування панарицію, абсцесу, фурункулу, ушкоджень шкіри - поверхневі різані рани, некроз шкіри, струпи, варикозні виразки, нагноєння ран, опіки, видалення сторонніх тіл з м'яких тканин (знеболення, ексцизія, накладання швів, в т.ч. зняття швів, перев'язки, інфільтрація, процедури евакуації гнійних утворень), спостереження за пологами без розродження, передчасні пологи, монофіламентний тест, пікфлоуметрія, внутрішньом'язові, внутрішньовенні, підшкірні процедури, перев'язки, накладання швів, введення кисню до передачі бригаді швидкої допомоги, збір матеріалу для проведення тесту Бабеша-Папаніколау для жінок із симптомами або жінок, які планують вагітність, Фраг-тест - розрахунок ризику переломів у пацієнтів з остеопорозом, внутрішньовенні процедури за допомогою ін'єкторів, внутрішньовенні інфузії, іммобілізація перелому, розтягнення зв'язок, вивихи, промивання шлунку.

4. Консультації на дому

Консультації сімейного лікаря також можуть надаватися вдома людям, які не можуть пересуватися через постійну або тимчасову непрацездатність, пацієнтам з хронічними захворюваннями або гострими/підгострими захворюваннями, які не дозволяють їм відвідувати кабінет лікаря, дітям віком від 0 до 1 року, дітям віком від 0 до 18 років з інфекційними захворюваннями та немовлятам.

Надається не більше двох консультацій на кожний гострий/підгострий епізод/загострення хронічного захворювання, не більше однієї консультації на місяць для всіх хронічних захворювань і одна консультація в кожній екстреній ситуації. Медична інформація фіксується в медичній картці.

Сімейний лікар може надавати **дистанційні** медичні консультації пацієнтам з хронічними захворюваннями, а також із захворюваннями, що мають ендемічний потенціал і потребують ізоляції. Документи, отримані в результаті дистанційної консультації, передаються пацієнту електронними засобами зв'язку.

5. Діяльність з підтримки

Сімейний лікар може видавати людям, які прибувають із зони збройного конфлікту в Україні, такі медичні документи:

- направлення (на консультацію до фахівця або обстеження);
- рецепт;
- лікарняний листок;
- медичні документи, необхідні для дітей, щодо яких законом встановлено особливий захід захисту;
- медичні довідки для зарахування до колективу, необхідні для вступу до навчальних закладів, довідка про (ре)вакцинацію (щеплення), епідеміологічний висновок - видаються відповідно до Наказу Міністра охорони здоров'я № 1456/2020 про затвердження Санітарного регламенту у закладах з організації догляду, виховання, навчання, відпочинку та оздоровлення дітей та молоді, з подальшими змінами;
- направлення на домашній медичний догляд/паліативний догляд вдома;
- процедури щодо проведення експертиз, висновків та інших видів судово-експертної діяльності; лікарське свідоцтво про смерть, після проведення експертизи для встановлення факту смерті, за винятком випадків підозри, що вимагають проведення судово-медичної експертизи, відповідно до Наказу Міністра юстиції та Міністра охорони здоров'я № 1134/С-255/2000 щодо затвердження цього Ркгламенту
- зведена медична картка, необхідна для дітей з інвалідністю для класифікації та переоцінки інвалідності, відповідно до Наказу Міністра праці, сім'ї, соціального захисту та людей похилого віку, Міністра охорони здоров'я та Міністра національної освіти № 1985/1305/5805/2016 про затвердження Методології комплексної оцінки та засобів для встановлення групи інвалідності для дітей з інвалідністю, для шкільної та професійної орієнтації дітей з особливими освітніми потребами, а також для абілітації та реабілітації дітей з інвалідністю та/або особливими освітніми потребами;
- медичні довідки для дітей на випадок хвороби;
- направлення на домашній медичний догляд/паліативний догляд вдома;
- рекомендації щодо калоприймачів та виробів для нетримання сечі, окрім сечового катетера.

6. Послуги з призначення ліків, що полягають у застосуванні схеми лікування під безпосереднім наглядом (DOT) для пацієнта з підтвердженим ТБ протягом робочого часу у кабінеті.

Лікар – спеціаліст

Спеціалізована амбулаторна допомога надається в медичних кабінетах, медичних закладах, спеціалізованих та інтегрованих амбулаторіях при лікарнях, медичних центрах діагностики та лікування, клініках паліативної допомоги, які уклали договір з організацією медичного страхування.

До базового пакету входять наступні послуги, що надаються лікарем спеціалістом: послуги екстреної медичної допомоги, лікувальні медичні послуги при гострих станах, консультації з приводу хронічних захворювань, скринінг на захворювання з ендемічно-епідемічним потенціалом, консультації з надання послуг з планування сім'ї (консультування, оцінка та моніторинг генітально-мамологічного статусу, лікування ускладнень), послуги з паліативної допомоги, діагностичні та лікувальні послуги, послуги з спостереження за вагітністю та годуванням груддю, діагностичні медичні послуги (останні є послугами денного стаціонару і надаються в клінічних амбулаторіях).

УВАГА!

Медичні послуги спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги за клінічними спеціальностями, що входять до базового пакету послуг, надаються особам із зони збройного конфлікту в Україні без пред'явлення направлення, яке є спеціальною формою, що використовується в системі соціального медичного страхування.

Оплачується лише одна консультація на одну особу за кожну виявлену невідкладну ситуацію, для якої було надано первинну медико-хірургічну допомогу або яку було вирішено в медичному кабінеті, за винятком дітей віком від 0 до 18 років, для яких буде оплачено не більше 2 консультації.

Для одного і того ж епізоду гострого/підгострого захворювання/загострення хронічного захворювання за направленням оплачується не більше 3 консультації на одну особу протягом не більше 60 календарних днів з дати першої консультації, необхідні для встановлення діагнозу, лікування та перебігу захворювання, незалежно від коду діагнозу, встановленого клінічним спеціалістом.

Пацієнти з хронічними захворюваннями можуть отримати не більше 4 консультації на квартал, не більше 2 консультації на місяць, для отримання послуг, які включають оцінку стану пацієнта та лабораторні дослідження, призначення лікування та спостереження за перебігом захворювання.

Для клінічного та параклінічного обстеження, розробки плану паліативного догляду, призначення лікування та спостереження за розвитком стану осіб, які потребують паліативного догляду, за одним направленням оплачується не більше 6 консультацій/квартал/особу, але не більше 3 консультацій на місяць.

Для осіб з підтвердженим діагнозом при виписці з лікарні оплачується не більше 2 консультації, метою яких є:

- спостереження за перебігом хвороби під час лікування, призначеного під час госпіталізації;
- виконання терапевтичних маневрів;
- огляд рани, видалення ниток, зняття гіпсу, після хірургічного або ортопедичного втручання;
- рекомендації щодо параклінічних досліджень, які вважаються необхідними, за необхідності.

Консультації з приводу хронічних захворювань, а також захворювань з ендемічно-епідемічним потенціалом, що потребують ізоляції, також можуть надаватися дистанційно, за допомогою будь-яких засобів зв'язку, при цьому пацієнт звільняється від обов'язку пред'являти направлення від сімейного лікаря або іншого лікаря спеціаліста. Документи, отримані в результаті консультацій, будуть надіслані пацієнту електронними засобами зв'язку (в т.ч. електронний рецепт).

У спеціалізованому амбулаторному відділенні можуть також надаватися послуги **денного стаціонару**, які тривають менше 12 годин і включають в себе поєднання клінічних медичних послуг та обстежень. Деякі приклади таких послуг: спостереження за нормальним перебігом вагітності, спостереження за вагітністю високого ризику, пренатальний скринінг, раннє виявлення передракових уражень молочної залози, раннє виявлення та діагностика диспластичних уражень шийки матки.

Лікар спеціаліст може прийняти рішення після консультації щодо:

- визначення лікувальної тактики та/або призначення медичного та гігієнічного лікування;
- видачі направлення на отримання медичної/паліативної допомоги вдома;

- видачі рекомендацій для медичних виробів;
- клінічної та параклінічної оцінки, призначення лікування та спостереження за станом здоров'я пацієнтів з хронічними захворюваннями, в межах компетенції, щоквартально або, за необхідності, щомісяця;
- видачі направлення на інші спеціальності, в тому числі на амбулаторну паліативну допомогу/стаціонарну допомогу, за необхідності;
- видачі лікарняного листа, за необхідності.

Лікарі спеціалісти можуть проводити діагностичні або терапевтичні процедури згідно з навчальною програмою підготовки за фахом та за наявності у медичному кабінеті необхідного обладнання.

Лікарі певних спеціальностей (наприклад, невролог, психіатр, ревматолог, ортопед, онколог, кардіолог, пульмонолог, педіатр, ендокринолог, дитячий хірург, серцево-судинний хірург, променевий терапевт тощо), а також лікарі, які мають сертифікат про надання паліативної допомоги, можуть рекомендувати пацієнтам послуги психолога або фізіотерапевта за умови, що спеціалізована амбулаторія, в якій працює лікар, має кваліфікований персонал або уклала договір з надавачем психологічних або фізіотерапевтичних послуг.

Послуги, які може надавати психолог: клінічна психологічна оцінка та психодіагностика, психологічне консультування та психотерапія, консультації зі спеціальної психопедагогіки, за допомогою логопеда, психотерапія.

Сесія триває щонайменше 50 хвилин. Періодичність і кількість сеансів визначає лікар за погодженням з психологом.

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

Сесія фізіотерапії триває щонайменше 45 хвилин.

Мануальний лімфодренаж лімфатичного набряку триває щонайменше 50 хвилин і виконується лише фізіотерапевтами, які пройшли відповідну професійну підготовку.

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

Лабораторні аналізи та візуалізаційні дослідження

Для того, щоб скористатися безкоштовними лабораторними аналізами та візуалізаційними дослідженнями, пацієнти повинні відповідати наступним умовам:

- мати направлення від сімейного лікаря або лікаря-спеціаліста, який уклав договір з організацією соціального медичного страхування;
- звернутися до лабораторії, яка уклала договір з організацією соціального медичного страхування;

Пацієнти можуть пройти дослідження на підставі направлення в лабораторіях та центрах візуалізаційних досліджень, що мають договір з будь-якою страховою компанією, незалежно від того, з якою страховою компанією укладено договір у лікаря, який видав направлення.

Пацієнти можуть скористатися різними категоріями лабораторних досліджень, а саме:

- гематологічні (*гематограма тощо*);
- сироватка крові (*приклади: сечова кислота, креатинін, глюкоза, холестерин, тригліцериди, натрій, калій, кальцій, магній тощо*);
- сеча (*аналіз сечі та осад сечі, альбумін сечі, глюкоза сечі тощо*);
- імунологічні (*різні гормони та антитіла*);

- мікробіологічні (аналіз виділень, екскрементів, антибіограма);
- дослідження зразків тканин.

Також покриваються рентгенологічні дослідження, а також УЗД(нерадіаційні дослідження), доплерографія та високоефективні дослідження (КТ, МРТ, сцинтиграфія, ангиографія).

Для того, щоб визначити лабораторії, які мають контракт із медичними страховими компаніями, і їх бюджети на безкоштовні обстеження, пацієнти можуть зайти на веб-сайт НОМС (www.cnas.ro), де міститься інформація про контактні дані постачальників за типом медичної допомоги. На першій сторінці в меню "**Інформація про постачальника**" в розділі "**Онлайн-звіти постачальники (старий сайт)**", перейшовши у вікно "**Параклінічна звітність - детальніше**", ви знайдете перелік лабораторій, які мають договір з ОМС, а також розмір бюджету, доступний для кожної лабораторії. Цю інформацію також можна знайти на веб-сайтах ОМС.

Увага!

Якщо дослідження неможливо здійснити на місці, лабораторія зобов'язана записати пацієнта на прийом в межах терміну дії направлення, вказавши на зворотному боці направлення дату явки на прийом і дату наступного прийому. Якщо пацієнт відмовляється від дати прийому, лабораторія повертає направлення, щоб пацієнт міг звернутися в іншу лабораторію для проведення досліджень.

Надавачі параклінічних медичних послуг зобов'язані провести протягом 5 робочих днів з дня їх запиту дослідження, рекомендовані відповідно до клінічних настанов з медичної практики, затверджених наказом Міністра охорони здоров'я, необхідні для спостереження за пацієнтами з діагнозом COVID-19 (після виписки зі стаціонару або після закінчення періоду ізоляції), а також за пацієнтами з діагнозом онкологічні захворювання, цукровий діабет, рідкісні захворювання, серцево-судинні захворювання, судинно-мозкові захворювання, неврологічні захворювання, хронічні захворювання нирок, послуги, які надаються лабораторіями навіть у разі перевищення договірної вартості, за умови, що лікар, який призначив дослідження, зазначає у направленні, що дослідження проводяться з метою спостереження.

Дослідження, рекомендовані сімейним лікарем в рамках профілактичних консультацій, оплачуються FNUASS (Єдиним національним фондом медичного страхування) і можуть бути виконані постачальниками за договором з ОМС і понад договірну вартість.

Направлення на лабораторні дослідження діє протягом 30 днів. Для всіх хронічних захворювань, а також для аналізів зі зразками тканин термін дії направлення на дослідження становить до 90 днів. Направлення на високоефективні параклінічні медичні дослідження діє протягом 90 днів. Термін дії направлення на рекомендовані параклінічні дослідження за результатами медичних консультацій з метою профілактики у сімейного лікаря складає до 60 календарних днів.

Стаціонарне лікування

Стаціонарні послуги надаються при **захворюваннях, що потребують госпіталізації**, і включають: консультації, дослідження, діагностику, медикаментозне та/або хірургічне лікування, догляд, реабілітацію, лікарські засоби та медичні товари, медичні вироби, медичне обладнання, проживання та харчування. Стаціонарні медичні послуги надаються за графіком на підставі направлення, виданого сімейним лікарем або амбулаторним лікарем-спеціалістом.

Направлення не потрібне в екстрених випадках.

Надається стаціонарна допомога в наступних формах:

- денна госпіталізація тривалістю не більше 12 годин/візит (день), але не менше 2 годин/візит (день), за винятком послуг, що надаються в приймальних відділеннях та відділеннях невідкладної допомоги в лікарнях, фінансування яких не передбачено бюджетом Міністерства охорони здоров'я, а також послуг, що надаються при онкологічних та гематоонкологічних захворюваннях,
- або безперервна госпіталізація тривалістю понад 12 годин.

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

Умови надання послуг з госпіталізації до державних медичних закладів

Пацієнти можуть **отримати безкоштовні медичні послуги тільки в державних лікарнях**, які уклали договори про надання стаціонарних послуг з медичними страховими компаніями.

Державна лікарня, яка уклала договір з ОМС, зобов'язана надавати медичні послуги, передбачені договором, і нести всі необхідні витрати на стаціонарне лікування пацієнтів, включаючи ліки, медичні матеріали, лабораторні та візуалізаційні дослідження. Лікарня також покриває витрати на стандартні готельні послуги у разі супроводу хворих дітей віком до 3 років, а також супроводу осіб з важкими або гострими формами інвалідності.

Лікарняні послуги, що надаються в умовах денного стаціонару медичними закладами з ліжками, оплачуються у фактичному обсязі.

Якщо пацієнт звертається до лікарні, яка **НЕ** має договору з ОМС, він **оплачує вартість** отриманих медичних послуг і не може відшкодувати ці суми з ОМС.

Державні лікарні, медичні послуги яких оплачуються за договором з ОМС, **НЕ** мають права стягувати з пацієнта іншу плату за надані медичні послуги.

Умови надання послуг з госпіталізації в приватних медичних закладах

З 1 липня 2021 року приватні лікарні, які уклали договір з ОМС, можуть стягувати **особистий внесок** з пацієнтів, які вирішили звернутись за послугами з госпіталізації у зв'язку з гострим захворюванням, у цих закладах, що фінансуються за діагностичними групами(*система DRG*).

Особистий внесок - це різниця між тарифом, який сплачує ОМС, і тарифом, який

стягує приватна лікарня. З метою забезпечення прозорості та дотримання прав пацієнтів було запроваджено такі правила: приватна лікарня, яка уклала договір з ОМС, зобов'язана публічно вивішувати у своєму приміщенні та на своєму веб-сайті тарифи на послуги, а також суму, що сплачується державою, та суму особистого внеску за послуги, що надаються за договором з ОМС. **Перед госпіталізацією** пацієнт отримує **кошторис** вартості необхідних медичних послуг, дійсний протягом 5 робочих днів.

Будь-які зміни в первинному кошторисі, що виникають під час госпіталізації, можуть бути внесені лише за письмовою згодою пацієнта або його законного представника. При виписці з лікарні пацієнту видається кошторис з зазначенням усіх витрат, пов'язаних з госпіталізацією. Основні елементи кошторису наведені нижче.

Deviz estimativ

Datele clinicii

Datele pacientului

Datele cazului tratat
Scurtă descriere a serviciului medical
Numărul zilelor de spitalizare estimate

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

Valabil 5 zile lucrătoare

Що станеться, якщо пацієнт, хоч і госпіталізований, але змушений платити за ліки з власних коштів?

Якщо лікар відділення, в якому перебуває пацієнт, на підставі медичних документів рекомендує певні ліки, медичні засоби або лабораторні дослідження, і витрати на них несе пацієнт, хоча він мав би право отримати їх безкоштовно, лікарня на вимогу застрахованої особи **відшкодовує пацієнту** ці витрати.

Відшкодування зазначених витрат є зобов'язанням, яке поширюється виключно на державні лікарні і здійснюється з їх власних надходжень. Державні лікарні розробляють методику, на основі якої вони відшкодовують ці витрати, яка надається ОМС і повідомляється **пацієнтам під час їх госпіталізації**.

Дантист/стоматолог

Пацієнти можуть скористатися послугами, що входять до базового стоматологічного

пакету, який включає: консультацію, лікування простого карієсу, лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота, видалення зубів, кюретаж альвеолярного відростка та лікування кровотечі, чищення, акриловий протез, фізіономічний або напівфізіономічний протезний елемент, апарати та прилади, що використовуються при лікуванні вроджених вад розвитку.

Послуги, передбачені базовим медичним пакетом стоматології, оплачуються у розмірі 100% для вікової групи 0-18 років та від 60% до 100%, залежно від виду послуги, для осіб старше 18 років.

У віковій групі старше 18 років - тільки для молодих людей від 18 до 26 років, якщо вони є учнями, в тому числі випускниками середніх шкіл, до початку навчального року в університетах, але не більше 3 місяців після закінчення навчання, учнями або студентами, докторантами, які викладають, згідно з договором про надання освітніх послуг з підготовки доктора, в межах 4-6 умовних навчальних годин на тиждень, а також особам, які навчаються за індивідуальним навчальним модулем, за їхнім бажанням, щоб стати професійними військовослужбовцями або здобути звання, і якщо вони не отримують доходу від роботи, ОМС оплачують 100% вартості стоматологічних послуг, для яких передбачено рівень оплати 60%.

Для осіб, на яких поширюється дія спеціальних законів, ОМС оплачують 100% вартості деяких стоматологічних послуг.

Послуги з медичної реабілітації, фізичної медицини та реабілітаційної медицини

Медична реабілітація, фізична медицина та реабілітаційні послуги можуть надаватися амбулаторно або стаціонарно.

Амбулаторна фізична медицина та реабілітація

Послуги фізичної медицини та реабілітації надаються в амбулаторних умовах в рамках клінічної спеціальності фізична медицина та реабілітація. Ці послуги включають в себе конкретні фізичні медичні та реабілітаційні процедури, що виконуються в амбулаторних умовах, такі як фізіотерапія, гідрокінезотерапія, масаж, аерозолі тощо. Деякі процедури, такі як мінеральні ванни, природні мофети, грязьові обгортання, можна проводити тільки в санаторно-курортних центрах.

Специфічні процедури фізичної медицини та реабілітації в рамках програми процедур, що проводяться в амбулаторних умовах, призначаються відповідно до Плану специфічних процедур фізичної медицини та реабілітації, на періоди та відповідно до ритму, встановленого фахівцем з фізичної медицини та реабілітації.

Пацієнти мають право на отримання специфічних амбулаторних процедур фізичної медицини та реабілітації протягом не більше 21 дня/рік/особа для дітей та дорослих, за винятком пацієнтів з підтвердженим діагнозом інсульту протягом перших 4 місяців, при ДЦП, для пацієнток з вторинною лімфедемою після пахвової лімфаденектомії та для пацієнток з аднексектомією, для постраждалих від опіків у перші 4 місяці після виписки з лікарні, коли терапевтичні медичні процедури оплачуються протягом не більше 42 днів/рік/особу.

Процедури можуть бути розділені на не більше ніж дві сесії, залежно від основного захворювання, за рекомендацією фахівця з фізичної медицини та реабілітації у Плані процедур фізичної медицини та реабілітації.

Серія конкретних процедур фізичної медицини та реабілітації, визначена лікарем-спеціалістом, які оплачуються для пацієнта, включає не більше 4 процедур на день лікування. У разі серії амбулаторних фізіотерапевтичних та реабілітаційних процедур, що проводяться в санаторно-курортних закладах, оплачується не більше 4 процедур на день.

Медична реабілітація в лікарнях

Стационарні реабілітаційні послуги надаються в санаторіях або санаторних відділеннях, які можуть мати санаторно-курортний профіль, як для дітей, так і для дорослих.

Фізична медицина та реабілітаційні медичні послуги, що надаються в санаторіях, можуть надаватися протягом не більше 14-21 дня на рік, і ця тривалість може бути розділена на не більше як дві частини, за рекомендацією лікаря, який призначає лікування, і включати щонайменше 4 процедури на день протягом щонайменше 5 днів на тиждень. Медичні послуги також надаються у разі строків менше 14 днів.

За санаторно-курортне лікування в лікарнях пацієнти сплачують особистий внесок. Медичні послуги, що надаються після завершення 21-денного періоду госпіталізації, повністю оплачуються пацієнтами.

Особи, на яких поширюється дія *Надзвичайної постанови № 15/2022* про надання гуманітарної підтримки та допомоги румунською державою іноземним громадянам або особам без громадянства в особливих ситуаціях, які прибувають із зони збройного конфлікту в Україні, з наступними змінами та доповненнями, НЕ зобов'язані сплачувати особистий внесок.

Послуги надаються на підставі направлень на фізіотерапевтичне та реабілітаційне лікування в санаторно-курортних закладах, виданих сімейними лікарями/спеціалістами амбулаторій та лікарень, які перебувають у договірних відносинах з ОМС. Критерії видачі направлень на фізичну медицину та реабілітаційне лікування враховують конкретну патологію пацієнта та супутні фактори.

Період і темп надання послуг визначають фахівці з фізичної медицини та реабілітації.

Послуги з медичної реабілітації, що надаються в санаторно-курортних закладах, крім санаторіїв-профілакторіїв, - це послуги, що надаються в умовах стаціонару, протягом строків і в темпі, визначених фахівцями, які працюють у цих закладах, і не обмежуються певною кількістю днів.

Невідкладні консультації на дому та транспортування без сторонньої допомоги

Пацієнти можуть скористатися наступними послугами з надання невідкладних консультацій на дому та транспортування без сторонньої допомоги додатково до послуг, що надаються в мінімальному пакеті, але не обмежуючись наступними послугами:

- *транспортування при виписці з лікарні (в т.ч. в іншу область) для пацієнтів з тяжкими когнітивними порушеннями (деменції різної етіології, розлади аутистичного спектру, тяжка або глибока розумова відсталість);*
- транспортування пацієнтів, які не можуть рухатись, з тетрапарезом або порушенням опорно-рухового апарату нижніх кінцівок до лікарні для госпіталізації за направленням лікаря до реабілітаційних відділень;
- транспортування в обидва кінці до кабінету клінічного спеціаліста та з кабінету додому лежачих хворих з тяжкими когнітивними порушеннями (деменції різної етіології, розлади аутистичного спектру, помірна або виражена розумова відсталість), з помірно вираженим

геміпарезом або парапарезом, для консультації з метою оцінки, спостереження та призначення лікування хронічних захворювань, медикаментозне лікування яких може бути призначене тільки амбулаторним лікарем-спеціалістом;

- транспортування в обидва кінці до лабораторії та з лабораторії додому для лежачих пацієнтів для проведення амбулаторних параклінічних медичних досліджень, рекомендованих сімейними лікарями або лікарями-спеціалістами в клінічній амбулаторії за договором з ОМС;
- перевезення до дому та назад нетранспортабельних онкохворих пацієнтів, які потребують радіотерапії або хіміотерапії для проходження спеціалізованого лікування, в тому числі в інших областях;
- транспортування до дому та з дому нетранспортабельних пацієнтів, які потребують спостереження та введення лікарських засобів, що відповідають МНН з позначками (**) 1β та (**) 1Ω , передбачених Постановою Уряду № 720/2008, перевиданою з наступними змінами та доповненнями, з парентеральним введенням під особливим наглядом, з метою проведення спеціалізованого лікування, а також для введення парентерального харчування, в тому числі в інших областях;
- транспортування пацієнтів, які пройшли трансплантацію, при виписці, в тому числі в інші області.

Невідкладні консультації на дому та медичне транспортування без сторонньої допомоги здійснюються приватними службами швидкої допомоги, які уклали договір з ОМС, через службу екстреної допомоги 112.

Таким чином, тільки якщо пацієнт перебуває в одній з зазначених вище ситуаціях, пацієнт або особа, яка за ним доглядає, може зателефонувати до служби екстреної допомоги 112, і диспетчер проаналізує описану ситуацію та вирішить, який автомобіль швидкої допомоги направити.

Крім того, якщо виникла потреба транспортувати пацієнта при виписці з лікарні, екстрену службу 112 може викликати як сам пацієнт, так і особи, які за ним доглядають, а також персонал лікарні.

Виклик екстреної служби 112 необхідно робити відповідально!

Медичний догляд вдома

Послуги домашнього догляду надаються пацієнтам за рекомендацією, з урахуванням стану їхнього здоров'я.

Послуги домашнього догляду можуть рекомендувати: лікарі-спеціалісти в амбулаторіях або лікарнях, при виписці пацієнта, а також сімейні лікарі, лікарі, які уклали договір з ОМС. Домашній медичний догляд рекомендується пацієнтам зі статусом ECOG3 (*50% прикуті до ліжка або крісла*) або ECOG4 (*повністю прикуті до ліжка, повністю залежні від іншої людини для базового догляду*).

Найпоширенішими послугами домашнього медичного догляду є: вимірювання фізіологічних параметрів (температури, пульсу, артеріального тиску тощо), введення ліків, терапевтичні маневри для уникнення судинних та легеневих ускладнень, догляд за ранами, фізіотерапія.

Тривалість часу, протягом якого особа може отримувати послуги з догляду вдома, визначається лікарем, який це рекомендував, але не більше 90 днів догляду/за останні 11 місяців (в декілька етапів/епізодів догляду), відповідно, 180 днів догляду/за останні 11 місяців для пацієнтів віком до 18 років, за винятком пацієнтів віком до 18 років, які мають

право на 300 днів медичного догляду вдома та паліативного догляду вдома за останні 11 місяців. Епізод догляду - це не більше 15 днів догляду, відповідно, не більше 30 днів у ситуаціях, які з медичної точки зору обґрунтовані направляючим лікарем. Для кожного епізоду догляду використовуватиметься окрема форма направлення. Якщо, згідно з рекомендаціями щодо надання медичного догляду вдома, догляд не надається протягом декількох днів поспіль, то при підрахунку 90 днів/за останні 11 місяців враховуються лише ті дні, в які догляд надавався.

Постачальники послуг з медичного догляду на дому надають послуги згідно з планом догляду, розробленим відповідно до рекомендацій направляючого лікаря, в тому числі в суботу, неділю та святкові дні. План догляду може бути змінений тільки за наявності висновку лікаря, який видав направлення на домашній догляд.

Паліативний догляд вдома

Паліативний догляд вдома надається на підставі направлення, виданого сімейними лікарями, лікарями-спеціалістами спеціалізованих амбулаторій, у тому числі лікарями, які мають сертифікат про проходження додаткової освіти з надання паліативного догляду, або лікарями-спеціалістами лікарень, що уклали договір з ОМС.

Найпоширенішими послугами паліативного догляду вдома є: консультація, розробка міждисциплінарного плану лікування та догляду, оцінка функціонального стану та здатності до самообслуговування, застосування та моніторинг фармакологічного лікування, навчання та інформування пацієнта для самообслуговування, догляд в термінальній стадії, спеціалізоване психологічне консультування пацієнта та його родини, фізіотерапія.

Тривалість часу, протягом якого особа може отримувати паліативну допомогу вдома, визначається направляючим лікарем, але не більше 90 днів догляду/за останні 11 місяців у декілька етапів (епізодів догляду), або 180 днів догляду/за останні 11 місяців для пацієнтів віком до 18 років. Епізод догляду складає не більше 30 днів догляду.

Послуги паліативного догляду вдома надаються відповідно до плану догляду, складеного фахівцем паліативної медицини, який працює в закладі паліативної допомоги, відповідно до потреб пацієнта. Регулярність надання послуг паліативного догляду вдома визначається на основі протоколу моніторингу відповідно до потреб пацієнта, визначених командою паліативної допомоги. План догляду може бути переглянутий відповідно до потреб пацієнта.

Фахівець паліативної медицини, який працює в закладі паліативної допомоги, може виписувати електронні рецепти на ліки з доплатою особистого внеску та без неї з метою контролю симптомів пацієнта.

Умови надання медичної та паліативної допомоги вдома

Особа може отримати 90 днів медичного догляду вдома та 90 днів паліативного догляду вдома протягом останніх 11 місяців; загальна кількість днів медичного догляду вдома та паліативного догляду вдома не може перевищувати 180 днів протягом останніх 11 місяців, за винятком пацієнтів віком до 18 років, які можуть отримати 180 днів медичного догляду вдома та 180 днів паліативного догляду вдома, але не більше 300 днів медичного догляду вдома та паліативного догляду вдома за останні 11 місяців.

Направлення на надання медичного догляду вдома або паліативного догляду вдома виписується у двох примірниках, один залишається у лікаря, а другий примірник направлення на надання медичного догляду вдома або паліативного догляду вдома залишається у пацієнта і пред'являється в оригіналі особою/її представником, крім законних представників постачальників послуг з медичного догляду вдома /паліативного догляду вдома, або надсилається електронними засобами зв'язку, поштою чи кур'єром до ОМС, на адміністративній території якої він подає заяву на отримання цих послуг, яка засвідчує кількість днів догляду, на які він має право.

ОМС в момент пред'явлення направлення також надасть особі або її законному представнику список постачальників медичного або паліативного догляду на дому, з якими вона має договірні відносини, разом з їхніми контактними даними.

Для того, щоб людина могла скористатися безкоштовним медичним та паліативним доглядом вдома, ці послуги повинні надаватися постачальником, який уклав договір з ОМС.

Компенсовані лікарські препарати

Пацієнти можуть скористатися ліками, які оплачуються за рахунок коштів Фонду FNUASS, які відпускаються на підставі електронного медичного рецепта або спеціального рецепта (для психотропних та наркотичних засобів - зелений або жовтий бланк).

У системі соціального медичного страхування можуть призначатися та оплачуватися лише ті ліки, які входять до Переліку компенсованих ліків, затвердженого постановою Уряду.

Ліки, які оплачуються за рахунок коштів Фонду FNUASS, можуть відпускатися тільки в комунальних аптеках, які уклали договір з ОМС.

Лікар, який призначає лікування

Компенсовані ліки можуть бути призначені сімейним лікарем або лікарем-спеціалістом (який працює в спеціалізованій амбулаторії або лікарні) за договором з ОМС. Певні ліки, обмежені терапевтичними протоколами, можуть бути призначені тільки лікарем-спеціалістом.

Пацієнт також може отримати компенсовані ліки для лікування вже підтвердженого хронічного захворювання, якщо він потрапляє до лікарні, яка не має цих ліків. Отже, сімейні лікарі та лікарі спеціалізованих амбулаторій можуть виписувати медичні рецепти на ліки з національних програм охорони здоров'я, а також на ліки для лікування хронічних захворювань, крім тих, що входять до переліку ліків, який лікарня подає для укладання договору. У цій ситуації рецепт видається за умови пред'явлення документа, виданого лікарнею, про те, що пацієнт перебуває на стаціонарному лікуванні. Лікарні зобов'язані публікувати на своєму веб-сайті **перелік ліків, доступних у лікарні**.

Зазвичай, лікар виписує компенсаційні ліки за діючою речовиною (*міжнародною непатентованою назвою - МНН*), але в певних ситуаціях, наприклад, для біопрепаратів, ліків за договорами "вартість-обсяг" або "вартість-обсяг-результат", а також у випадках, коли це виправдано з медичної точки зору, рецепт може бути виписаний і за торговою назвою препарату.

Один примірник рецепта лікар видає пацієнту для пред'явлення в аптеці. У разі електронних рецептів, виписаних після дистанційної консультації сімейного лікаря або лікаря-спеціаліста, пацієнт або особа, яка отримує ліки від імені пацієнта, може роздрукувати надісланий лікарем документ або надіслати його в аптеку електронними засобами зв'язку для друку.

УВАГА!

У системі соціального медичного страхування компенсовані ліки можуть бути призначені та оплачені для захворювань, перелічених у "*Короткому викладі характеристик продукту*", затвердженому румунським Національним агентством з лікарських засобів та медичних виробів, або за умов, викладених у терапевтичних протоколах для тих ліків, які відпускаються тільки за рецептом.

Термін дії електронного рецепта

Періоди, на які можуть бути призначені ліки, становлять не більше 7 днів для гострих захворювань, до 8 - 10 днів для підгострих захворювань і до 30 - 31 дня для пацієнтів з хронічними захворюваннями. Період, на який можуть призначатися лікарські засоби, що є предметом договорів "вартість-обсяг/вартість-обсяг-результат", та імунологічні препарати, що застосовуються для вироблення активного імунітету для певних верств населення, в амбулаторному лікуванні, становить до 30 - 31 дня.

Рецепти для лікування хронічних захворювань дійсні не більше 30 днів з дати видачі, а для гострих і підгострих захворювань - не більше 48 годин.

Рецепти, виписані на період 90/91/92 дні, рецепти, виписані онлайн і підписані лікарем з розширеним електронним підписом, можуть бути виписані частинами на 30/31/32 дні і дійсні не більше 92 днів, в залежності від періоду, на який вони виписані. Перший відпуск має бути здійснено протягом 30 днів з дати видачі рецепта.

Компенсаційні списки

Максимальна сума, яку ОМС оплачують за рахунок коштів Фонду FNUASS, це сума, яка відповідає застосуванню компенсаційної ставки до фіксованої ціни лікарських засобів. Компенсаційна ставка, що застосовується до фіксованої ціни, диференціюється залежно від того, до якого підписку входить лікарський засіб, призначений лікарем, а саме:

- **90%** для міжнародних непатентованих назв (МНН) , наведених у підписку А;
- **50%** для міжнародних непатентованих назв (МНН) , наведених у підписку В;
- **100%** для міжнародних непатентованих назв (МНН) , наведених у підписку С;
- **20%** для міжнародних непатентованих назв (МНН) , наведених у підписку D.
- **50% або 100%** для лікарських засобів, наведених у підписку Е, залежно від того, для яких верств населення призначені ці ліки

Діти віком від 0 до 18 років, вагітні жінки та матері-годувальниці, молоді люди віком від 18 до 26 років, якщо вони є учнями, включаючи випускників шкіл до початку навчального року в університеті, але не більше 3 місяців, учні та студенти , а також особи, передбачені спеціальними законами, також мають право на безоплатне отримання, за рахунок коштів Фонду (100% компенсація фіксованої ціни) , лікарських засобів, що входять до підписків А, В і D.

УВАГА!

Особи із зони збройного конфлікту в Україні звільняються від сплати особистого внеску за лікарські засоби, що надаються при амбулаторному лікуванні!

Відпуск лікарських засобів в аптеці

Пацієнти можуть отримати лікарські засоби в будь-якій аптеці країни, яка уклала договір з ОМС, незалежно від того, в якій ОМС зареєстрований пацієнт або з якою ОМС уклав договір лікар, за винятком ліків, які є предметом договорів "вартість-обсяг-результат".

Медичні вироби

Медичні вироби надаються пацієнтам на визначений або невизначений термін на підставі рецепта, виданого лікарем, який уклав договір з ОМС. Рецепти втрачають чинність, якщо вони не подаються до ОМС протягом 30 календарних днів з дня їх видачі.

Термін дії **рецепта необмежений** для наступних категорій медичних виробів:

- обладнання для кисневої терапії, неінвазивної вентиляції та штучної підтримки позитивного тиску в дихальних шляхах СРАР/ВРАР для осіб з важкою або постійною формою інвалідності,
- постійна стома, відповідно, постійне нетримання сечі,
- протези верхніх кінцівок та протези нижніх кінцівок - остаточні протези.

Вироби видаються пацієнтам лише постачальниками, які мають контракт з ОМС, або шляхом купівлі чи оренди. За певні медичні вироби, ціна на які вища, ніж ціна, яку сплачує ОМС для цієї категорії виробів, застрахована особа сплачує особистий внесок.

Особи, на яких поширюється дія Надзвичайної постанови № 15/2022 про надання гуманітарної підтримки та допомоги румунською державою іноземним громадянам або особам без громадянства в особливих ситуаціях, які прибувають із зони збройного конфлікту в Україні, з наступними змінами та доповненнями, НЕ зобов'язані сплачувати особистий внесок.

Базовий пакет для медичних виробів, призначених для відновлення органічних або функціональних недоліків в амбулаторних умовах, включає ЛОР-протези, калоприймачі, вироби для затримки сечі та/або нетримання сечі, протези кінцівок, ортези на хребет, ортези для верхніх кінцівок, ортези для нижніх кінцівок, ортопедичне взуття, апарати для корекції зору, апарати для кисневої терапії та неінвазивної вентиляції легень, апарати СРАР/ВРАР та пристрої для полегшення кашлю, апарати аерозольної терапії, ходунки, зовнішні протези молочних залоз, компресійні апарати.

Процедура отримання виробів

Пацієнт, родич першого або другого ступеня споріднення, чоловік/дружина або законний представник подає заяву до ОМС разом з наступними документами:

- копія посвідчення особи;
- рецепт на медичний виріб;
- довідка про ступінь та тип інвалідності для кисневої терапії та неінвазивної вентиляції, апаратів СРАР/ВРАР та пристроїв для полегшення кашлю, за необхідності.

З 1 липня 2023 року **документи від імені пацієнта може подавати будь-яка особа**, крім представників постачальників медичних виробів (законних представників, учасників, директорів, працівників постачальників медичних виробів).

Для дітей до 14 років необхідно додати рецепт на виріб із зазначенням адреси дитини та копію свідоцтва про народження. Документи також можна надіслати до ОМС поштою, кур'єром або за допомогою електронних засобів зв'язку.

ОМС зобов'язана розглянути і прийняти рішення про прийняття або відхилення заяви протягом не більше 3 робочих днів з дня її реєстрації.

У разі прийняття заяви буде видано рішення про затвердження на придбання/оренду виробу в межах фонду, затвердженого для цієї мети. Рішення може забрати з ОМС користувач, родич першого або другого ступеня споріднення, чоловік/дружина або його/її законний представник, або воно надсилається поштою, кур'єром або електронними засобами зв'язку з розширеним/кваліфікованим підписом протягом не більше 2 днів з моменту видачі, на вимогу.

У випадках, коли запиту на вироби перевищують затверджений місячний фонд, складаються пріоритетні списки за категоріями медичних виробів. У цьому випадку рішення видається тоді, коли затверджений для цієї мети фонд дозволяє оплатити виріб, в порядку черговості.

Для того, щоб отримати медичний виріб, пацієнт, родич першого або другого ступеня споріднення, чоловік або дружина або законний представник повинен протягом терміну дії рішення звернутися до одного з постачальників медичних виробів, який уклав договір з ОМС, з наступними документами: рішення, видане ОМС, і рецепт. Документи також можуть бути надіслані постачальнику поштою/кур'єром або засобами дистанційного зв'язку для отримання медичних виробів, які не виготовляються на замовлення.

Пацієнти, які мають рішення, дійсні не більше 12 місяців поспіль, можуть звернутися до іншого постачальника, який уклав договір з ОМС, шляхом проходження всієї процедури заново для отримання нового рішення.

Якщо лікар-спеціаліст рекомендує змінити тип калоприймача або пристрою для затримки та/або нетримання сечі для пацієнта, який має рішення, дійсне протягом не більше 12 місяців поспіль, вся процедура для цих пристроїв може бути повторена для отримання нового рішення.

Перелік медичних виробів, доступних пацієнтам, включає в себе терміни заміни медичних виробів. Період заміни починається з моменту отримання пацієнтом медичного виробу.

Заходи для вагітних жінок

Медичні послуги для вагітних жінок передбачають різні рівні медичної допомоги, а саме:

- **Первинна медична допомога**

Консультації щодо спостереження за вагітністю та годуванням груддю:

- скринінг першого триместру, послуга також включає діагностику вагітності, якщо це доцільно;
- спостереження, щомісяця, з 3-го по 7-й місяць. Якщо вагітна жінка стає на облік на 3-му місяці, то в ОМС за цей місяць буде повідомлено лише про реєстрацію вагітної, а не про спостереження;
- спостереження, двічі на місяць, з 7-го по 9-й місяць включно;
- спостереження за годуванням груддю після виписки з пологового будинку - в кабінеті та на дому;

- спостереження за годуванням груддю через 4 тижні після пологів - в кабінеті та на дому.

Спостереження за жінками під час вагітності спрямоване на підтримку виключно грудного вигодовування до досягнення дитиною 6-місячного віку та продовження грудного вигодовування щонайменше протягом 12 місяців, даються рекомендації щодо тестування на ВІЛ, вірусні гепатити В і С, сифіліс у вагітної жінки та інші необхідні параклінічні обстеження.

Після першого візиту вагітної жінки до сімейного лікаря, лікар видасть документ, що засвідчує вагітність.

З метою підтримки вагітних жінок, до базового пакету включено дві діагностичні та лікувальні медичні послуги для забезпечення кращого доступу до медичних послуг : спостереження за протіканням пологів до початку пологів та передчасні пологи - ці послуги можуть бути надані сімейним лікарем навіть за місцем звернення, в рамках надання послуг на дому або поза робочим часом, зазначеним в договорі з ОМС.

- **Спеціалізована амбулаторна допомога для параклінічних спеціальностей**

Параклінічні медичні послуги: Цитологічне дослідження шийки матки по Папаніколау, Дослідження вагінальних виділень - мікроскопія нативного та забарвленого матеріалу, бактеріоскопія та ідентифікація бактерій, Дослідження вагінальних виділень - мікроскопія нативного та забарвленого матеріалу, бактеріоскопія та ідентифікація грибів, Антибіограма та Антифунгіграма, входять до пакету базових медичних послуг при наданні спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги для параклінічних спеціальностей. Ці послуги також можуть рекомендувати сімейні лікарі.

Параклінічні медичні дослідження "Акушерське УЗД патології 2 триместру" та "Акушерське УЗД патології 1 триместру з НТ" входять до пакету базових медичних послуг при наданні спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги за параклінічними спеціальностями та оплачуються за рахунок коштів Фонду FNUASS тільки для лікарів акушерів-гінекологів, які мають вузьку спеціалізацію з перинатології.

УВАГА!

За медичні аналізи та дослідження, пов'язані з вагітністю, рекомендовані сімейними лікарями та лікарями-спеціалістами акушерами та гінекологами, під час консультацій з спостереження вагітності, суми, зазначені в договорах з ОМС, можуть бути доповнені шляхом укладання додаткових угод, після закінчення місяця, в якому вони були надані, в межах коштів, виділених на медичну допомогу в спеціалізованій амбулаторії для параклінічних спеціальностей!

- **Спеціалізована амбулаторна допомога для клінічних спеціальностей**

- **Послуги з спостереження за вагітністю та годуванням груддю** - одна консультація на кожен триместр вагітності та одна консультація в перший триместр після пологів, під час якої можуть бути рекомендовані аналізи та дослідження або госпіталізація, якщо це необхідно.

Якщо лікар-спеціаліст має вузьку спеціалізацію в галузі перинатології, він також може проводити УЗД для виявлення патологій вагітності (*аномалії першого триместру вагітності з вимірюванням товщини комірцевого простору та аномалії другого триместру вагітності за даними УЗД*).

- **Медичні послуги з діагностичних цілей - кейс-менеджмент**

Ці послуги є послугами денного стаціонару, надаються в клінічній амбулаторії та оплачуються лише за умови надання всіх обов'язкових послуг:

▪ **Спостереження за нормальним перебігом вагітності (у вагітних, які не мають в анамнезі захворювання на краснуху, токсоплазмоз, ЦМВ-інфекцію)**

Обов'язкові послуги: Консультації спеціалістів акушерів-гінекологів, загальний аналіз крові, визначення групи крові вагітної за системою АВ0, визначення групи крові вагітної за системою Rh, сечовина (сироватка), сечова кислота (сироватка), креатинін (сироватка), глюкоза в крові, ГПТ, АСТ, ТТГ, Загальний аналіз сечі (загальний аналіз + осад), VDRL або RPR, Тестування вагітної на ВІЛ-інфекцію, Обстеження вагітної на інфекції, що загрожують вагітності (краснуха, токсоплазмоз, ЦМВ-інфекція, гепатити В і С), Вагінальні виділення, Цитологічне дослідження шийки матки по Папаніколау (до Т23+6 днів) або Тест на толерантність до глюкози +/- Глікований гемоглобін (Т24 - Т28+6 днів) або **Біометрія плода (Т29-Т33+6 днів)** або Виявлення стрептококу групи В (Т34 - Т37+6 днів), УЗД для підтвердження життєздатності та визначення терміну вагітності.

Спеціальності, які надають цю послугу:

- клінічні: акушерство та гінекологія, для яких лікарі повинні надати докази компетентності/сертифікат про проходження додаткового навчання з акушерської та гінекологічної ультразвукової діагностики;

- параклінічні: лабораторна медицина.

На пакет медичних послуг відповідає як вимогам щодо Спостереження за нормальним перебігом вагітності (у вагітної, у якої в анамнезі не має медичних документів, що свідчать про захворювання на краснуху, токсоплазмоз, ЦМВ-інфекцію), так і Спостереження за нормальним перебігом вагітності (у вагітної, у якої в анамнезі є медичні документи, що свідчать про захворювання на краснуху, токсоплазмоз, **ЦМВ-інфекцію**) укладають договори лише медичні заклади, які мають акушерсько-гінекологічний кабінет, де проводяться консультації спеціалістів та ультразвукові дослідження для підтвердження життєздатності плоду та визначення терміну вагітності, а також медичну лабораторію для проведення всіх медичних досліджень, передбачених пакетом послуг.

Якщо медичні послуги Спостереження за нормальним перебігом вагітності (для вагітних без медичних документів) та Спостереженню за нормальним перебігом вагітності (для вагітних з медичними документами) надаються в період Т11 - Т19 + 6 днів, вони можуть надаватися одночасно з медичними послугами, що відповідають Пренатальному скринінгу (Т11 - Т19 + 6 днів).

▪ **Пренатальний скринінг (Т11 - Т19 + 6 днів)**

Обов'язкові послуги: консультація спеціаліста акушера-гінеколога (інтегративна інтерпретація результатів), подвійний тест/потрійний тест, УЗД для виявлення аномалій розвитку плоду (Т11 - Т19 + 6 днів).

На пакет медичних послуг укладається договір лише з медичними закладами, які мають акушерсько-гінекологічний кабінет, в якому проводиться ультразвукове дослідження для виявлення аномалій розвитку плоду Т11 - Т19 + 6 днів та медичну лабораторію для проведення подвійного/потрійного тесту, в залежності від терміну вагітності.

Спеціальності, що надають послуги пренатального скринінгу:

- клінічні: акушерство та гінекологія; лікарі, які спеціалізуються в галузі акушерства та гінекології, повинні надати докази компетентності/сертифікацію додаткової підготовки з акушерської та гінекологічної ультразвукової діагностики або вузької спеціалізації в галузі перинатології;

- параклінічні: лабораторна медицина.

▪ **Спостереження за іншими вагітностями високого ризику (гестаційні набряки)**

Обов'язкові послуги: консультація акушера-гінеколога, загальний аналіз крові, креатинін сироватки крові, сечова кислота (сироватка), ГПТ, АСТ, загальний аналіз сечі (загальний аналіз + осад), визначення білка у сечі, загального білка (сироватка), акушерсько-гінекологічне УЗД.

Контракти на ці послуги укладаються лише з акушерсько-гінекологічними лікарнями та іншими медичними закладами з ліжковим фондом, які мають у своїй структурі акушерсько-гінекологічні та неонатологічні відділення або відділення, віднесені до 3-го, 2-го або 1-го рівня відповідно до положень Наказу Міністра охорони здоров'я № 1881/2006, з подальшими змінами та доповненнями.

Спеціальності, що надають зазначені вище послуги:

- клінічні: акушерство та гінекологія, для яких лікарі повинні надати докази компетентності/сертифікат про проходження додаткового навчання з акушерської та гінекологічної ультразвукової діагностики;

- параклінічні: лабораторна медицина.

▪ **Спостереження за іншими вагітностями високого ризику (легке надмірне блювання вагітних)**

Обов'язкові послуги: консультація акушера-гінеколога, загальний аналіз крові, натрій (сироватка), калій (сироватка), загальний аналіз сечі (загальний аналіз + осад), сечовина (сироватка), сечова кислота (сироватка), креатинін (сироватка), акушерсько-гінекологічне УЗД.

Контракти на ці послуги укладаються лише з акушерсько-гінекологічними лікарнями та іншими медичними закладами з ліжковим фондом, які мають у своїй структурі акушерсько-гінекологічні та неонатологічні відділення або відділення, віднесені до 3-го, 2-го або 1-го рівня відповідно до положень Наказу Міністра охорони здоров'я № 1881/2006, з подальшими змінами та доповненнями.

Спеціальності, що надають зазначені вище послуги:

- клінічні: акушерство та гінекологія, для яких лікарі повинні надати докази компетентності/сертифікат про проходження додаткового навчання з акушерської та гінекологічної ультразвукової діагностики;

- параклінічні: лабораторна медицина.

▪ **Спостереження за іншими вагітностями високого ризику (обстеження вагітних з рубцем на матці у третьому триместрі)**

Обов'язкові послуги: консультація акушера-гінеколога, кардіотокографія, акушерське та гінекологічне УЗД.

Контракти на ці послуги укладаються лише з акушерсько-гінекологічними лікарнями та іншими медичними закладами з ліжковим фондом, які мають у своїй структурі акушерсько-гінекологічні та неонатологічні відділення або відділення, віднесені до 3-го, 2-го або 1-го рівня відповідно до положень Наказу Міністра охорони здоров'я № 1881/2006, з подальшими змінами та доповненнями.

Спеціальності, що надають зазначені вище послуги:

- клінічні: акушерство та гінекологія, для яких лікарі повинні надати докази компетентності/сертифікат про проходження додаткового навчання з акушерської та гінекологічної ультразвукової діагностики;

- параклінічні: лабораторна медицина.

Перераховані вище медичні послуги є послугами денного стаціонару, які можуть надаватися як в клінічній амбулаторії, так і в денному стаціонарі.

Крім того, **спостереження за вагітністю з високим ризиком у вагітних зі спадковими та набутими порушеннями компонентів системи згортання крові/тромбофіліями** включено до базового пакету стаціонарної медичної допомоги.

Обов'язкові послуги: консультації акушера-гінеколога, антитромбін III, протеїн C, протеїн S, визначення гомоцистеїну в сироватці крові, аналіз на гомоцистеїну в сироватці крові, фактор V Лейдена, скринінг на вовчаковий антикоагулянт, підтвердження вовчакового антикоагулянту, акушерське та гінекологічне УЗД,

Послуга надається у першому або другому триместрі вагітності вагітним жінкам, які мають хоча б один із наведених нижче судинних та акушерських факторів ризику:

- наявність в анамнезі тромбоемболії;
- сімейний анамнез (родичі першого ступеня спорідненості з тромбоемболією або позитивний спадковий анамнез тромбофілії);
- повторні аборти в першому триместрі з невідомої причини;
- перервані вагітності;
- передчасні пологи;
- гіпертонія, спричинена вагітністю;
- відшарування нормально розташованої плаценти;
- плацентарна недостатність.

Амніоцентез, забір пуповинної крові та біопсія ворсин хоріона можуть також проводитися в умовах денного стаціонару; біопсія ворсин хоріона оплачується для вагітних у першому триместрі вагітності, а амніоцентез для вагітних у другому триместрі вагітності, вони виконуються тільки лікарями акушерами-гінекологами, які мають вузьку спеціалізацію в галузі перинатології, для випадків з серйозними аномаліями, підтвердженими візуалізацією перед процедурою або у випадку генетичної патології в сім'ї з ризиком передачі нащадкам - за рекомендацією лікаря-генетика або ризику анеуплоїдії більше 1/250 за результатами пренатального генетичного скринінгу: комбінований тест (ультразвукові маркери та подвійний або потрійний тест); генетичне дослідження взятих зразків включено у вартість цих тестів. Аналізи пуповинної крові оплачуються вагітним жінкам у другому триместрі вагітності, які проводяться тільки лікарями акушерами-гінекологами з вузькою спеціалізацією в галузі перинатології, у випадках з зазначенням діагностичної або терапевтичної мети; генетичне дослідження взятих зразків включено в їхню вартість.

Генетичне дослідження зразків, отриманих шляхом біопсії ворсин хоріона, амніоцентезу або збору пуповинної крові, проводиться за допомогою однієї з наступних методик: цитогенетична, FISH, MLPA, QF-PCR.

Послуги денного стаціонару можуть також надаватися на постійній основі, якщо у пацієнта є ускладнення або супутні захворювання, які наражають пацієнта на ризик, велика кровотеча, яка ставить питання про поповнення волемії, анестезіологічний ризик, який важко контролювати в умовах денного стаціонару, а також післяпроцедурний біль, який важко контролювати, пов'язаний з великими інвазивними процедурами.

НАЦІОНАЛЬНІ ЛІКУВАЛЬНІ ПРОГРАМИ

Національні лікувальні програми - це комплекс заходів, спрямованих на основні сфери діяльності в галузі охорони здоров'я населення. Національні програми охорони здоров'я населення (з акцентом на профілактику) реалізуються Міністерством охорони здоров'я, а Національна організація з медичного страхування реалізує національні лікувальні програми (з акцентом на лікування).

Метою Національних лікувальних програм (НЛП) є забезпечення специфічного лікування захворювань, що мають значний вплив на здоров'я населення. У рамках НЛП пацієнти мають право отримати:

- лікарські засоби,
- медичні товари,
- медичні вироби,
- послуги променевої терапії, послуги діалізу, послуги лікування за допомогою апарату Gamma Knife, послуги діагностики та моніторингу гематологічних злоякісних новоутворень за допомогою імунофенотипування, цитогенетичного та FISH дослідження, молекулярно-біологічного дослідження, послуги генетичної діагностики солідних злоякісних новоутворень (нейробластома, саркома Юінга, рабдоміосаркома, ретинобластома та первинні пухлини центральної нервової системи), послуги генетичної діагностики (місцево поширений або метастатичний колоректальний рак, місцево поширений та метастатичний рак яєчників, бронхолегеневий рак, крім НДКРЛ, рак молочної залози),
- специфічні дослідження (наприклад, визначення глікозильованого гемоглобіну, ПЕТ-КТ дослідження).
- супутні послуги для людей з розладами аутистичного спектру,

У випадку національної програми замісної ниркової терапії (діалізу) для пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю, окрім лікарських засобів і виробів медичного призначення та спеціальних параклінічних медичних обстежень, забезпечується немедичне транспортування пацієнтів, які перебувають на гемодіалізі, додому та з дому, а також щомісячне транспортування лікарських засобів і виробів медичного призначення, необхідних для перитонеального діалізу, додому до пацієнта.

В рамках НЛП надаються лише ті лікарські засоби, які включені до Переліку компенсованих лікарських засобів, затвердженого постановою Уряду, і які можуть бути призначені та оплачені лише при захворюваннях, на які поширюється дія НЛП.

Лікарські засоби, що відпускаються в рамках НЛП, можуть відпускатися через комунальні аптеки (аптеки відкритого типу) або лікарняні аптеки (аптеки закритого типу). Лікарські засоби для амбулаторного лікування хворих на розсіяний склероз, гемофілію, деякі рідкісні захворювання, ендокринні захворювання, для замісної підтримувальної терапії та лікування рецидиву хронічного гепатиту у пацієнтів з трансплантованою печінкою, включених до НЛП, відпускаються тільки через лікарняні аптеки.

Лікарські засоби для амбулаторного лікування хворих на цукровий діабет, для лікування посттрансплантаційного стану пацієнтів з трансплантатами, крім лікування рецидиву хронічного гепатиту у пацієнтів з трансплантацією печінки, для лікування пацієнтів з деякими рідкісними захворюваннями (муковісцидоз, бічний аміотрофічний склероз, спадковий ангіоневротичний набряк, ідіопатичний легеневий фіброз, міодистрофія Дюшена, синдром Прадера-Віллі, спадкова нейропатія зорового нерва Лебера, лімфангіолейоміоматоз), які відпускаються в комунальних аптеках.

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.

Залучення пацієнтів до національної лікувальної програми

Залежно від стану здоров'я пацієнта та з огляду на критерії прийнятності, лікар спеціаліст може прийняти рішення про залучення пацієнта до НЛП.

Призначення лікування здійснюється лікарем спеціалістом відповідно до умов, визначених у розділі **Лікар спеціаліст**. При певних захворюваннях лікування може бути призначене і надалі сімейним лікарем на підставі медичного висновку, виданого лікарем спеціалістом.

Для того, щоб отримати лікування, передбачене в НЛП, пацієнти повинні звернутися до лікаря спеціаліста, який працює в медичному закладі, що реалізує програму. Перелік цих медичних закладів міститься на сайтах ОМС у розділі **"Інформація для застрахованих осіб" - "Національні лікувальні програми"**.

Національні лікувальні програми, які реалізує Національна організація медичного страхування:

- Національна програма лікування серцево-судинних захворювань;
- Національна онкологічна програма;
- Національна програма лікування глухоти за допомогою імплантованих слухових апаратів;
- Національна програма лікування цукрового діабету;
- Національна програма лікування неврологічних захворювань;
- Національна програма лікування гемофілії та таласемії;
- Національна програма лікування рідкісних захворювань;
- Національна програма психічного здоров'я;
- Національна програма лікування ендокринних захворювань;
- Національна ортопедична програма;
- Національна програма трансплантації органів, тканин і клітин людини;
- Національна програма підтримки ниркової функції для пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю;
- Національна програма інтенсивної терапії печінкової недостатності;
- Національна програма діагностики та лікування з використанням високоефективного обладнання
- Національна програма ПЕТ-КТ досліджень
- Національна програма лікування ендометріозу