Ministry of Health, Welfare and Sport

Програма медичного обслуговування для переміщених осіб з України

(Regeling Medische zorg Ontheemden – RMO)

Версія від 1 червня 2023 року

Everyone healthy, fit and resilient

Зміст

ГЛОСАРІЙ **3**

1 ПРОГРАМА МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ДЛЯ УКРАЇНЦІВ **4**
1.1 Право на медичні послуги згідно з RMO 4
1.2 Направлення, показання та заява 4
1.3 Постачальники медичних послуг за контрактом 4
1.4 Декларації 4

2 ПРАВО НА МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ **5**
2.1 Аудіологічна допомога – Audiologische hulp 5
2.2 Лікування – Behandeling 6
2.3 Дієтологія – Diëtetiek 6
2.4 Засоби для спеціальної дієти – Dieetpreparaten 6
2.5 Генетичне дослідження – Erfelijkheidsonderzoek 7
2.6 Ерготерапія – Ergotherapie 7
2.7 Фізіотерапія та ЛФК – Fysiotherapie en oefentherapie 7
2.8 Лікування психічних захворювань – Geestelijke Gezondheidszorg 8
2.9 Медична допомога окремим групам пацієнтів – Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen 10
2.10 Лікарські засоби (фармацевтична допомога) – Geneesmiddelen (farmaceutische zorg) 11
2.11 Геріатрична реабілітація – Geriatrische revalidatie 12
2.12 Сімейний лікар – Huisartsenzorg 13
2.13 Допомога по дому 13
2.14 Допоміжні засоби та пристрої – Hulpmiddelen 14
2.15 Ведення вагітності та пологи – Kraamzorg 14
2.16 Логопедія – Logopedie 15
2.17 Спеціалізована медична допомога – Medisch specialistische zorg 15
2.18 Позаклінічний діаліз – Niet-klinische dialyse 16
2.19 Паліативна допомога – Palliatief Terminale Zorg 16
2.20 Пластична хірургія – Plastische chirurgie 16
2.21 Реабілітація – Revalidatie 17
2.22 «Інша думка» (отримання альтернативного висновку) – Second opinion 18
2.23 Лікування від тютюнової залежності – Stoppen met Roken 18
2.24 Стоматологічна допомога – Tandheelkundige zorg 19
2.25 Трансплантація – Transplantatie 21
2.26 Лікування тромбозів – Trombosedienst 21
2.27 Лікування туберкульозу – Tuberculose zorg (tbc) 22
2.28 Перебування у медичних закладах – Verblijf 22
2.29 Акушерська допомога – Verloskundige zorg 24
2.30 Медичний догляд (включно: домашній) – Verpleging en verzorging (ook wel: thuiszorg) 24
2.31 Санітарний транспорт – Vervoer per ambulance 24
3.32 Лікування захворювань стоп – Voetzorg 25
3.33 Умовно допустимі форми догляду – Voorwaardelijk toegelaten zorgvormen 25
2.34 Транспортування пацієнтів сидячи – Zittend ziekenvervoer 25
2.35 Допомога людям із сенсорними порушеннями – Zintuiglijk gehandicaptenzorg 26
2.36 Переривання вагітності – Zwangerschapsafbreking 27

ГЛОСАРІЙ

Blz	Постанова про довгострокову медичну допомогу
CIZ	Центр з оцінки медичного обслуговування
Cov	Контроль виконання законодавства у сфері страхування
GGD	Муніципальна служба охорони здоров'я
POH	Медична допомога лікаря загальної практики – сімейного лікаря
RMO	Програма медичного обслуговування для переміщених осіб з України
Rzv	Положення про медичне страхування
Verblijfstitel 46	Право на проживання в Нідерландах під кодом 46 в Базовому реєстрі населення (BRP), на підставі дії Директиви про тимчасовий захист осіб, переміщених з України.
Wlz	Закон про довгостроковий медичний догляд

1 ПРОГРАМА МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ДЛЯ УКРАЇНЦІВ

Програма медичного обслуговування для українців (RMO) описує медичне обслуговування, на яке мають право переміщені особи з України. Для всіх видів медичного обслуговування застосовується вимога про те, що обслуговування має здійснюватися у тому порядку, в якому його зазвичай надають постачальники медичних послуг, та згідно з рівнем розвитку науки та практики.

Переміщені особи з України мають право на медичне обслуговування, яке обґрунтоване за змістом та обсягом. Частково це встановлюється на основі результативності та ефективності. Медичне обслуговування не може бути невиправдано дорогими та/або складним. Більшість прав згідно з програмою RMO відповідає правам у базовому пакеті полісу страхування. Медичне обслуговування, яке врегульовується Законом про довгостроковий медичний догляд (Wlz), також відноситься до програми RMO.

Для переміщених осіб з України не передбачено жодного власного внеску та франшизи. Переміщені особи з України можуть претендувати на одержання медичного обслуговування у натуральній формі. Програма RMO покриває ці витрати перед постачальником медичних послуг. Лікування за межами Нідерландів відшкодовується лише якщо через RMO було заздалегідь отримано дозвіл або якщо це лікування є невідкладним. Такий дозвіл можна отримати, надіславши електронного листа на адресу machtigingen@rmoekraine.nl. Витрати будуть відшкодовані в межах встановленої законодавством допустимої вартості або ринкової вартості, що застосовується в Нідерландах.

Програма RMO містить кілька додатків. Усі додатки можна знайти на сайті www.rmoekraine.nl. Посилання на додатки, що засновані на чинному законодавстві, можна знайти на сайті www.overheid.nl. У будь-який момент до програми RMO можуть вноситися зміни. У випадку лікування застосовується версія, що чинна на поточний момент. Із актуальною версією можна будь-коли ознайомитися на сайті www.rmoekraine.nl.

1.1 Право на медичні послуги згідно з RMO

RMO застосовується до переселенців з України, які перебувають на обліку в Базовому реєстрі населення (BRP) з кодом 46. Постачальник медичних послуг може перевірити права на RMO: перевіряється інформація про страхування (COV) на основі BSN-номера і дати народження.

1.2 Направлення, показання та заява

Для кожного виду медичного обслуговування у Розділі 2 описано, в яких випадках потрібне направлення, показання чи заява.

1.3 Постачальники медичних послуг за контрактом

Застрахований має право лише на відшкодування медичних послуг, наданих постачальниками послуг, які уклали договір з RMO. Перелік постачальників медичних послуг за контрактом наведено на веб-сайті: www.rmoekraine.nl.

Постачальники медичних послуг, що хочуть укласти контракт, можуть зареєструватися через overeenkomsten@rmoekraine.nl.

1.4 Декларації

Декларації щодо надання медичного обслуговування подаються постачальниками медичних послуг через систему VeCoZo до RMO з використанням UZOVI з кодом 3355 на підставі BSN-номера та дати народження застрахованої особи. Для деяких пунктів програми RMO застосовується інша процедура подання декларацій. Для таких випадків це конкретно зазначено у програмі RMO. З питань декларування можна звернутися за адресою електронної пошти: declaraties@rmoekraine.nl.

2 ПРАВО НА МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ

Нижче викладені умови, за яких можна скористатися правом на медичні послуги (для різних видів медичної допомоги).

2.1 Аудіологічна допомога – *Audiologische hulp*

Аудіологічна медицина – це форма спеціалізованої медичної допомоги, що включає профілактику, діагностику, обстеження та лікування всіх видів порушень слуху.

Хто та коли має право?

Застрахована особа має право на:
- обстеження функції слуху;
- консультації щодо слухових апаратів;
- інформацію про застосування обладнання;
- психосоціальну допомогу, якщо є проблеми з порушенням функції слуху;
- допомогу в діагностиці у разі порушень мовлення у дитини.

Як скористатися?

Застрахована особа має право на аудіологічну медичну допомогу лише за наявності письмового направлення від сімейного лікаря, ЛОР-лікаря або центру аудіології.

Право

Право на індивідуальний або груповий супровід у порядку, що описаний нижче, Застрахована особа матиме за умови, що Застрахована особа потребує догляду, обумовленого Законом «Про довгостроковий догляд». За відсутності цієї обставини питання супроводу регулюється не Програмою медичного обслуговування для переміщених осіб з України (RMO), а Положенням про соціальний захист відповідного муніципалітету.

Супровід включає в себе заходи, які вживають для особи з соматичною, психогеріатричною або психіатричною хворобою чи вадою або з розумовою, фізичною або сенсорною неповносправністю, яка має помірні або серйозні обмеження в таких аспектах, як:
- соціальна самостійність;
- рухливість та переміщення;
- психічне функціонування;
- пам'ять та орієнтація; або
- помірні або серйозні ознаки проблемної поведінки.

Зазначені вище заходи спрямовані на сприяння, підтримання або компенсування самостійності та мають на меті попередження випадків, що потребують поміщення до спеціального закладу, чи бездоглядності.

До зазначених вище заходів належать:
- надання підтримки у відпрацюванні навичок або алгоритмів поведінки;
- надання підтримки у відпрацюванні або відпрацювання дій з формування структури чи керування; або – здійснення нагляду та, за відповідних обставин, забезпечення особистого догляду в порядку, визначеному статтею 4 Постанови про довгострокову медичну допомогу (Blz), якщо відсутнє скерування на надання медичної допомоги, як описано в розділі «Медична допомога та медичний догляд».

Супровід може надаватися як в індивідуальному, так і в груповому порядку (в рамках денного догляду).

Транспортування з супроводом

Якщо Застрахована особа отримуватиме послуги з супроводу протягом дня (послуги групового супроводу), тоді така допомога, за наявності причин медичного характеру, включатиме в себе також і транспортування до закладу й назад.

Скерування

Право на індивідуальний або груповий супровід Застрахована особа матиме лише після оформлення попереднього письмового скерування сімейного лікаря, педіатра або медика вузького профілю. Важливо, аби не було сумнівів у тому, що Застрахована особа потребує догляду, обумовленого Законом «Про довгостроковий догляд», та аби про це було зазначено в скеруванні.

Декларація

Декларації щодо супроводу постачальник медичних послуг подає за допомогою спеціальної форми, див. на вебсайті: www.rmoekraine.nl.

2.2 Лікування – *Behandeling*

Хто та коли має право?
Застрахований має право на лікування, як описано нижче. Лікування передбачає надання відповідним закладом медичної або парамедичної допомоги, спрямованої на одужання або запобігання погіршенню стану. А саме запобігання соматичного/психогеріатричного розладу, інвалідності, психічної чи фізичної втрати працездатності, поведінкових проблем, пов'язаних з цими станами.

Перевезення у період лікування
Якщо застрахована особа проходить лікування упродовж частини дня (групове лікування), медичне обслуговування також включає перевезення до закладу і назад, якщо для цього існує медична потреба.

Як скористатися?
Застрахована особа має право на лікування лише за наявності письмового направлення від лікаря.

2.3 Дієтологія – *Diëtetiek*

Дієтологія – це надання консультацій щодо харчування та харчових звичок з лікувальною метою. Дієтолог – це експерт, що вивчає режим харчування та дає рекомендації стосовно його коригування, який виявляє, вивчає схеми харчування та консультує щодо їх коригування, якщо це необхідно. Дієтолог також може брати участь у комплексному лікуванні з метою покращення стану пацієнта завдяки розробці певного режиму харчування (дієти).

Хто та коли має право?
Застрахована особа має право на медичну допомогу дієтолога за наявності таких показань:
- цукровий діабет I та II типу;
- дорослі: при ІМТ (індекс маси тіла) нижче 18 (недостатня вага); при ІМТ, що дорівнює або вище 30 (ожиріння);
- діти до 18 років: з недостатньою вагою або ожирінням згідно з критеріями ІМТ;
- ниркова недостатність, залежно від ступеня тяжкості, оцінюється лікарем загальної практики/профільним фахівцем;
- ХОЗЛ, оцінюється лікарем загальної практики (стадія Gold III або IV);
- харчова алергія, оцінюється лікарем загальної практики (стандарт Нідерландської асоціації лікарів загальної практики – NHG); синдром подразненого кишківника;
- гіпертонія;
- хронічна діарея/запор;
- гестаційний діабет в окремих випадках – інші захворювання після проведення консультації лікаря загальної практики/профільного фахівця.

Важливо! Застрахована особа має право одержати максимум 3 години послуг дієтолога упродовж календарного року.

Як скористатися?
Застрахована особа має право на лікування лише за наявності письмового направлення від сімейного лікаря, педіатра чи профільного фахівця.

2.4 Засоби для спеціальної дієти – *Dieetpreparaten*

Дієтичний засіб – це їжа, склад якої відрізняється від звичайної, і має іншу форму надходження в організм. Прикладом є годування через зонд.

Хто та коли має право?
Застрахована особа має право на отримання полімерних, олігомерних, мономерних та модульних дієтичних засобів. Але лише в тому випадку, якщо вона не в змозі приймати звичайну їжу та інші спеціальні харчові продукти, а також якщо особа страждає від:
- порушення обміну речовин;
- алергії на харчові продукти;
- порушення резорбції;
- недоїдання, пов'язаного із захворюванням (або наражається на ризик його виникнення, що визначається за допомогою скринінгу з використанням валідованих інструментів).

Також якщо особа є залежною від прийому дієтичних засобів згідно з рекомендаціями, встановленими відповідними органами Нідерландів.

Як скористатися?
Для отримання права на дієтичні засоби необхідна повністю заповнена «Заява про ПОЛІМЕРНІ, ОЛІГОМЕРНІ АБО МОДУЛЬНІ ДІЄТИЧНІ ЗАСОБИ»

(«Verklaring POLYMERE, OLIGOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN»). Заява має бути підписана сімейним лікарем, профільним фахівцем або лікарем-дієтологом. На основі заяви фармацевт або постачальник оцінює, чи додержано умов та чи є показання.

2.5 Генетичне дослідження – *Erfelijkheidsonderzoek*

Генетичне дослідження – форма спеціалізованої медичної допомоги. Таке дослідження має на меті виявити, чи є певне захворювання чи є вроджений дефект спадковим.

Хто та коли має право? Дослідження складається з:
- централізованої діагностики, координації і реєстрації зразків крові та кісткового мозку;
- вивчення спадкових захворювань за допомогою генетичного тестування, дослідження хромосом, біохімічної діагностики, ультразвукового дослідження та дослідження ДНК, консультації зі спадкових захворювань та психосоціальної допомоги, пов'язаної з цим;
- обстеження інших осіб, якщо це необхідно для консультації застрахованої особи;
- Крім того, цим іншим особам також може бути надана консультація.

Як скористатися?
Застрахована особа має право на проведення генетичного дослідження лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря чи профільного фахівця.

2.6 Ерготерапія – *Ergotherapie*

Ерготерапія («працетерапія») допомагає людям, для яких через фізичні, розумові, сенсорні або емоційні порушення ускладнена повсякденна діяльність. Ерготерапевт пропонує практичні рішення, аби повернути здатність виконувати повсякденну діяльність, а також може надати консультацію щодо використання допоміжних засобів

Хто та коли має право?
Важливо! Застрахована особа має право на отримання максимум 10 годин ерготерапії протягом одного календарного року, якщо метою є забезпечення самостійного догляду за собою.

Для застрахованих осіб у медичних закладах може бути передбачене право на отримання спрощеної ерготерапії. Витрати на ерготерапію, що надана застрахованим особам в медичних закладах, будуть відшкодовані лише в тому випадку, якщо ця терапія не призначена для лікування захворювання, обмеження або інвалідності, які є основою перебування в медичному закладі, і якщо лікування є монодисциплінарним.

Як скористатися?
Застрахована особа має право на ерготерапію лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря, лікаря-педіатра чи профільного фахівця.

2.7 Фізіотерапія та ЛФК – *Fysiotherapie en oefentherapie*

Фізіотерапевт чи реабілітолог ліквідовує чи зменшує функціональний розлад або його наслідки, застосовуючи фізіотерапію, консультації чи рекомендації. Він прагне, зокрема, покращити функцію опорно-рухового апарату. Нормальна постава та рух знову стають можливими, або застрахована особа навчається справлятися зі своїми обмеженнями.

Хто та коли має право?
Фізіотерапія/ЛФК складається з медичного обслуговування, яке надають фізіотерапевти та реабілітологи для лікування захворювань, зазначених у Додатку 1 на сторінці https://www.rmoekraine.nl/Verzekerden/formulieren.
Лікування цих захворювань відшкодовується застрахованій особі, починаючи з першої процедури.

Застраховані особи віком до 18 років із захворюванням, не зазначеним у Додатку 1, можуть одержати 9 процедур фізіотерапії та у випадку, якщо перші 9 сеансів не дали належного результату, тоді додатково може бути проведено ще максимум 9 сеансів.

Серед процедур фізіотерапії/ЛФК:
- Тазова фізіотерапія у зв'язку з нетриманням сечі. Це медичне обслуговування поширюється на

застрахованих осіб віком від 18 років і старше і складається щонайбільше з 9 процедур;
- Контрольована ЛФК при захворюванні периферичних артеріальних судин на 2 стадії за класифікацією Фонтейна (переміжна кульгавість). Це медичне обслуговування включає максимум 37 процедур упродовж максимального періоду 12 місяців для застрахованих осіб віком 18 років і старше;
- Контрольована ЛФК при артрозі тазостегнового або колінного суглоба. Це медичне обслуговування поширюється на застрахованих осіб віком від 18 років і старше і складається щонайбільше з 12 процедур упродовж максимум 12 місяців;
- Контрольована ЛФК у випадку хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) на стадії II або подальших клінічних стадіях за класифікацією GOLD при проведенні спірометрії. Це медичне обслуговування поширюється на застрахованих осіб віком від 18 років і включає максимум 5 процедур упродовж 12 місяців, якщо захворювання відноситься до класу A за класифікацією GOLD з урахуванням симптомів та ризику загострень. У випадку класу B за класифікацією GOLD з урахуванням симптомів та ризику загострень, лікування складатиметься максимум з 27 процедур упродовж щонайбільше 12 місяців з моменту початку лікування та 3 процедур упродовж 12 місяців у подальші роки. У випадку класу C або D за класифікацією GOLD з урахуванням симптомів та ризику загострень, лікування включає 70 процедур упродовж максимум 12 місяців з моменту початку лікування та 52 процедури упродовж 12 місяців у подальші роки.

Застраховані особи мають право відвідувати лікувальні заклади для проходження разової фізіотерапії. Фізіотерапія, надана застрахованим особам за місцем проживання, буде відшкодована лише в тому випадку, якщо ця терапія не призначена для лікування захворювання, обмеження або інвалідності, які є основною причиною перебування в медичному закладі, і якщо лікування є монодисциплінарним.

Як скористатися?

Застрахований має право на фізіотерапію або ЛФК лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря, лікаря-педіатра чи профільного фахівця. Для застрахованих осіб віком до 18 років із захворюванням, яке не зазначено у Додатку 1 до RMO, потрібне нове письмове направлення від лікаря загальної практики, профільного фахівця або педіатра, якщо результати перших 9 процедур не дали належного результату і лікування потрібно продовжити ще на 9 процедур.

2.8 Лікування психічних захворювань – *Geestelijke Gezondheidszorg*

У рамках лікування психічних захворювань здійснюється діагностика та терапія пацієнтів з психічними розладами. Мета полягає у відновленні або покращенні психічного здоров'я та якості життя. Психіатрична допомога надається в різних формах:
- Амбулаторне лікування (лікування без перебування у лікувальному закладі), коли медичне обслуговування надається приватним постачальником медичних послуг згідно з розділом II Статуту забезпечення якості (kwaliteitsstatuut sectie II).
- Амбулаторне лікування (лікування без перебування у лікувальному закладі), під час якого медичне обслуговування надається на монодисциплінарній основі у медичному закладі згідно з розділом III Статуту забезпечення якості.
- Амбулаторне лікування (лікування без перебування у лікувальному закладі), якому під час якого медичне обслуговування надається у мультидисциплінарний спосіб (більше, ніж двома різними категоріями фахівців) згідно з розділом III Статуту забезпечення якості.
- Надання допомоги, яка кваліфікується як «Аутріч». Це означає, що забезпечення догляду відбувається за межами закладу та проводиться мультидисциплінарною командою.
- Стаціонарне лікування (лікування з перебуванням у лікарняному закладі).
- Стаціонарне лікування (лікування з перебуванням у лікарняному закладі), під час якого надається судово-медична допомога та в самому закладі є охорона.
- Амбулаторне лікування (лікування без перебування у лікарняному закладі), під час якого надається судово-медична допомога.
- Високоспеціалізована мультидисциплінарна медична допомога (це може бути амбулаторне (без перебування у лікарняному закладі) чи клінічне (з перебуванням у лікарняному закладі) лікування). Це медичне обслуговування може надаватися лише

постачальником медичних послуг, у якого укладений договір з RMO.

Для кожного закладу право на одержання відшкодування буде надано лише в тому випадку, якщо лікування є необхідним із медичної точки зору. Заклад буде призначений в залежності від потреб пацієнта.

Випадки, які не підлягають відшкодуванню:
- лікування розладів адаптації;
- допомога з проблемами, пов'язаними з роботою та стосунками;
- допомога при психологічних скаргах за відсутності психічного розладу;
- психосоціальна допомога;
- психіатричне лікування на підставі висновку згідно з законом про довгостроковий медичний догляд.

А. Амбулаторне психіатричне лікування

Застрахована особа має право на психіатричну допомогу без перебування у лікарняному закладі у випадку розладу за класифікацією Діагностично-статистичної інструкції з психічних розладів (DSM). Це стосується медичної допомоги, яку зазвичай надають психіатри та клінічні психологи, як правило, без госпіталізації до психіатричної лікарні або до психіатричного відділення лікарні.

Медичне обслуговування спрямоване на діагностику та лікування психічних розладів у застрахованих осіб віком від 18 років і старше, а також на відновлення або запобігання загостренню психічного розладу у застрахованих осіб віком від 18 років.

Як скористатися?

Застрахований має право на психіатричну допомогу лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря, корпоративного лікаря, профільного фахівця, фахівця з геріатрії, лікаря відділення невідкладної медичної допомоги, лікаря з догляду за безпритульними або завідувача психіатричного відділення. Це не поширюється на медичне обслуговування у критичних ситуаціях. Однак для будь-якого медичного обслуговування, що здійснюється після усунення гострих симптомів, потрібно негайно отримати направлення.

Б. Виїзне психіатричне лікування

Застрахована особа має право на психіатричну допомогу в рамках програми "Аутріч" (Outreach) у випадку розладу за класифікацією Діагностично-статистичної інструкції з психічних розладів (DSM). Цей вид допомоги здійснюється переважно за межами психіатричного закладу. Наприклад, місцем надання такої допомоги може бути житло застрахованої особи, офіс або навіть парк. Прикладами Аутріч-догляду є програми? FACT (Надання медичних послуг особам із серйозними психічними захворюваннями) та ІНТ (інтенсивне лікування вдома).

Психіатри та клінічні психологи зазвичай надають таке лікування без госпіталізації до психіатричної лікарні або до психіатричного відділення лікарні. Більша частина медичного обслуговування виконується за межами закладу психіатричної медичної допомоги. Лікування спрямоване на діагностику та терапію психічних розладів у застрахованих осіб віком 18 років і старше, на відновлення або запобігання загостренню.

Медичне обслуговування у формі Аутріч організовано на гнучкій основі, з урахуванням місцеперебування пацієнта та ступеня інтенсивності. Найчастіше це незаплановане лікування. Час надання медичної допомоги визначається залежно від пацієнта, а доступність медичної допомоги у неробочий час регулюється. При цьому важлива співпраця та хороша координація зі службою невідкладної допомоги, сімейним лікарем, близькими родичами, а також іншими постачальниками медичних послуг. За потреби лікування здійснюється у превентивному порядку. Зокрема, якщо пацієнт ухиляється від лікування та його психічний стан виправдовує це.

Як скористатися?

Застрахований має право на психіатричну допомогу лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря, профільного фахівця або завідувача психіатричного відділення. Це не поширюється на медичне обслуговування у критичних ситуаціях. Однак для будь-якого медичного обслуговування, що здійснюється після усунення гострих симптомів, потрібно негайно отримати направлення.

В. Стаціонарне психіатричне лікування

Застрахована особа має право на психіатричне лікування з перебуванням у лікарняному закладі у випадку розладу

за класифікацією Діагностично-статистичної інструкції з психічних розладів (DSM). Психіатрична допомога з перебуванням у лікарняному закладі включає лікування, яке зазвичай надають психіатри та клінічні психологи, у поєднанні з госпіталізацією до психіатричної лікарні або до психіатричного відділення лікарні. Госпіталізація повинна бути зумовлена необхідністю діагностики та спеціалізованого лікування складних психічних розладів у застрахованих осіб віком 18 років і старше, а також для відновлення або для запобігання загостренню.

У випадку психіатричної допомоги з перебуванням у лікарняному закладі RMO відшкодовує витрати на надання медичного обслуговування, медикаменти, допоміжні засоби та перев'язувальний матеріал, які необхідні під час перебування у лікарняному закладі (стаціонарі).

Важливо! RMO відшкодовує витрати на перебування до 1095 днів (три роки), включно зі:
- спеціалізованим психіатричним лікуванням та перебуванням;
- медичним обслуговуванням, доглядом та парамедичною допомогою, що є частиною лікування під час перебування у лікарняному закладі (стаціонарі).

Під час підрахунку 1095 днів слід враховувати:
- якщо госпіталізація була перервана на строк менший, ніж 31 день, то дні, упродовж яких тривала перерва, не враховуватимуться під час розрахунку 1095 днів. Однак підрахунок продовжується і після перерви;
- якщо госпіталізація була перервана на строк більший, ніж 30 днів, відлік починається заново, і після цієї перерви пацієнт знову матиме право на відшкодування витрат на медичне обслуговування за 1095 днів;
- якщо госпіталізація була перервана на вихідні та святкові дні, то ці дні перерви враховуються під час розрахунку 1095 днів.

Під час розрахунку 1095 днів також враховується: госпіталізація до непсихіатричного стаціонару; перебування у реабілітаційному центрі.

Як скористатися?
Застрахований має право на психіатричну допомогу лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря, профільного фахівця, корпоративного лікаря або завідувача психіатричного відділення. Це не поширюється на медичне обслуговування у критичних ситуаціях. Однак для будь-якого медичного обслуговування, яке здійснюється після усунення гострих симптомів, потрібно негайно отримати направлення.

Г. Судово-медичне психіатричне лікування
Застрахована особа має право на психіатричне лікування з перебуванням у лікарняному закладі (стаціонарі) у разі розладу за класифікацією Діагностично-статистичної інструкції з психічних розладів (DSM).

Судово-медична допомога в закладі під охороною або за його межами Психіатричну допомогу надають психіатри та клінічні психологи. Проводиться лікування пацієнтів, які становлять небезпеку без судимості.

Як скористатися?
Застрахований має право на психіатричну допомогу лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря, профільного фахівця, корпоративного лікаря або завідувача психіатричного відділення. Це не поширюється на медичне обслуговування у критичних ситуаціях. Однак для будь-якого медичного обслуговування, яке здійснюється після усунення гострих симптомів, потрібно негайно отримати направлення.

Приватні постачальники медичних послуг
З приватними постачальниками медичних послуг договори не укладаються, оскільки специфічну експертизу у сфері медичного обслуговування застрахованих осіб мають лише певні заклади.

2.9 Медична допомога окремим групам пацієнтів – *Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen*

Медичне обслуговування для певних груп пацієнтів (GZSP) включає догляд, наданий фахівцем з геріатрії (SO), лікарем для осіб з розумовими відхиленнями (AVG), фахівцем з поведінки або парамедиками для вразливих осіб, яким необхідний комплексний догляд в домашніх умовах.

Хто та коли має право?
Сімейний лікар може звернутися до фахівця з геріатрії (SO), лікаря для осіб з розумовими відхиленнями (AVG)

або фахівця з поведінки та проконсультуватися з ними, зробити запит щодо проведення додаткової діагностики або звернутися із запитом стосовно прийняття та ведення плану лікування після проведення діагностики. Крім цього, медичне обслуговування пацієнтів із серйозними порушеннями поведінки та легкою розумовою відсталістю (SGLVG), а також медичне обслуговування, що здійснюється для вразливих пацієнтів, осіб з фізичними обмеженнями, осіб з невродженими ушкодженнями головного мозку та пацієнтів із хворобою Гантінґтона, є частиною Медичного обслуговування для певних груп пацієнтів (GZSP).

Як скористатися?

Застрахована особа має право на медичне обслуговування для певних груп пацієнтів (GZSP) лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря.

2.10 Лікарські засоби (фармацевтична допомога) – *Geneesmiddelen (farmaceutische zorg)*

Лік (або лікарський засіб) — це речовина, яка справляє на організм певну бажану дію.

Зареєстровані лікарські засоби

Застрахована особа має право на всі лікарські засоби, перераховані у Додатку 1 до Rzv (див. Глосарій). Якщо Ви бажаєте дізнатися, чи включений той чи інший лікарський засіб до цього переліку, Ви можете написати за адресою: overeenkomsten@rmoenkraine.nl.

Незареєстровані лікарські засоби

Право отримання ліків поширюється і на ліки, що виготовлені безпосередньо в аптеці, а також на інші лікарські засоби, які лікар призначає для застосування, і які виготовлені в Нідерландах виробником, зазначеним у пункті 1 розділу 1 згідно із Законом про лікарські засоби. Якщо ж йдеться про замовлення лікарського засобу, що відсутній на нідерландському ринку, але доступний на ринку в іншій країні, то замовлення дозволено лише в тому випадку, якщо застрахована особа страждає на захворювання, яке зустрічається в Нідерландах не частіше, ніж 1 випадок на 150 000 жителів. У всіх випадках мова має йти про раціональну фармакотерапію. Це означає, що для лікування застосовується лікарський засіб у прийнятній для застрахованої особи формі, результативність та ефективність дії якого доведена у науковій літературі та який також є найефективнішим з урахуванням загальної вартості лікування.

Призначення та консультування

Цей вид медичного обслуговування передбачає консультації та супровід з боку особи, яка забезпечує застраховану особу лікарськими засобами.

Виключення

Право на отримання лікарських засобів також поширюється на:

- AP-Q (Primaquine) за призначенням профільного лікаря. Відповідний рецепт, що включає супровідний лист, направляється як в аптеку, так і відділення медичного обслуговування переселенців з України (RMO) за адресою machtigingen@rmoekraine.nl
- Івермектин (Стромектол)/ Ivermectine (Stromectol);
- Інгібітори шлункової кислоти з моменту першої виписки рецепту, також у випадку застосування при нехронічній формі;
- Контрацептиви, за винятком презервативів та стерилізації. Установку спіралі Mirena лікарем загальної практики, акушером або гінекологом також буде відшкодовано. Це стосується всіх вікових груп, у тому числі і після досягнення віку 21 рік.

Право на отримання лікарських засобів не поширюється на:

- лікарські засоби, що не підлягають відшкодуванню згідно з Положенням про медичне страхування;
- лікарські засоби, які є еквівалентними або фактично еквівалентними зареєстрованими лікарськими засобами, що не включені до переліку Системи відшкодування вартості ліків (GVS);
- гомеопатичні та антропософські продукти та лікарські засоби;
- харчові добавки та вітаміни, що не зареєстровані як лікарські засоби;
- лікарські засоби та вакцини, призначені для профілактики захворювань у зв'язку з поїздками за кордон;
- лікарські засоби, що призначаються у зв'язку з проведенням штучного запліднення (IVF) або аналогічними процедурами;

- лікарські засоби для досліджень чи лікарські засоби для експериментального використання, що зазначені у статті 40 пункт 3 підпункт f Закону про лікарські засоби;
- інші витрати (наприклад, адміністративні витрати чи витрати на доставку).

Відсутність власного внеску

Для застрахованої особи не передбачено особистого внеску та франшизи.

Рецепти та інші умови

Для отримання лікарських засобів потрібен рецепт від сімейного лікаря, педіатра, стоматолога, профільного фахівця, акушера, медсестри, асистента або лікаря муніципальної медичної служби (GGD).

Застрахована особа має право на дієтичні засоби та певні ліки лише за дотримання умов, зазначених у Додатку 2 Постанови про медичне страхування. Лікар, який виписує рецепт, заповнює бланк на деякі ліки та на дієтичні засоби і видає його застрахованій особи разом із рецептом. В аптеці є фармацевтичні розпорядження щодо проведення перевірки, і в разі, якщо усіх необхідних умов дотримано, лікарський засіб може бути негайно виданий.

Обмеження

Застрахована особа може отримати лікарські засоби за рецептом упродовж певного часу:

- 15 днів або мінімальний пакет поставки, якщо йдеться про новий лікарський засіб або про засіб для лікування гострих захворювань із застосуванням антибіотиків чи хіміотерапевтичних засобів;
- Для лікарських засобів, вартість яких перевищує 500 євро на місяць, після першої видачі кількість ліків видається строком до 1 місяця упродовж періоду початку застосування (перші 6 місяців);
- При застосуванні дорогих лікарських засобів при лікуванні хронічних захворювань, пацієнтам, які добре переносять прийом, ліки відпускаються на строк не більше 3 місяців;
- Максимально один місяць для снодійних та транквілізаторів;
- Три місяці для лікарських засобів для лікування хронічних захворювань;
- Один рік для оральних контрацептивів. При першому призначенні оральних контрацептивів максимальний строк становить 3 місяці;
- При застосуванні лікарських засобів під час інтенсивної терапії в домашніх умовах (фармацевтична терапія в період паліативної та термінальної стадії) потрібен індивідуальний підхід до кожного пацієнта шляхом консультацій між фахівцями, зокрема терапевтом, медсестрами та фармацевтами. За виключенням випадків, коли під час консультації між медичними фахівцями були досягнуті конкретні домовленості, застосовується період тривалістю максимально 15 днів;
- Один місяць в інших випадках. Якщо пацієнту вперше виписують рідкі лікарські засоби, вони відпускатимуться у найменшій комерційній упаковці.

2.11 Геріатрична реабілітація – *Geriatrische revalidatie*

Геріатрична реабілітація призначена для підтримки немічних осіб похилого віку, які пройшли спеціалізоване лікування у лікарні, наприклад, через інсульт чи перелом. Цим особам потрібне відновлення, яке включає кілька видів медичного обслуговування, зокрема, сестринський медичний догляд, фізіотерапію, ерготерапію, логопедію, допомогу дієтолога, соціального працівника та геріатричного фахівця. Працю усіх цих фахівців координує фахівець із геріатрії. Медичне обслуговування адаптоване під індивідуальні можливості відновлення та темпи тренування осіб похилого віку. Також враховуються інші захворювання. Мета – допомогти людям похилого віку повернутися до звичного способу життя.

Хто та коли має право?

Застрахована особа має право на геріатричну реабілітацію у зв'язку з уразливістю, зниженою здатністю до навчання та тренувань. Геріатрична реабілітація – це комплексна та мультидисциплінарна реабілітаційна допомога, яка спрямована на зниження функціональних порушень до рівня, що дає змогу повернутися в домашню обстановку.
Застрахована особа має право на геріатричну реабілітацію, якщо ця особа поступила до лікарні у зв'язку з наданням медичної спеціалізованої допомоги. Геріатрична реабілітація проводиться упродовж тижня після госпіталізації.
Застрахована особа не має права на геріатричну реабілітацію, якщо перед цим вона була поміщена в будинок для людей похилого віку.

Також у випадку, якщо геріатрична реабілітація потрібна у зв'язку з гострим захворюванням, з приводу якого застрахована особа раніше отримувала медичну спеціалізовану допомогу, та має гострі порушення рухливості або зниження здатності до самостійного догляду за собою.

Важливо! Тривалість геріатричної реабілітації не повинна перевищувати 6 місяців.

Як скористатися?

Застрахована особа має право на геріатричну реабілітацію лише після попереднього письмового направлення фахівця лікарні, до якої було госпіталізовано цю особу, якщо показання для проходження геріатричної реабілітації були підтверджені відповідним фахівцем з геріатрії.

2.12 Сімейний лікар – *Huisartsenzorg*

Сімейний лікар – це перший фахівець, до якого можна звернутися з питаннями щодо стану здоров'я та захворювання. Допомога сімейного лікаря – це завжди персональний підхід. У вечірній, нічний час або у вихідні дні отримати медичну допомогу можна у клініці загальної практики.

Хто та коли має право?

Застрахована особа має право на:

- медичну допомогу сімейного лікаря;
- лабораторні та клінічні обстеження згідно за направленням сімейного лікаря;
- спеціалізовану медичну допомогу;
- медичну допомогу при психологічних скаргах. Сімейний лікар або лікар- психіатр, який підпорядкований сімейному лікарю, надає первинну медичну допомогу при відповідних скаргах та визначає, чи може він провести лікування самостійно, чи необхідно направити пацієнта до спеціалізованого лікувального закладу;
- першу допомогу в лікуванні тютюнової залежності, яка надається один раз на календарний рік. Це стосується як коригування факторів поведінки, так і медикаментозного лікування для відмови від куріння. Детальну інформацію див. у розділі 2.23.

Надзвичайна ситуація

Застрахована особа має право звернутися до чергового лікаря загальної практики у разі виникнення термінової, надзвичайної ситуації, яка не може відкладатися до наступного робочого дня.

Декларація

Сімейні лікарі здійснюють декларування через систему VeCoZo згідно з тарифом для особи без полісу медичного страхування.

2.13 Допомога по дому

Допомога у веденні домашнього господарства включає в себе підтримку або взяття на себе діяльності у сфері домашнього господарства у зв'язку з соматичним, психогеріатричним захворюванням або обмеженням, психічним, фізичним або сенсорним розладом, що призводить або загрожує призвести до складнощів по веденню домогосподарства Застрахованої особи або наданим спеціальним закладом, житловим приміщенням, в якому мешкає Застрахована особа.

Право

Право на допомогу по дому в порядку, що описаний нижче, Застрахована особа матиме за умови, що Застрахована особа потребує догляду, обумовленого Законом «Про довгостроковий догляд». За відсутності цієї обставини питання супроводу регулюється не Програмою медичного обслуговування для переміщених осіб з України (RMO), а Положенням про соціальний захист відповідного муніципалітету.

Направлення

Право на допомогу по дому Застрахована особа матиме лише після оформлення попереднього письмового направлення сімейного лікаря. Важливо, аби не було сумнівів у тому, що Застрахована особа потребує догляду, обумовленого Законом «Про довгостроковий догляд», та аби про це було зазначено в направленні.

Декларація

Декларації щодо супроводу постачальник медичних послуг подає за допомогою спеціальної форми, див. на вебсайті: www.rmoekraine.nl.

2.14 Допоміжні засоби та пристрої – *Hulpmiddelen*

Допоміжні засоби – це, наприклад, ходунки, слуховий апарат, окуляри, інвалідний візок чи протез ноги, а також засоби для лікування нетримання сечі, прилади TENS та засоби проведення тестів для діабетиків.

Хто та коли має право?

Застрахована особа має право на медичну допомогу та перев'язувальні засоби. Додаток 3, див. https://www.rmoekraine.nl/Verzekerden/formulieren, містить перелік цих засобів. У Додатку 3 також зазначено, чи є допоміжний медичний засіб предметом власності або взятим у тимчасове користування, і чи застосовуються будь-які особливі умови для подання заяви на його отримання. У Положенні про медичне страхування вказані критерії показань, яким необхідно відповідати, аби мати право на допоміжний чи перев'язувальний засіб.

Застрахована особа не має права на відшкодування витрат на звичайне використання допоміжних медичних засобів, за винятком випадків, коли Rzv (Положення про медичне страхування) передбачає відшкодування. Як приклад звичайного використання може бути заміна батарейок пристрою.

Заява на отримання допоміжного засобу передбачає, що застрахована особа має право на надання, а в деяких випадках на заміну, ремонт чи усунення дефектів допоміжного засобу. Застрахована особа має право на разове забезпечення конкретним медичним допоміжним засобом. Це означає, що право на надання резервного або повторного постачання після закінчення середнього строку використання не передбачено.

Отримання дозволу

Для надання електричного інвалідного візка потрібен попередній дозвіл від уповноважених осіб програми медичного обслуговування переміщених осіб з України (RMO). Постачальник повинен зв'язатися з цими уповноваженими особами.

Використання допоміжного засобу

У випадку умисного пошкодження допоміжного засобу, якщо ушкодження відбулося з вини або якщо за допоміжним засобом не здійснювався належний догляд, застрахована особа не має права вимагати від уповноважених осіб RMO заміни, ремонту або усунення несправності допоміжного засобу. Якщо застрахована особа використовує допоміжний засіб на умовах тимчасового користування та цей засіб навмисне пошкоджений застрахованою особою, тоді уповноважені особи RMO мають право стягнути з застрахованої особи витрати, пов'язані з цим.

Особистий внесок

Для медичних допоміжних засобів особистий внесок та франшиза не передбачені.

2.15 Ведення вагітності та пологи – *Kraamzorg*

Медична допомога вагітним та під час пологів здійснюється акушеркою або організацією з нагляду за вагітними та породіллями вдома. Пологова сестра допомагає акушерці або лікарю під час пологів. Потім вона допомагає породіллі зазвичай протягом тижня. Вона надає інформацію та оглядає матір і дитину в перші дні після пологів.

Хто та коли має право?

Важливо! Право на отримання медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами надається не більше ніж на 10 днів з дня пологів. Це стосується як медичного обслуговування вдома, так і в лікарні. Якщо за медичними показаннями необхідно продовжити строк перебування, це можливо максимум до 16 годин.

Медичне обслуговування немовляти

У випадку госпіталізації немовляти після народження застрахована особа має право на отримання догляду упродовж щонайбільше 16 годин. Цим правом можна скористатися, якщо:

- період догляду при вагітності та пологах, що становить максимум 10 днів, закінчився у зв'язку з народженням дитини, та
- дитина ще не досягла віку чотирьох місяців.

Протокол

Кількість годин догляду у зв'язку з вагітністю та пологами визначається на підставі Додатка 4 Національного протоколу визначення показань догляду у зв'язку з вагітністю та пологами.

2.16 Логопедія – *Logopedie*

Лікар-логопед надає медичну допомогу у разі порушення дихання, голосової функції, порушення мови, мовних та слухових функцій. Ця медична допомога може складатися не лише з лікування порушення, а і з проведення обстеження, консультування, надання інформації та рекомендацій сім'ї (піклувальнику) застрахованої особи.

Хто та коли має право?

Застрахована особа має право на логопедичну допомогу, якщо вона має медичне призначення, та в результаті лікування можна прогнозувати відновлення або покращення мовної функції або мовної здатності.

Право на логопедичну допомогу не надається у зв'язку з навчальною метою, дислексією, порушеннями мовного розвитку, пов'язаного з діалектом або говорінням на іноземних мовах, лікування, пов'язане з професійною діяльність, наприклад, для співаків, публічних виступів.

Як скористатися?

Застрахований має право на логопедичну допомогу лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря, педіатра чи профільного фахівця.

2.17 Спеціалізована медична допомога – *Medisch specialistische zorg*

Профільний фахівець – це лікар, який після закінчення базового навчання пройшов спеціалізовану підготовку та відповідним чином зареєстрований. У Нідерландах налічується близько 30 різних фахових лікарських напрямків.

Хто та коли має право?

Спеціалізована медична допомога включає:

- обстеження та діагностику лікування,
- матеріали, які використовує лікар, лікарські засоби, перев'язувальні матеріали або допоміжні засоби,
- застосування апарату штучного дихання, а також відповідну спеціалізовану медичну допомогу,
- перебування у медичному закладі

Деякі напрямки медичної допомоги описані окемо в наступних розділах:

Аудіологічна допомога, Генетичне дослідження, Геріатрична реабілітація, Позаклінічний діаліз, Пластична хірургія, Реабілітація, Трансплантація, Лікування тромбозів.

Особливі захворювання:

Розщілина хребта

У випадку виявлення у ненародженої дитини такого захворювання як розщілина хребта пренатальна операція може бути проведена в м. Левен (B) за умови отримання направлення від Медичного центру при Нідерландському університеті та під належним наглядом.

Варикоз

Для лікування варикозного розширення вен лікар має право на підставі скарг та додаткових обстежень визначити, чи підлягає лікування відшкодуванню за цією програмою, якщо:

- наявні чіткі симптоми та/або ознаки, пов'язані з варикозним розширенням вен. Зокрема, це стосується зміни кольору шкіри, ран, що не гояться, в області гомілки, скупчення рідини в області гомілки, судом;
- додаткове обстеження (дуплексне дослідження) виявляє аномалії, що відповідають чітко визначеним критеріям.

Гендерна дисфорія

Застрахована особа має право на медичне обслуговування у випадку гендерної дисфорії за дотримання певних умов. Гендерна дисфорія – це сильне почуття тривоги у людини, коли її стать від народження та гендерна ідентичність не збігаються. Найчастіше це супроводжується бажанням бути представником іншої статі. Медичне обслуговування передбачає:

- психологічне консультування та психіатричне лікування;
- гормональне лікування, якщо його проведення вже розпочато в країні походження.

Виключенням є початок проходження лікування зі зміни статі в Нідерландах за допомогою гормональної терапії та операції зі зміни статі.

Перелік виключень

Право на отримання допомоги не поширюється на:

- обстеження та лікування безпліддя, зокрема IVF та ICSI;
- кохлеарні імплантати;
- стерилізацію;
- скасування вазектомії;

- обрізання за відсутності медичних показань;
- аутологічна трансплантація стовбурових клітин у застрахованих осіб із захворюванням Крона;
- лікування плагіоцефалії та брахіцефалії без краніостенозу за допомогою редукційного шолома;
- корекція паралізованих чи ослаблених верхніх повік, що є наслідком вродженого дефекту чи хронічного захворювання;
- ліпосакція (відсмоктування підшкірних жирових відкладень) черевної порожнини;
- хірургічне встановлення та заміна протезу молочної залози, за винятком випадків повної або часткової ампутації однієї або обох молочних залоз;
- хірургічне встановлення протезу молочної залози у випадку агенезії-аплазії молочної залози у жінок та аналогічна процедура у трансгендерів чоловічої та жіночої статі;
- зменшення грудей;
- хірургічне видалення протезу молочної залози без медичної потреби;
- лікування хропіння за допомогою увулопластики;
- початок лікування зі зміни статі за допомогою гормональної терапії;
- хірургічні втручання у зв'язку з транссексуалізмом.

Як скористатися?
Застрахований має право на спеціалізовану медичну допомогу лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря, профільного фахівця (у тому числі лікаря зі спортивної медицини), асистента лікаря (коди Постачальників медичних послуг (AGB) 83.34 та 84.25), акушера (ЛОРа у зв'язку з розщепленням губи), лікаря для розумово неповноцінних, фахівця з геріатрії (лікаря пансіонату для людей похилого віку), педіатра, корпоративного лікаря, лікаря-акушера, стоматолога, лікаря відділення невідкладної медичної допомоги, щелепно-лицьового хірурга, лікаря муніципальної служби охорони здоров'я для запитів лабораторної діагностики (інфекційні захворювання та туберкульоз) та/або направлення у разі, наприклад, туберкульозу або венеричних захворювань, клінічного фізіолога-аудіолога, клінічного техніка, оптометриста, лікаря-сурдолога або регіонального лікаря-консультанта.

2.18 Позаклінічний діаліз – *Niet-klinische dialyse*

Позаклінічний діаліз включає гемодіаліз та перитонеальний діаліз. Гемодіаліз – це терапія, яка замінює функцію нирок за допомогою фільтрів, так званих штучних нирок. При перитонеальному діалізі в черевну порожнину вводиться рідина для очищення крові. Тому цю процедуру називають абдомінальною гіперемією.

Хто та коли має право?
Застрахована особа має право на проведення неклінічного гемодіалізу та перитонеального діалізу, отримання спеціалізованої медичної допомоги, обстеження, лікування, медичний догляд, лікарські засоби та психосоціальну допомогу.

Як скористатися?
Застрахована особа має право на позаклінічний діаліз лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря або профільного фахівця.

2.19 Паліативна допомога – *Palliatief Terminale Zorg*

Хто та коли має право?
Паліативна допомога в клініці або вдома складається з усіх видів догляду, спрямованих на забезпечення максимально можливої якості життя особі з небезпечним для життя захворюванням.

Як скористатися?
Застрахована особа має право на паліативне медичне обслуговування в термінальних стадіях захворювання, лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря.

2.20 Пластична хірургія – *Plastische chirurgie*

Пластична хірургія – це напрям хірургії, який зосереджується на корекції функціональних (іноді естетичних) дефектів зовнішнього вигляду вродженого або набутого характеру.

Хто та коли має право?

Пластична хірургія входить до системи програми RMO в дуже обмеженому обсязі. Допомогою пластичного хірурга можуть скористатися особи, що мають:

- аномалії зовнішності, що супроводжуються вираженими порушеннями фізичних функцій;
- інвалідність, що виникла внаслідок хвороби, нещасного випадку або медичної процедури;
- паралізовані чи ослаблені верхні повіки, що є результатом уродженого дефекту або хронічного вродженого захворювання;
- такі вроджені деформації: розщеплення губи, щелепи та піднебіння, деформації кісток обличчя, доброякісні розростання кровоносних, лімфатичних судин чи сполучних тканин;
- родимі плями або деформації сечовивідних та статевих органів.

Перелік виключень

Право на допомогу пластичного хірурга не поширюється на такі процедури:

- корекція паралізованих чи ослаблених верхніх повік, що не є результатом вродженого дефекту чи хронічного вродженого захворювання;
- ліпосакція (відсмоктування жирових відкладень під шкірою) черевної порожнини;
- хірургічне встановлення та заміна протезу молочної залози, за виключенням випадків повної або часткової ампутації однієї або обох молочних залоз;
- хірургічне встановлення протезу молочної залози у випадку агенезії-аплазії молочної залози у жінок та аналогічна процедура у випадку трансгендерів чоловічої/жіночої статі;
- зменшення грудей;
- хірургічне видалення протеза молочної залози без медичної потреби;
- хірургічне втручання у зв'язку з транссексуалізмом;
- скасування вазектомії;
- лікування плагіоцефалії та брахіцефалії без краніостенозу з використанням редукційного шолома.

Як скористатися?

Застрахована особа має право на послуги пластичного хірурга лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря, профільного фахівця (у тому числі лікаря зі спортивної медицини), асистента лікаря (коди Постачальників медичних послуг (AGB) 83.34 та 84.25), акушера (ЛОРа у зв'язку з розщепленням губи), лікаря для розумово неповноцінних, фахівця з геріатрії (лікаря пансіонату для людей похилого віку), педіатра, корпоративного лікаря, лікаря-акушера, стоматолога, лікаря відділення невідкладної медичної допомоги, щелепно-лицевого хірурга, лікаря муніципальної служби охорони здоров'я для запитів лабораторної діагностики (інфекційні захворювання та туберкульоз) та/або направлення у випадку, наприклад, туберкульозу або венеричних захворювань, клінічного фізіолога-аудіолога, клінічного техніка, оптометриста, лікаря- сурдолога або регіонального лікаря-консультанта.

Отримання дозволу

Для проведення пластичної операції, за виключенням невідкладної медичної допомоги, застрахованій особі потрібен попередній дозвіл від уповноважених осіб програми медичного обслуговування переміщених осіб з України (RMO). Для подання заяви потрібно надати письмове пояснення причин та план лікування від сімейного лікаря на електронну пошту machtigingen@rmoekraine.nl.

2.21 Реабілітація – *Revalidatie*

Реабілітація — форма спеціалізованої медичної допомоги під наглядом лікаря- реабілітолога. Реабілітація означає «відновлення» та спрямована на одужання людей з тимчасовою чи хронічною дисфункцією внаслідок нещасного випадку, медичної процедури чи тяжкої хвороби. Якщо повне одужання не прогнозується в короткостроковій перспективі, лікарі/медики різних спеціалізацій намагаються надати застрахованій особі медичну допомогу, аби запобігти втраті повної дієздатності. Якщо й це неможливо, лікарі будуть взаємодіяти разом із застрахованою особою, аби максимально адаптувати її інвалідність до її життя, навколишнього середовища та суспільства.

Хто та коли має право?

Застрахована особа має право на реабілітацію, якщо ця медична допомога є для неї найефективнішим способом запобігти, зменшити або подолати інвалідність. За допомогою реабілітації застрахована особа може досягти того ступеня самостійності, який є обґрунтовано можливим з урахуванням інвалідності. Йдеться про такі форми інвалідності:

- порушення або обмеження здатності рухатися,

- порушення центральної нервової системи, що супроводжується обмеженням можливостей комунікації, пізнання (процесів навчання, сприйняття, запам'ятовування, мислення) або поведінки.

Це право поширюється на реабілітацію в лікарських закладах з неповним чи денним перебуванням. Реабілітація в умовах стаціонару застосовується лише в тому випадку, якщо результати лікування можуть бути отримані раніше, ніж за умов неповного або денного стаціонару.

Як скористатися?

Застрахована особа має право на послуги реабілітолога лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря, профільного фахівця (у тому числі лікаря зі спортивної медицини), асистента лікаря (коди Постачальників медичних послуг (AGB) 83.34 та 84.25), акушера (ЛОРа у зв'язку з розщепленням губи), лікаря для розумово неповноцінних, фахівця з геріатрії (лікаря будинку пристарілих), педіатра, корпоративного лікаря, лікаря-акушера, стоматолога, лікаря відділення невідкладної медичної допомоги, щелепно- лицьового хірурга, лікаря муніципальної служби охорони здоров'я для запитів лабораторної діагностики (інфекційні захворювання та туберкульоз) та/або направлення у випадку, наприклад, туберкульозу або венеричних захворювань, клінічного фізіолога-аудіолога, клінічного техніка, оптометриста, лікаря-сурдолога або регіонального лікаря-консультанта.

2.22 «Інша думка» (отримання альтернативного висновку) – *Second opinion*

Для отримання альтернативного лікарського висновку застрахована особа передає поставлений першим лікарем діагноз або призначене ним лікування на розгляд іншому лікарю. Цей інший лікар є незалежним та має ту ж саму спеціалізацію, що й перший.

Хто та коли має право?

Важливо! Право отримання іншої думки поширюється максимум на одне захворювання. Аби отримати альтернативний лікарський висновок, потрібне окреме направлення від сімейного лікаря або профільного фахівця.

Умови

Застрахована особа має право на отримання альтернативного лікарського висновку, якщо:

- інша думка відноситься до медичної допомоги, яка вже обговорювалася з першим лікарем, та
- застрахована особа з отриманим альтернативним висновком знову звертається до першого лікаря;
- останній продовжує здійснювати лікування.

Отримання дозволу

Застрахованій особі потрібно отримати попередній дозвіл від уповноважених осіб програми медичного обслуговування переміщених осіб з України (RMO). Заяву із зазначенням прізвища та посади першого лікаря, а також причин виникнення потреби в отриманні іншої думки, слід надіслати на електронну пошту machtigingen@rmoekraine.nl.

2.23 Лікування від тютюнової залежності – *Stoppen met Roken*

Застрахований може отримати підтримку, якщо хоче кинути палити.

Хто та коли має право?

Важливо! Право на участь у програмі з відмови від куріння надається один раз на календарний рік. Призначені лікарські засоби відшкодовуються упродовж максимум трьох місяців.

Умови

Медична допомога надається сімейним лікарем, профільним фахівцем, лікарем- акушером, медичним психологом або конкретними організаціями, які пропонують програму відмови від куріння. Медична допомога передбачає консультації або групову терапію та відповідає Стандарту медичної допомоги при тютюновій залежності та Трімбоському положенню про лікування тютюнової залежності та надання допомоги при відмові від куріння (редакція 2016 року). Відшкодування витрат на нікотинозамісні або лікарські засоби здійснюється лише у поєднанні з цією програмою. Лікарські засоби мають видаватися в аптеці, а відшкодування надається строком не більш як три місяці поспіль.

Виключення

Якщо застрахована особа проходить комплексне лікування хронічного захворювання (ХОЗЛ, Діабет 2 типу, ССЗ), витрати на програму відмови від куріння не відшкодовуються окремо, якщо це вже є частиною комплексного лікування. Програма відмови від куріння є частиною комплексного лікування.

Відшкодування

Витрати на програму відмови від куріння відшкодовуються у сумі:

- щонайбільше 70 євро один раз на календарний рік для програми відмови від паління, яку проводить сімейний лікар;
- щонайбільше 250 євро один раз на календарний рік на програму відмови від паління, яку проводить спеціалізований заклад, що займається лікуванням тютюнової залежності.

Як скористатися?

Застрахована особа має право на участь у програмі з відмови від паління лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря, профільного фахівця чи акушера.

2.24 Стоматологічна допомога – Tandheelkundige *zorg*

Розрізняють звичайну стоматологічну допомогу, яку надає стоматолог, та спеціалізовану. Зокрема, потреба в спеціалізованій стоматологічній допомозі виникає, коли йдеться про наявність таких патологій, як уроджені деформації, наприклад, вовчої пащі або заячої губи.

A. Стоматологія

Перелік послуг, на які мають право застраховані особи віком до 17 років:

- один раз на рік періодичний профілактичний стоматологічний огляд за виключенням випадків, коли застрахованій особі потрібен такий огляд частіше ніж один раз на рік;
- періодична консультація стоматолога;
- видалення зубного каменю;
- дві процедури нанесення флуориду на рік, якщо застрахована особа віком від 6 років і старше, та якщо застрахована особа не потребує такої процедури частіше одного разу на рік, з моменту прорізування постійних зубів;
- пломбування постійних зубів;
- допомога пародонтолога (лікування ясен);
- анестезія (седація);
- ендодонтичне лікування (лікування кореневого каналу);
- відновлення зубів із використанням пластикових матеріалів (пломби);
- гнатологічна медична допомога (допомога через проблеми зі скронево- нижньощелепним суглобом або скреготінням зубів);
- знімні протези (в тому числі, каркасні протези);
- установленням імплантатів, якщо це необхідно для заміни одного або кількох відсутніх несформованих постійних різців чи іклів;
- або якщо відсутність такого зуба (зубів) є безпосереднім результатом нещасного випадку;
- хірургічна стоматологія, крім установлення імплантатів;
- рентгенологічне дослідження, крім проведення рентгена з метою надання ортодонтичної медичної допомоги.

Важливо! При відвідуванні стоматолога в неробочий час застрахована особа має право на стоматологічну допомогу лише в тому випадку, якщо відвідування неможливо перенести на інший день.
Застрахована особа має право на допомогу стоматолога в неробочий час лише в тому випадку, якщо відвідування неможливо перенести на інший день.

Перелік послуг, на які мають право застраховані особи віком від 18 років:

- надання невідкладної допомоги згідно з Положенням про надання невідкладної стоматологічної допомоги (додаток 5). Відправною точкою при наданні невідкладної допомоги – зберегти якомога більше поточної функції зубів за допомогою найпростіших засобів, включаючи збереження наявних функціональних елементів;
- допомога щелепно-лицевого хірурга;
- рентгенологічне обстеження, крім пародонтологічних операцій, імплантації та неускладненого видалення зубів;
- знімні повні протези для верхньої чи нижньої щелепи.

Важливо! Покривається щонайбільше 250 євро витрат на послуги стоматолога за календарний рік.
До невідкладної медичної допомоги не входить

заміна передніх зубів (заміна постійних різців та іклів на імплантати), якщо вони не були сформовані або відсутні внаслідок нещасного випадку. При відвідуванні стоматолога у неробочий час застрахована особа має право на стоматологічну допомогу лише у тому випадку, якщо потрібна термінова допомога, яку не можна перенести на інший день.

Як скористатися?

Застрахована особа має право на лікування у щелепно-лицевого хірурга лише після попереднього лікування та за наявності письмового направлення від стоматолога або сімейного лікаря.

Отримання дозволу

Потрібне попереднє погодження з RMO:

- для лікування під анестезією;
- якщо стоматолог або ортопед надає повний знімний протез на верхню або нижню щелепу;
- як повний знімний протез для верхньої та/або нижньої щелепи, який зараз носить застрахований замінено протягом 6 років після встановлення;
- якщо застрахована особа має пройти лікування в місці перебування (наприклад, вдома);
- якщо витрати на невідкладну допомогу перевищують суму 250 євро протягом календарного року.

До заяви в RMO необхідно додати письмове обґрунтування та план лікування від медичного працівника. У заяві необхідно додати такі дані:

- Ім'я, адреса та номер BSN;
- Діагностована патологія;
- План лікування;
- Очікувані витрати;
- Наявні знімки.

Заяву можна надіслати на адресу: permissions@rmoekraine.nl.

Б. Спеціалізована стоматологія

Застрахована особа має право на спеціалізовану стоматологічну допомогу, якщо є:

- тяжке порушення розвитку, росту або набутий дефект зубощелепно-ротової системи. Лише у разі сильно зменшеної, знезубленої щелепи застрахована особа має право на встановлення імплантатів та встановлення незнімної частини супраструктури (ці імплантати мають забезпечувати фіксацію знімного протезу);
- нестоматологічне фізичне чи психічне захворювання, лікування якого без спеціалізованої стоматологічної допомоги матиме явно недостатні результати.

Застрахована особа має право лише на:

- спеціалізовану стоматологічну допомогу, якщо це необхідно для збереження або набуття зубних функцій, еквівалентних тим, які були б у застрахованої особи, якби не виникло захворювання;
- ортодонтичну допомогу за наявності дуже серйозних порушень розвитку або росту зубощелепно-ротової системи, які вимагають проведення спільної діагностики або спільного лікування з іншими фахівцями, крім стоматологів.

Як скористатися?

Застрахована особа має право на спеціалізоване стоматологічне лікування у ортодонта лише за наявності письмового направлення від стоматолога або щелепно-лицевого хірурга.
Застрахована особа має право на спеціалізоване стоматологічне лікування у щелепно-лицевого хірурга лише за наявності письмового направлення від стоматолога або щелепно-лицевого хірурга.

За лікарнею обов'язково має бути закріплений щелепно-лицевий хірург . Застрахована особа має право на отримання спеціалізованої стоматологічної допомоги у Центрі спеціалізованої стоматології лише за наявності попереднього письмового направлення від сімейного лікаря, стоматолога або щелепно-лицьового хірурга.

Отримання дозволу

Застрахованій особі потрібно отримати попередній дозвіл від уповноважених осіб Програми медичного обслуговування переміщених осіб з України (RMO). До заяви в RMO необхідно додати письмове обґрунтування та план лікування від медичного працівника. У заяві мають бути представлені такі дані:

- Ім'я, адреса та номер BSN
- Діагностована патологія.
- План лікування.
- Очікувані витрати.
- Наявні знимки.

Заяву можна надіслати на адресу: permissions@rmoekraine.nl або через Vecozo.

Дозвіл надається лише в тому випадку, якщо відповідна особа пройшла повне лікування в Нідерландах, де його можна закінчити.

2.25 Трансплантація – *Transplantatie*

Трансплантація – це форма спеціалізованої медичної допомоги застрахованій особі, що передбачає заміну органу чи тканини, які критично чи повністю перестали функціонувати, на орган чи тканину донора. Органи/тканини, які можуть бути використані для трансплантації, включають серце, шкірні покриви, легені, нирки, підшлункову залозу, печінку, кістки та кістковий мозок. Пересаджуватися можуть також частини органів.

Хто та коли має право?
Застрахованій особі може бути проведена трансплантація:
- кісткового мозку;
- кісток;
- рогівки ока;
- шкірного покриву;
- нирки;
- серця;
- печінки;
- легень;
- підшлункової залози.

Відшкодовуються витрати на:
- спеціалізовану медичну допомогу у зв'язку з вибором донора;
- спеціалізовану медичну допомогу у зв'язку з хірургічним вилученням трансплантата в обраного донора;
- дослідження, зберігання та перевезення посмертного трансплантаційного матеріалу у зв'язку із запланованою трансплантацією, надання медичної допомоги донору, пов'язаного з перебуванням у закладі для забору трансплантаційного матеріалу, упродовж максимум 13 тижнів або шести місяців після дати виписки з цього закладу у випадку трансплантації печінки;
- медичний догляд за донором передбачає догляд, на який застрахована особа також має право згідно з цією Програмою;
- перевезення донора в межах Нідерландів;
- громадський транспорт найнижчого класу в межах Нідерландів, або, якщо це необхідно за медичними показаннями, перевезення на автомобілі в межах Нідерландів;
- перевезення до Нідерландів і назад донора нирки, печінки або кісткового мозку, який проживає за межами Нідерландів. Інші витрати, пов'язані з трансплантацією та проживанням донора за кордоном, також будуть відшкодовані, за виключенням витрат на проживання у Нідерландах та втрати доходу. Вищезазначені витрати на перевезення донора відносяться до медичного страхування донора. Якщо донор не має медичної страховки, витрати будуть відшкодовані за рахунок RMO.

Як скористатися?
Застрахована особа має право на трансплантацію лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря або профільного фахівця.

2.26 Лікування тромбозів – *Trombosedienst*

Тромбоз – це утворення тромбу у вені чи артерії. Ця патологія може виникнути, наприклад, у судинах гомілки, коронарних артеріях, судинах легень та судинах головного мозку. До обов'язків фахівців із лікування тромбозів входить спостереження амбулаторних пацієнтів, які приймають певні пероральні антикоагулянти.

Хто та коли має право? Застрахована особа має право на:
- регулярний забір зразків крові;
- проведення лабораторних аналізів, якщо вони потрібні для визначення часу згортання крові;
- використання обладнання, за допомогою яких можна виміряти час згортання крові;
- тренінг для ознайомлення з вищезазначеним обладнанням та інструкції щодо виконання вимірювань;
- консультації щодо застосування лікарських засобів, які впливають на згортання крові.

Як скористатися?
Застрахована особа має право на допомогу фахівця з лікування тромбозів лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря або профільного фахівця.

2.27 Лікування туберкульозу – *Tuberculose zorg (tbc)*

Туберкульоз – це інфекційне захворювання, яке викликають бактерії Mycobacterium tuberculosis. Відсутність належного лікування цієї хвороби може призвести до летального результату. Переміщені особи з України, що прибули з країн групи ризику (згідно з переліком країн Королівської Нідерландської хімічної асоціації (KNCV), проходять скринінг в Муніципальній службі охорони здоров'я (GGD) після прибуття до Нідерландів у рамках колективної превентивної профілактики. Крім первинного обстеження пропонуються і повторні обстеження.

Хто та коли має право?

Застраховані особи віком до 12 років, що прибули з країни групи ризику, мають право на щеплення БЦЖ, відповідні аналізи на ВІЛ, пробу Манту та консультації. Застрахована особа також має право проходити проміжні і додаткові обстеження, якщо вони проводяться між регулярними повторними обстеженнями. У рамках програми оплачується індивідуальна медична допомога під час лікування туберкульозу та додаткове обстеження.

2.28 Перебування у медичних закладах – *Verblijf*

А. Перебування в закладах первинної медичної допомоги

У певних ситуаціях застрахована особа може зіткнутися з проблемами медичного догляду, за яких, на думку сімейного лікаря, більше не існує медичних показань для перебування в домашніх умовах, але при цьому застрахована особа не потребує госпіталізації у клініку. У цьому випадку, після консультації з пацієнтом, сімейний лікар може прийняти рішення про госпіталізацію застрахованої особи до так званого закладу первинної медичної допомоги.

Хто та коли має право?

Застрахована особа має право на цілодобове перебування, потреба в якому виникла у зв'язку з показаннями в рамках медичного обслуговування, яке надається сімейними лікарями. Застрахована особа також має право на відповідну медичну допомогу, догляд та парамедичну допомогу в медичному закладі, що надає первинну медичну допомогу, як зазначено у Довіднику з медичної допомоги. Перебування відшкодовується за період упродовж 3 місяців (без перерв).

Як скористатися?

Застрахована особа має право на перебування в закладах первинної медичної допомоги лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря, профільного фахівця або фахівця з геріатрії. Якщо строк перебування перевищує 3 місяці, слід отримати нове направлення.

Б. Перебування в закладах з постійним медичним доглядом

Хто та коли має право?

Йдеться про перебування в закладах із супутнім доглядом, що складається з особистого догляду, консультування та/або лікування для осіб із соматичними, психогеріатричними або психіатричними розладами, інвалідністю, розумовою, фізичною чи сенсорною інвалідністю, якщо ця особа залежить від середовища проживання, терапевтичного середовища проживання або їй потрібен постійний нагляд

Право на перебування в закладах з постійним медичним доглядом існує лише в тому випадку, якщо застрахована особа потребує цього більш як три дні на тиждень. Якщо застрахована особа направлена до закладу первинної медичної допомоги і у цієї особи спостерігається соматичне або геріатричне захворювання чи інвалідність, то в закладі може перебувати і чоловік (дружина) застрахованої особи.

Якщо Застрахована особа матиме право на лікування та перебування, й обидві послуги надаються одним і тим самим постачальником медичних послуг, тоді така допомога включатиме в себе також і:

- медичну допомогу загальномедичного характеру, що не є парамедичною допомогою;
- лікування психіатричної хвороби, якщо лікування є невід'ємною частиною курсу лікування однієї з зазначених в попередньому пункті хвороб або вад;
- фармацевтичну допомогу;
- допоміжні засоби, необхідні в зв'язку з допомогою, яка надається в умовах спеціального закладу;
- стоматологічну допомогу;
- одяг, пов'язаний з характером та завданнями постачальника медичних послуг;
- індивідуальне користування інвалідним візком.

Права на отримання грошових виплат на проживання Застрахована особа не матиме.

Необхідна наявність показань

Право на перебування (проживання) Застрахована особа матиме в тому разі, якщо вона попередньо отримає на це дозвіл від виконавця Програми медичного обслуговування для переміщених осіб з України (RMO). Умовою для отримання дозволу є повідомлення про наявність показань, що видане компетентним органом з виявлення показань. Заяву на виявлення показань та надання дозволу на перебування Застрахована особа може подати за допомогою відповідної форми. Цю форму Застрахована особа може завантажити з вебсайту: www.rmoekraine.nl.

Декларація

Декларації щодо перебування у закладі постачальник медичних послуг подає за допомогою призначеної для цього спеціальної форми, див. на вебсайті: www.rmoekraine.nl.

В. Госпіталізація

За погодженням із медичним фахівцем застрахована особа може бути прийнята для обстеження, хірургічного втручання чи спостереження до клініки. Якщо застрахованій особі потрібне перебування упродовж декількох днів, її «госпіталізують». Перебування у клініці може бути тривалим.

Хто та коли має право?

Застрахована особа має право на цілодобове перебування за медичними показаннями у зв'язку з наданням акушерської допомоги, хірургічної допомоги щелепно-лицевого хірурга, спеціалізованої медичної допомоги та геріатричної реабілітації. Застрахована особа також має право на відповідну медичну допомогу, догляд, парамедичну допомогу та лікарські засоби.

Перебування в закладі покривається страхуванням на безперервний період протягом 1095 днів. Перерва, що не перевищує 30 днів не розглядається як перерва, проте ці дні не враховуються під час розрахунку визначених 1095 днів. Перерва у зв'язку з вихідними чи відпусткою зараховується. Перебування в закладі психіатричної медичної допомоги (GGZ-zorg), а також перебування у зв'язку з реабілітацією та геріатричною реабілітацією тут не описується.

Г. Періодичне перебування в медичному закладі

Йдеться про перебування в закладі до чотирьох днів на тиждень (208 днів на рік), яке супроводжується персональним доглядом, медичним обслуговуванням або спостереженням за особою із соматичними, психогеріатричними або психіатричними захворюваннями, інвалідністю, розумовими, фізичними або сенсорними порушеннями, якщо ця особа залежить від постійного нагляду, і періодичне перебування потрібне для зменшення навантаження на особу, що здійснює догляд за цим пацієнтом. Перебування в закладі психіатричної медичної допомоги (GGZ-zorg), а також перебування у зв'язку з реабілітацією та геріатричною реабілітацією тут не описується.

Як скористатися?

Застрахована особа має право на періодичне перебування в медичному закладі лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря або профільного фахівця.

Запит

Заяви на періодичне перебування мають бути подані постачальником медичних послуг на відповідному бланку, див. www.rmoekraine.nl.

Д. Проживання в пансіоні.

Пансіон – це тимчасове помешкання для батьків, братів та сестер тяжкохворих дітей (до 18 років). Пансіони розміщені поряд з клініками (а іноді і всередині) і призначені для родичів, які бажають бути поряд зі своєю дитиною. Місцем для такого перебування може бути будинок Фонду Рональда Макдоналда, будинок сімейного типу або пансіон, що є частиною клініки.

Запит

Заяви на перебування в пансіоні необхідно подавати постачальником медичних послуг у вигляді рахунку-фактури на електронну адресу declaraties@rmoekraine.nl. У рахунку мають бути зазначені відомості про дитину, дати початку та закінчення перебування та кількість днів перебування.

2.29 Акушерська допомога – *Verloskundige zorg*

Частково акушерську медичну допомогу вагітним жінкам надають лікарі-акушери. Вони здійснюють спостереження та нагляд за жінками під час вагітності та пологів. Пологи відбуваються у лікарні.

Хто та коли має право?

Акушерська допомога включає:
- консультування (інформування та поради);
- ультразвукове дослідження у 2-му триместрі (УЗД на 20-му тижні вагітності);
- на підставі медичних показань застрахована особа має право подати заяву на пренатальну діагностику, зокрема, аналіз ворсин хоріону, амніоцентез та неінвазивне пренатальне обстеження (NIPT);
- встановлення або видалення внутрішньоматкової спіралі.

Крім цього, застрахована особа має право на:
- фактичну організацію медичної допомоги при вагітності та пологах;
- запис на прийом, наприклад, до центру ультразвукової діагностики або до гінеколога;
- надання роз'яснень щодо отримання пологових пакетів.

Структурне ультразвукове дослідження може проводити лише постачальник медичних послуг, який має ліцензію (WBO) або договір про співпрацю з Регіональним Центром, що має таку ліцензію, за виключенням випадків, коли існують медичні показання.

Як скористатися?

Для акушерської медичної допомоги направлення не потрібне.

Важливо! До переміщених осіб з України застосовуються спеціальні угоди щодо догляду за вагітністю та пологами.

2.30 Медичний догляд (включно: домашній) – *Verpleging en verzorging (ook wel: thuiszorg)*

Медичний догляд (включно, вдома) спрямований на підтримання фізичного здоров'я, соціальне піклування, психічне благополуччя, а також на забезпечення пацієнту власного домашнього та навколишнього комфортного середовища.

Хто та коли має право?

Під медичним доглядом мається на увазі догляд, який зазвичай забезпечують медсестри або доглядальниці, і він:
- пов'язаний з потребою в медичній допомозі від сімейного лікаря або профільного фахівця;
- не супроводжується перебуванням у клініці;
- не належить до акушерської медичної допомоги.

Показання

Показання визначаються дільничною медсестрою та мають відповідати стандартам, встановленим Професійною асоціацією дільничних медсестер та доглядальників у Нідерландах (V&VN).

Запит

Заява для неповнолітніх застрахованих осіб (до 18 років):
- Якщо догляд за неповнолітніми пов'язаний із необхідністю медичного обслуговування або високим рівнем ризику цього, тоді такий догляд поширюється на Zorgverzekeringswet – Закон про медичне страхування. На це вказує (педіатрична) медсестра. Постачальник медичних послуг подає заяву щодо надання такого догляду через систему VeCoZo.
- Якщо діяльність з виконання медичного догляду за неповнолітніми спрямована на усунення дефіциту самостійності у здійсненні загальної повсякденної життєдіяльності (ADL), то на такий догляд поширюються положення Закону про неповнолітніх. Постачальник медичних послуг подає заяву до муніципалітету.

2.31 Санітарний транспорт – *Vervoer per ambulance*

Розрізняють два види санітарного транспорту: транспорт екстреної допомоги та транспорт на замовлення. Карета «швидкої допомоги» надається медсестрами та водіями, що пройшли спеціальну підготовку. Перевезення автівкою/каретою «швидкої допомоги» забезпечує власник спеціальної ліцензії.

Хто та коли має право?
Застрахована особа, яка має медичні показання для перевезення автівкою/каретою « швидкої допомоги», має право на:

- транспортування до постачальника медичних послуг (лікаря) або до закладу охорони здоров'я та назад, витрати на яку покриває програма RMO;
- транспортування до власного будинку або, якщо застрахована особа не може отримувати необхідний догляд у домашніх умовах, в інше помешкання, якщо застрахована особа прибула від одного з постачальників медичних послуг або відповідного закладу.

Виключення та обмеження:

- Застрахована особа не має права на перевезення автівкою/каретою «швидкої допомоги» у зв'язку з перебуванням в медичному закладі упродовж частини дня.
- Право на отримання послуг швидкої допомоги обмежується відстанню, більше що не має перевищувати 200 кілометрів в один кінець.

Як скористатися?
Застрахована особа має право на перевезення автівкою/каретою «швидкої допомоги» лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря, профільного фахівця, лікаря пристарілих пансіонату для людей похилого віку або лікаря для розумово неповноцінних, за винятком випадків невідкладного перевезення.

Застрахована особа має право на транспортування гелікоптером лише при отриманні попереднього письмового направлення від Центрального пункту швидкої допомоги (CPA) або центру інтенсивної неонатальної та педіатричної хірургічної допомоги, за виключенням випадків невідкладного транспортування гелікоптером.

3.32 Лікування захворювань стоп – *Voetzorg*

Ризик утворення ран на стопі може бути підвищеним через різні патологічні стани, зокрема – через цукровий діабет. Для пацієнтів у групі ризику важливо, аби стопи регулярно оглядав кваліфікований медичний працівник, а за наявності рани вона підлягала лікуванню. Рівень ризику ускладнень визначає сімейний лікар, профільний фахівець або геріатр.

Хто та коли має право?
Медичне обслуговування визначається та надається в залежності від рівня ризику:

- наявність ризику утворення ран – щорічний огляд стопи;
- для стопи з локальним або без локального підвищення тиску або для стопи з дуже високим ризиком;
- раз на рік або частіше;
- для діабетичних стоп – регулярні огляди, лікування та догляд.

Відшкодування не надається для:

- видалення мозолів та педикюру з косметичною метою;
- силіконового ортезу, фіксатора й таке інше.

3.33 Умовно допустимі форми догляду – *Voorwaardelijk toegelaten zorgvormen*

Деякі форми медичної допомоги умовно включені до базового медичного страхування. Це стосується медичної допомоги, ефективність якої є сумнівною або не доведеною, або такою, що не доведена. Це може стосуватися як нових методів лікування, так і лікування, яке вже покривається базовим медичним страхуванням, але щодо якого існують чи виникли сумніви. Для отримання відомостей з цього питання застрахована особа може звернутися до представників RMO.

2.34 Транспортування пацієнтів сидячи – *Zittend ziekenvervoer*

За певних показань перевезення пацієнта до сімейного лікаря, профільного фахівця чи до клініки здійснюється у сидячому положенні.

Хто та коли має право?
Це право надається за умови дотримання положень Додатка 6: Показання для перевезення пацієнтів.

Як скористатися?
Застрахована особа має право на транспортування лише після попереднього письмового направлення від сімейного лікаря або профільного фахівця.
Направлення має відповідати таким умовам:
- на документі має бути вказана дата;
- направлення має бути видане до початку лікування;
- вказані повна назва, адреса та код AGB постачальника медичних послуг;
- засвідчений електронним підписом постачальника медичних послуг;
- вказані прізвище, ім'я і по-батькові, адреса і номер BSN переселенця з України;
- виникнення потреби в перевезенні є очевидним.

2.35 Допомога людям із сенсорними порушеннями – *Zintuiglijk gehandicaptenzorg*

Йдеться про лікування людей із порушеннями сенсорних функцій, зокрема, зору, слуху, мовлення або поєднанням цих вад. За потреби пацієнту надається мультидисциплінарна допомога – до лікування залучаються фахівці кількох напрямків.

Хто та коли має право?
Застраховані особи за наявності відповідних показань мають право на:
- діагностичне дослідження;
- тренінги, спрямовані на те, аби психологічно справлятися з інвалідністю;
- заняття, спрямовані на компенсацію обмежень та відновлення впевненості в собі.

Крім лікування самої особи з сенсорними порушеннями, також проводиться (непряме) системно-орієнтоване спільне лікування батьків або опікунів, дітей та дорослих, що оточують особу із сенсорними порушеннями. Ці особи навчаються навичкам на користь особи з сенсорними порушеннями. Підтримка соціального функціонування, комплексна, довгострокова та життєва підтримка для сліпоглухих та глухонімих дорослих з попереднім вивченням мови не підпадає під догляд за сенсорною інвалідністю.

Застрахована особа має право на багатопрофільне медичне обслуговування у зв'язку з:
- вадами зору (застрахована особа є сліпою або частково зрячою);
- вадами слуху (застрахована особа є глухою або зі слабким слухом);
- порушення функції мови (застрахована особа зазнає значних труднощів з мовною функцією/мовою) має порушення мовного розвитку та молодша за 23 роки.

Медичне обслуговування спрямоване на вироблення навичок, що дозволяють справлятися з інвалідністю, усунення чи компенсацію обмежень життєдіяльності з метою максимально можливого самостійного функціонування.

Виключення
Догляд за інвалідами з порушеннями сенсорної функції не передбачає:
- частини медичного догляду, пов'язаної з забезпеченням соціального функціонування;
- комплексної, довгострокової та пожиттєвої програми підтримки дорослих сліпоглухих та глухонімих з попереднім вивченням мови;
- догляду за застрахованими особами з комунікативною інвалідністю внаслідок порушення розвитку мовлення у віці 23 років та старше.

Як скористатися?
Застрахована особа має право на отримання медичної допомоги для сенсорних інвалідів лише за наявності попереднього письмового направлення:
- за потреби в лікуванні порушення зору потрібне направлення від медичного фахівця, який діє на підставі Постанови Наукової асоціації офтальмологів в Нідерландах «Порушення зору, реабілітація та направлення» визначив наявність порушення зору;
- за потреби в лікуванні слухових та/або комунікативних порушень необхідне направлення від клінічного лікаря-аудіолога Аудіологічного Центру або від лікаря, який на підставі чинних положень Асоціації аудіологічних центрів Нідерландів встановив наявність слухових та/або комунікативних порушень.

2.36 Переривання вагітності – *Zwangerschapsafbreking*

Консультування та лікування жінок, які розглядають можливість переривання вагітності до 24 повних тижнів (або 168 днів).

Хто та коли має право? Застрахованим особам доступні:

- як інструментальні, так і медикаментозні методи;
- хірургічне лікування на другому триместрі вагітності шляхом дилатації та вакуумування (розширення шийки матки або ембріотомія).

Запит

Клініки з проведення абортів можуть стягувати плату за чинними тарифами Управління охорони здоров'я Нідерландів, які застосовуються до осіб, які не мають страховки згідно із Законом про довгостроковий медичний догляд (Wlz). Заяви на відшкодування можна подавати на адресу електронної пошти declaraties@rmoekraine.nl.

Контакти з представниками RMO:
Веб-сайт: www.rmoekraine.nl

Телефони:
085 050 14 20 (для застрахованих осіб)
085 050 14 21 (для надавачів медичних послуг).