

ПЪТЕВОДИТЕЛ

НА ПАЦИЕНТА ЗА ДОСТЪП ДО МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Достъпът до медицински грижи на гражданите е едно от най-важните социални права, регламентирани в Конституцията на Република България. Основна фигура за достъп до различни здравни услуги за (български граждани, граждани с временна закрила, хуманитарен статут, мигранти и търсещи убежище в България) е **личният лекар, който има договор със здравната каса**. Той се нарича още общопрактикуващ лекар (ОПЛ).

КОЙ има право на личен лекар?

Всяко лице, което е с непрекъснати здравноосигурителни права, т.е. внася редовно вноските си за здравно осигуряване, или е на възраст до 18 г. или пенсионер. Здравно осигурени са и лица с временна закрила, с изключение на лица между 18 г. и 63 г. за жените и 65 г. за мъжете, които не подлежат на здравно осигуряване на друго основание по чл. 40, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване и по реда на чл. 40 от Закона за здравното осигуряване (не работят, не учат и не заплащат сами здравните си вноски) след изтичане на 3-месечния срок, в който са осигурени от държавата. Наличието на здравни осигуровки може да бъде проверено на интернет страницата на НАП - <https://portal.nra.bg/details/health-insu-status>.

КАК да получа медицинска помощ?

ПЪРВА стъпка: Избор на личен лекар

ВАШИЯ личен лекар е този:

- който следи общото Ви медицинско състояние, прави редовни прегледи, задължителни ваксинации и лекува заболявания. Извършва медицинска помощ в обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК;
- предоставя направление за специализирани, лабораторни, образни и други медицински изследвания;
- предоставя направления за преглед от лекар с определена специалност (хирург, акушер гинеколог, ортопед и др.). Направлението е валидно за срок от един месец;
- извършва профилактичен преглед веднъж годишно;
- прави заверка на първата здравноосигурителна книжка (издадена от РЗОК) и при издаването на нова;
- води медицинското досие на пациента;
- води електронната книжка на пациенти с хронични заболявания и изписва медикаменти, частично или напълно заплатени от НЗОК;
- предоставя електронни рецепти за медикаменти, включително и такива водещи се на специален отчет;
- насочва пациентите към Лекарската консултативна комисия (ЛКК) и ТЕЛК;
- предоставя информация за болниците, в които е възможно да бъде проведено лечение, съобразно заболяването на пациента в рамките на гарантирания от НЗОК пакет медицински услуги;
- информира ви дали подлежите на лечение в болница или при лекар специалист.

ВАШИЯ личен лекар издава следните документи:

- извлечение-копие или етапна епикриза;

- препис от медицинското досие за съда и прокуратурата;
- болничен лист за временна нетрудоспособност или предписание за трудоустрояване;
- медицинско направление за санаторно-курортно лечение;
- медицинско направление за превозване на починал в друго населено място;
- медицинско направление за социални грижи;
- медицинско направление за хоспис;
- медицинско свидетелство за постъпване на работа;
- медицинско свидетелство за приемане в детски и учебни заведения;
- медицинско свидетелство на участници в спортни състезания;
- медицинско свидетелство за осиновяване на дете;
- медицинско свидетелство за сключване на граждански брак;
- медицинско свидетелство за шофьорска книжка;
- талон за здравното състояние и талон за проведени профилактични прегледи на деца и ученици до здравните власти;
- медицинска бележка на дете или ученик че не е в контакт със заразно болни;
- медицинска бележка за детски и учебни заведения при отсъствие по медицински показания;
- заверка на лична здравна книжка на работещите в детски и хранителни заведения;
- съобщение до ЕСГРАОН за смърт.

КЪДЕ избираме личен лекар?

- Личен лекар може да се избере на територията на цялата страна, независимо от адресната регистрация;
- Ако пребивавате в населено място извън постоянното ви местоживееие за срок до 1 месец, и се налага да получите медицинска помощ инцидентно по повод на остро възникнало заболяване, можете да се обърнете към всеки общопрактикуващ лекар. Достатъчно е да му предоставите Вашата здравноосигурителна книжка. Ще заплатите само регламентираната потребителска такса;
- Ако пребивавате в друг град за срок от един месец, но не повече от 5 месеца медицинска помощ можете да получите от всеки общопрактикуващ лекар. За целта закупвате от книжарницата за медицинска документация или отпечатвате от сайта на НЗОК регистрационен формуляр за временен избор на личен лекар. Формулярът се попълва от здравноосигуреното лице и новоизбрания ОПЛ.

КОГА избираме личен лекар?

Избор на личен лекар можем да направим по всяко време.

КОГА сменяме личен лекар ?

Смяната на личния лекар се осъществява 2 пъти в годината в периода от 1 до 30 юни или от 1 до 30 декември на календарната година, ако не сме доволни от услугите му или поради други причини. Попълваме регистрационен формуляр за постоянен избор и го предоставяме на новия личен лекар заедно със здравноосигурителната книжка. Можем да бъдем обслужени от новия лекар от деня на попълване и подписване на формата. Не е необходимо да уведомяваме досегашния си личен лекар за извършената смяна.

КАК избираме личен лекар?

- Всеки пълнолетен член на семейството има право да избира сам личния си лекар. За децата до 18 години изборът се осъществява от техните родители;

- Записването при общопрактикуващия лекар ОПЛ (семеен лекар, Джи пи) става с регистрационен формуляр за първичен избор на общопрактикуващ лекар, който се получава безплатно от РЗОК или може да се изтегли от интернет страницата на НЗОК. Новоизбраният ОПЛ трябва да попълни своите лични данни и тези на практиката, в която работи. Вписва се и датата, на която здравноосигуреното лице е направило своя избор.

КОЙ издава здравноосигурителната книжка?

Всеки здравноосигурен гражданин получава от Районната здравна каса (РЗОК) здравноосигурителна книжка. В нея има раздели, в които могат да се въведат имената на личния лекар или лекаря по дентална медицина, както и при промяна на имената им.

КОЛКО плащаме на личния лекар?

- За всяко посещение при личния лекар, лекаря от специализираната извънболнична медицинска помощ или лекаря по дентална медицина, както и за всеки ден болнично лечение, но не повече от 10 дни годишно, здравноосигурените лица заплащат суми, определени с Постановление на Министерския съвет. Към м. януари 2024 г. потребителската такса е в размер на 2.90 лв. (два лева и деветдесет стотинки). С Постановлението се определят по-ниски суми за всяко посещение при лекаря или при лекаря по дентална медицина на лицата, които са упражнили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст.
- От потребителска такса са освободени:
 - ✓ Лица със заболявания изброени в списък одобрен от НЗОК, който трябва да е окачен на видно място в кабинета на личния лекар;
 - ✓ Малолетни, непълнолетни и неработещи членове на семейството;
 - ✓ Неработещи членове на семейството, регистрирани в бюро по труда, независимо дали получават обезщетение;
 - ✓ Ветерани от войните и военноинвалиди;
 - ✓ Пациенти със злокачествени заболявания;
 - ✓ Медицински специалисти;
 - ✓ Здравноосигурени лица страдащи от заболявания с над 71% намалена работоспособност;
 - ✓ Социално слаби лица получаващи помощи според Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане;
 - ✓ Лица настанени в домове за социални грижи;
 - ✓ Задържани под стража лица, задържани на основание чл. 72 от Закона за Министерството на вътрешните работи;
 - ✓ Задържани на основание чл. 125, ал. 1 от Закона за Държавна агенция "Национална сигурност" или лишени от свобода;
 - ✓ Бременни и родилки до 45 дни след раждането.

Лечение при зъболекар

- Хора с непрекъснати здравни осигуровки могат да се лекуват по избор при всеки лекар по дентална медицина сключил договор с НЗОК. При посещение при лекаря по дентална медицина пациентът трябва да носи здравноосигурителната си книжка, в която се вписват извършените дейности.
- За всяко посещение при зъболекар здравноосигурените лица заплащат суми, определени с Постановление на Министерския съвет. Към м. януари 2024 г. потребителската такса е в размер на 2.90 лв. (два лева и деветдесет стотинки). С

Постановлението се определят по-ниски суми за всяко посещение при лекаря или при лекаря по дентална медицина на лицата, които са упражнили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

КАКВИ дентални услуги се покриват от НЗОК?

Пакет дентални дейности за лица до 18 г. възраст:

- обстоен преглед със снемане на орален статус, веднъж за съответната календарна година;
- пломба с амалгама или химичен композит, без доплащане от здравноосигуреното лице;
- изваждане на временен или постоянен зъб с анестезия (упойка) без доплащане от здравноосигуреното лице;
- лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб, като доплащането от здравноосигуреното лице е 4.70 лв.;
- лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб, като доплащането е в размер на 6 лв.;

Специализирана хирургична извънболнична дентална помощ за лица до 18 г. възраст

- специализиран обстоен преглед;
- инцизия в съединителнотъканните ложи, включително с упойката (доплаща се 3.00 лв.);
- изваждане на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, включително с упойката (доплаща се 5.00 лв.);
- контролен преглед, след някоя от последните две дейности (доплаща се 0.80 лв.)

ВАЖНО!

- Психично болните, непълнолетните лица нямат ограничения в денталната дейност, която им се извършва под обща упойка. Те не доплащат, НЗОК ги поема изцяло!
- Малолетни и непълнолетни лица, които са в домове за медико-социални услуги, в специализирани училища, домове за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителски грижи или задържани под стража, имат право на същите дентални дейности напълно безплатно.

Пакет дентални дейности за лица над 18 г. възраст

- обстоен преглед със снемане на орален статус, веднъж за съответната година, в това число еднократен, допълнителен преглед за бременни;
- пломба с амалгама или химичен композит с доплащане от 4.00 лв. за здравноосигурено лице;
- изваждане на постоянен зъб с анестезия (упойка) с доплащане от 4.00 лв. за здравноосигурено лице.

Специализирана хирургична извънболнична дентална помощ за лица над 18 г. възраст:

- специализиран обстоен преглед;
- инцизия в съединителнотъканните ложи, включително с упойката (доплаща се 7.50 лв.);

- изваждане на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, включително с упойката (доплаща се 13.50 лв.);
- контролен преглед, след някоя от последните две дейности (доплаща се 0.80 лв.)

Важно!

НЗОК покрива и дейности по възстановяване функциите на дъвкателния апарат при цялостно обеззъбени челюсти - горна и долна с цяла плакова зъбна протеза за период от 4 години, в това число и контролните прегледи до два месеца след поставяне на протезата. Предвидено е от 1 май 2024 г. НЗОК да заплаща и изработката на медицинското изделие - тотална цяла горна / долна плакова протеза.

ВТОРА стъпка: Заплащане на здравни осигуровки

КОЙ плаща здравните вноски?

- Размерът на здравната вноска е 8% от дохода. Тя се поделва между работодател и работник в отношение 60 към 40;
- На всяко лице на възраст до 18 г. и над 63 г. за жени и 65 г. за мъже здравните вноски се поемат от държавата. Вноската се поема и за студенти редовно обучение, военноинвалиди, пострадали от природни бедствия и аварии, безработни получаващи обезщетение за безработица, задържани под стража или лишени от свобода, лицата с временна нетрудоспособност поради болест, бременност и раждане и отглеждане на малко дете;
- Самоосигуряващите се лица сами заплащат здравноосигурителните вноски. Здравноосигурителните права на тези лица се прекъсват, когато те не са внесли повече от три месечни вноски за период от 36 месеца до началото на месеца, предхождащ месеца на оказаната медицинска помощ.

КАКВО получаваме срещу платените здравни вноски?

Основният здравноосигурителен пакет покрива:

- **Първична извънболнична медицинска помощ** - промоция и профилактика на здравето; оценка на риска за здравето; скринингови услуги и имунизации; диагностични и лечебни услуги, домашни посещения и медицинска експертиза;
- **Специализирана извънболнична медицинска помощ**; консултация, профилактични прегледи, амбулаторни скринингови услуги, медицински прегледи при специалисти, 64 предварително дефинирани високоспециализирани дейности и 184 различни по вид изследвания;
- **Извънболнична дентална помощ** - за деца и възрастни;
- **Стационарни услуги** (болнично лечение) - **267 клинични пътеки** (болничен престой над 48 ч.); **6 клинични процедури с продължителност до 24 ч. и 47 амбулаторни процедури неизискващи хоспитализация.**

Детайлно описание на пакета услуги може да бъде намерен в актуалния за годината Рамков договор на сайта на НЗОК - <https://nhif.bg/bg/nrd>.

КОГА плащаме здравните вноски ?

Вноските за здравно осигуряване трябва да се внесат по някои от посочените начини до **25 число на месеца, следващ месеца, за който е възникнало задължението за внасяне на здравноосигурителните вноски.** Здравноосигурителните права на

граждани, които се осигуряват за своя сметка, се прекъсват, ако не са внесени повече от **три дължими месечни вноски за период от 36 месеца.**

КЪДЕ плащаме здравните вноски ?

- В най-близкия офис на НАП;
- В която и да е банка чрез платежно нареждане;
- В които и да е пощенски клон чрез пощенски запис;
- В касите на Easy Pay срещу ЕГН/ЛНЧ;
- Чрез услугата на НАП - Справка за задълженията с възможност за плащане, достъпна с квалифициран електронен подпис (КЕП) или с персонален идентификационен код (ПИК)*.

****Предимствата на КЕП и ПИК:***

Ползването на услугите на НАП с квалифициран електронен подпис (КЕП) или персонален идентификационен код (ПИК) след регистрация дава някои предимства:

- *Размерът на задълженията е видим преди извършване на плащането;*
- *Автоматично попълване на данните за идентификация на лицето и вида на задълженията, които желаете да платите;*
- *История на плащанията, които са извършени от вас чрез използване на услугата.*

Ако плащате в срок до **25-то число на месеца, следващ месеца, за който се отнася задължението**, то вноската е в размер на **37.32 лв. месечно**. При плащане със закъснение, е необходимо да изчислите дължимите лихви. За тази цел използвайте Лихвен калкулатор за просрочени задължения на сайта на НАП, като въведете месеците за които не са платени здравните осигуровки по този линк - <https://portal.nra.bg/details/health-calculator-2>

КАК да проверим здравния си статус ?

- На интернет сайта на НАП по ЕГН или ЛНЧ - <https://portal.nra.bg/details/health-insu-status>;
- На тел. **0700 18 700** - Информационен център на НАП;
- На място в офис на НАП.

КАК да възстановим здравните си права ?

Когато здравноосигурителните права са прекъснати, т.е. за последните 36 месеца липсват повече от три вноски за здравно осигуряване, **за да бъдат възстановени правата, трябва да са заплатени всички задължения за здравно осигуряване за последните 60 месеца (пет години).** Правата се възстановяват от датата на заплащане на дължимите вноски.

Ако сте платили дължимите здравноосигурителни вноски, но все още не е отразено в системата, а трябва спешно да постъпите за болнично лечение, тогава можете да поискате от офис на НАП по постоянен адрес да ви се издаде удостоверение, че сте с непрекъснати здравноосигурителни права, което да послужи пред здравните органи. За да ви бъде издаден този документ трябва да представите вноските бележки с които да докажете направените от Вас вноски за здравно осигуряване. Това удостоверение е със срок от три месеца, считано от месеца на възстановяване на правата и ви дава възможност да ползвате безплатна медицинска помощ за съответния период.

КОЛКО плащаме за здравни вноски?

- Размерът на здравноосигурителната вноска се определя като процент от дохода, върху който се дължат вноските. Определя се всяка година със Закона за бюджета на НЗОК.
- Здравноосигурителната вноска е **8% върху дохода**. Разпределението на здравноосигурителните вноски между осигуряващия и осигурения е в **съотношение 60 към 40 и от 1 януари 2024 г. е 37.32 лв.** За самоосигуряващите се лица, като например управител на фирма или свободна професия, вноската е изцяло за тяхна сметка и е в минимален размер на **74,64 лв.** Задължение сами да я внасят имат и хора, които нямат трудови или приравнени на тях доходи и не са самоосигуряващи се лица, като те дължат **50% от сумата, т.е. 37,32 лв.**

Внимание!

Ако не сте внесли повече от три дължими месечни здравни осигуровки за период от 36 месеца, здравноосигурителните права се прекъсват и трябва да заплатите пълната такса за оказаната медицинска помощ.

Съгласно Закона за здравето, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване се предоставят безплатно на гражданите, включително и на чужденци с временна закрила или хуманитарен статут:

- Медицинска помощ при спешни състояния;
- Акушерска помощ за всички здравно неосигурени жени;
- Стационарна психиатрична помощ;
- Трансплантация на органи, тъкани и клетки;
- Експертиза за степен на увреждане и трайна неработоспособност;
- Ваксини за задължителните имунизации и реимунизации.

ТРЕТА стъпка: Достъп до медицински специалист от извънболничната помощ

- **Чрез личните лекари.** По тяхна преценка хората получават **медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение**, което е валидно 30 календарни дни от издаването му. Можете да направите вторичен преглед при специалиста до 30 календарни дни от датата на първичния преглед. Прегледът при специалист се покрива от здравната каса, но пациентът дължи потребителска такса в размер на 2.90 лв. към 1 януари 2024 г. От нея са освободени пациенти със заболявания, които са посочени в чл. 371, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване. Потребителската такса е по-ниска за пенсионерите.
- **Чрез директен контакт със специалист срещу заплащане.**

Внимание!

Общопрактикуващите лекари (ОПЛ) трябва да осигуряват постоянен денонощен достъп до медицинска помощ на здравноосигурените лица от своя регистър чрез:

- Сключване на договор с лечебно заведение, разкрило дежурен кабинет: групова практика за първична извънболнична помощ; групова практика за специализирана медицинска помощ; медицински център или диагностично-консултативен център;
- Индивидуално, чрез 24-часово осигуряване на консултация по телефон, в амбулаторията или в дома на пациента по преценка на самия общопрактикуващ лекар.

ЧЕТВЪРТА стъпка: Осигуряване на медицинска помощ.

КОЙ има право на медицинска помощ в рамките на пакета дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК?

Всички здравноосигурени граждани имат равни права и достъп при получаване на извънболнична, болнична медицинска и дентална помощ, независимо от тяхната раса, народност, етническа принадлежност, пол, произход, религия, образование, политическа принадлежност, лично и обществено положение или имуществено състояние.

КОЙ предоставя медицинска помощ ?

Медицинска помощ в рамките на националното здравно осигуряване можем да получим от лекари и лечебни заведения, които имат сключен договор с НЗОК.

КАКВО могат да включват здравните услуги?

- спешна медицинска помощ
- първична извънболнична медицинска помощ;
- специализирана извънболнична медицинска помощ;
- медико-диагностични изследвания
- високоспециализирани медицински дейности;
- зъболекарска помощ;
- болнична помощ.

КЪДЕ получаваме медицинска помощ?

В България:

- **Спешна помощ** при животозастрашаващи състояния (катастрофа, инфаркт и др.), които представляват спешно състояние, на тел.**112** или чрез самонасочване към звено за **Спешна медицинска помощ**;
- **Неотложна помощ** – при неживотозастрашаващи състояния, оказва се от личния лекар или дежурен лекар, посочен от личния лекар;
- **Болнично лечение** – назначава се от личния лекар или по преценка на лекар специалист и се осъществява от лечебни заведения сключили договор с НЗОК;
- **Домашно лечение** – назначава се от личния лекар или от лекар специалист и се осъществява в дома на пациента.

В Европейския съюз:

- **Спешна и неотложна помощ** може да бъде получена чрез обаждане на тел. 112;
- **Болнично лечение** - само при назначаване от местен лекар или при изрично препращане от българска здравна институция.

КАК да се лекуваме в болница?

- **Чрез посещение при личния лекар**, който ще извърши преглед и ще прецени дали има нужда от лечение в болница. Ако има нужда той ще даде съответното направление, което е със срок от 30 календарни дни от датата на издаването му;
- **Ако състоянието на пациента е тежко, той може директно да потърси Спешна помощ на тел. 112.** Лекар на място ще прецени състоянието на пациента и ако се налага ще го транспортира до най-близкото лечебно заведение, в което може да се извърши лечението;
- Ако пациентът сам се е придвижил до някое от **Звената за спешна помощ** и ако се установи, че има нужда от медицинска помощ, те ще го закарат до болнично заведение, където може да получи такава;
- Освен от личния лекар, пациентът може да получи **информация за болниците и клинични пътеки, по които работят със здравната каса на горещия телефон на НЗОК - 0800 1480.**

КАКВО плащат здравноосигурените пациенти в болница?

Всички здравноосигурени лица имат право на болнична медицинска помощ в лечебно заведение, което има договор със здравната каса. Пациентите не заплащат за медицинската дейност, която касата покрива с изключение на:

- Потребителска такса за престой в лечебното заведение;
- Медикаменти, консумативи и медицински изделия, които касата не заплаща;
- Допълнителни услуги, например: избор на лекар и/или екип за лечение, самостоятелна стая; придружител, храна по избор и др. удобства.

ВАЖНО!

Здравноосигурените лица, за всеки ден болничен престой, заплащат сума определена с постановление на Министерския съвет, но не повече от 10 дни годишно. **За 2024 г. сумата е в размер на 5.80 лв. на ден.**

От потребителската такса са освободени:

- Деца до 18 г. възраст;
- Бременни и родилки до 45 –тия ден след раждането;
- Социално слаби;
- Ветерани от войните и военноинвалиди;
- Онкологично болни;
- Медицински специалисти;
- Инвалиди;
- Задържани под стража лица, задържани на основание чл. 72 от Закона за Министерството на вътрешните работи;
- Задържани на основание чл. 125, ал. 1 от Закона за Държавна агенция "Национална сигурност" или лишени от свобода.

ВАЖНО!

Допълнително поисканите услуги се заявяват писмено от пациента, който декларира, че е направил своя избор, след запознаване с ценоразписа на предлаганите услуги от лечебното заведение.

Заплащане или доплащане за медицински консумативи и/или медицински изделия в болнично заведение:

- Лечебното заведение трябва да информира на място пациентите - обикновено на табло, поставено на видно място, от което пациентите да се информират за цените на предлаганите услуги и консумативи.
- Някои изделия се заплащат от НЗОК до определена стойност. НЗОК заплаща единствено за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, ако те са включени в т.нар. **“Списък с медицинските изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ”**. Списъкът е публикуван на сайта на НЗОК. Ако пациентът иска да му бъде поставено по-скъпо медицинско изделие, той ще доплаща разликата до по-високата цена, която не се поема от касата.

КАК да се оплачем ако правата ни на здравноосигурени са нарушени?

- При нарушаване на правата на задължително здравноосигурените лица , свързани с оказаната медицинска или дентална помощ от лекари, лекари по дентална медицина или лечебни заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК, гражданите имат право да **подадат писмени жалби до Директора на РЗОК или до РЗИ по местоживееене**.
- За консултации и сигнали, здравноосигурените граждани могат да **посетят приемните на РЗОК по местоживееене**;
- Да се **обадят на телефоните за информация** в отделите за работа с граждани на РЗОК;
- Да посетят приемната на НЗОК (София, ул. “Кричим“ №1) или да се обадят в здравноинформационния център на НЗОК на тел. **0800 14 800**.

ПЕТА стъпка: Превенция

За да сме здрави е нужно да полагаме постоянни грижи за себе си и да се пазим от различни заразни заболявания. Това се нарича **превенция**.

Мерките, които държавата и ние предприемаме за да намалим възможностите за разпространение на болестите се нарича **профилактика**.

Сред най-ефективните средства за предпазване от инфекциозни заболявания, са ваксините. Благодарение на тях от десетилетия в България липсват случаи на едра шарка, дифтерия, полиомиелит, а други като туберкулозата са силно ограничени.

КЪДЕ?

1. **ДА получим информация за ваксините** - личния лекар ще информира за задължителните и профилактични ваксини ;

2. **ДА** получим информация и изследване за **ХИВ//СПИН** – в кабинети за анонимно и безплатно консултиране и изследване (**КАБКИС**) за **ХИВ/СПИН**, разкрити към **РЗИ**;
3. **ДА** се информираме и изследваме за **полово предавани болести** - при личния лекар или специалист, към който личния лекар ни насочва (гинеколог, уролог, специалист по кожно-венерически болести).
4. **ДА** се информираме за **заболяването хепатит** - при личния лекар.

КОГА трябва да се изследваме?

При всяко съмнение, че може да сме заразени, защото лечението на заболяванията в ранен стадий са по-ефективни!

КОГА трябва да се ваксинираме?

В страната ни има **Национален имунизационен календар**, като включените в него ваксини имат задължителен характер. Те са безплатни за пациента и се извършват от личния лекар. За тези, които не са упражнили правото си на избор на личен лекар, задължителните имунизации и реимунизации могат да бъдат извършени безплатно във всяка **Регионална здравна инспекция (РЗИ)** на територията на областните градове.

ИМУНИЗАЦИИ

- **Всички новородени се ваксинират** с ваксина срещу **хепатит Б** през първите 24 часа от раждането и с ваксина против срещу **туберкулоза (БЦЖ)** от 48-мия час на раждането до изписването от родилния дом;
- **От втори, трети и четвърти месец** децата се ваксинират срещу **дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит, хемофилус инфлуенце тип Б инфекции и пневмококови инфекции, както и срещу хепатит Б**, ако ваксината срещу хепатит Б е в състава на многокомпонентното ваксина;
- Ако **хепатит Б** ваксината не е в състава на многокомпонентната ваксина, **втора доза се прилага от първия месец и трета доза от шестия месец**;
- Ваксина срещу пневмококови инфекции не се прилага при децата, родени след 31.12.2019 г.;
- **Между 7 и 10 месечна възраст** на децата без белег от **БЦЖ имунизация** в родилния дом се поставя **БЦЖ ваксина** след отрицателна туберкулинова проба;
- **От тринадесетия месец** децата се имунизират с **комбинираната ваксина срещу морбили, рубеола и паротит**.

РЕИМУНИЗАЦИИ

- **От 12-тия месец** – реимунизация срещу пневмококови инфекции, но не по-рано от 6-тия месец след прилагането на третия прием при децата, родени преди 01.01.2020 г. и втория прием при децата, родени след 31.12.2019 г.;
- **От 16-тия месец** – реимунизация срещу дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит и хемофилус инфлуенце тип Б инфекция, но не по-рано от 12 месеца след прилагане на третия прием;
- **На 6 г. възраст** – реимунизация срещу дифтерия, тетанус, коклюш и полиомиелит;
- **На 7 г. възраст** реимунизация срещу туберкулоза на децата с отрицателна туберкулинова проба;
- **На 12 г. възраст** – реимунизация срещу морбили, рубеола и паротит и срещу дифтерия, тетанус и коклюш;
- **На 17 г. възраст** – реимунизация срещу тетанус и дифтерия;

- **При навършване на 25 г.**, както и на всеки 10 г. след това реимунизация срещу тетанус и дифтерия;

ВАЖНО!

Освен задължителните имунизации, съществуват и т.нар. **препоръчителни имунизации за деца и възрастни.**

От м. ноември 2012 г. в България е въведена незадължителна ваксинация за **HPV (човешки папилома вирус)**, която предпазва от рак на маточната шийка. Тя се прилага безплатно на момичета навършили 12 г. възраст. Незадължителни са и имунизациите за **Варицела, Коронавирус и Грп.**

За деца препоръчителни са още: **ваксината за ротавирусни заболявания; ваксината за менингококови заболявания; имунизацията срещу Хепатит А;**

За заминаващите български граждани в държави, където съществува повишен риск от заразяване с някои заразни болести, се извършва ваксинация против: **кореман тиф, жълта треска, дифтерия, бяс и др. Тези ваксини се прилагат срещу заплащане!**

ПРОФИЛАКТИЧНИ ПРЕГЛЕДИ

КАКВО включва задължителния профилактичен пакет , заплащан от НЗОК?

За всички здравноосигурени граждани над 18-годишна възраст – жени и мъже, ежегодно се извършва профилактичен преглед, който включва:

- анамнеза и подробен статус;
- оценка на психичния статус;
- изследване на острота на зрението (ориентировъчно, без определяне на диоптри);
- измерване на артериално налягане;
- електрокардиограма (ЕКГ);
- изследване на урина с тест-ленти за: протеин, глюкоза, кетонни тела, уробилиноген/билирубин, рН;
- кръвна захар при наличие на рискови фактори. Оценката за риск от развитие на захарен диабет се осъществява на всички лица над 18-годишна възраст по FINDRISK (Въпросник за риск от развитие на захарен диабет в следващите 10 години).

Останалите изследвания, включени в обема на профилактичния преглед са в зависимост от възрастовата група, така например:

- **От 20 до 65-годишна възраст** (мъже и жени) се прави пълна кръвна картина (ПМК), АСАТ, АЛАТ (чернодробни проби), креатенин, урина (химично изследване и седимент), пикочна киселина, **веднъж на пет години**. Определяне на повърхностен антиген на **хепатит В** с бърз тест и на антитела срещу **хепатит С** с бърз тест- на **40, 45, 50 , 55 и 60 години;**
- **жени от 30 годишна възраст** – ежегодно, мануално изследване на млечните жлези;
- **жени от 30 до 40 годишна възраст**- преглед при акушер-гинеколог с вземане и изпращане на материал за цитонамазка - ежегодно, а след две негативни цитонамазки-веднъж на 3 години;
- **мъже над 40-годишна възраст и жени над 50 години** се изследва холестерол и триглицериди **на всеки пет години;**
- **мъже от 45-годишна възраст** – туморен маркер **PSA- общ и свободен** за рак на простата – **ежегодно;**

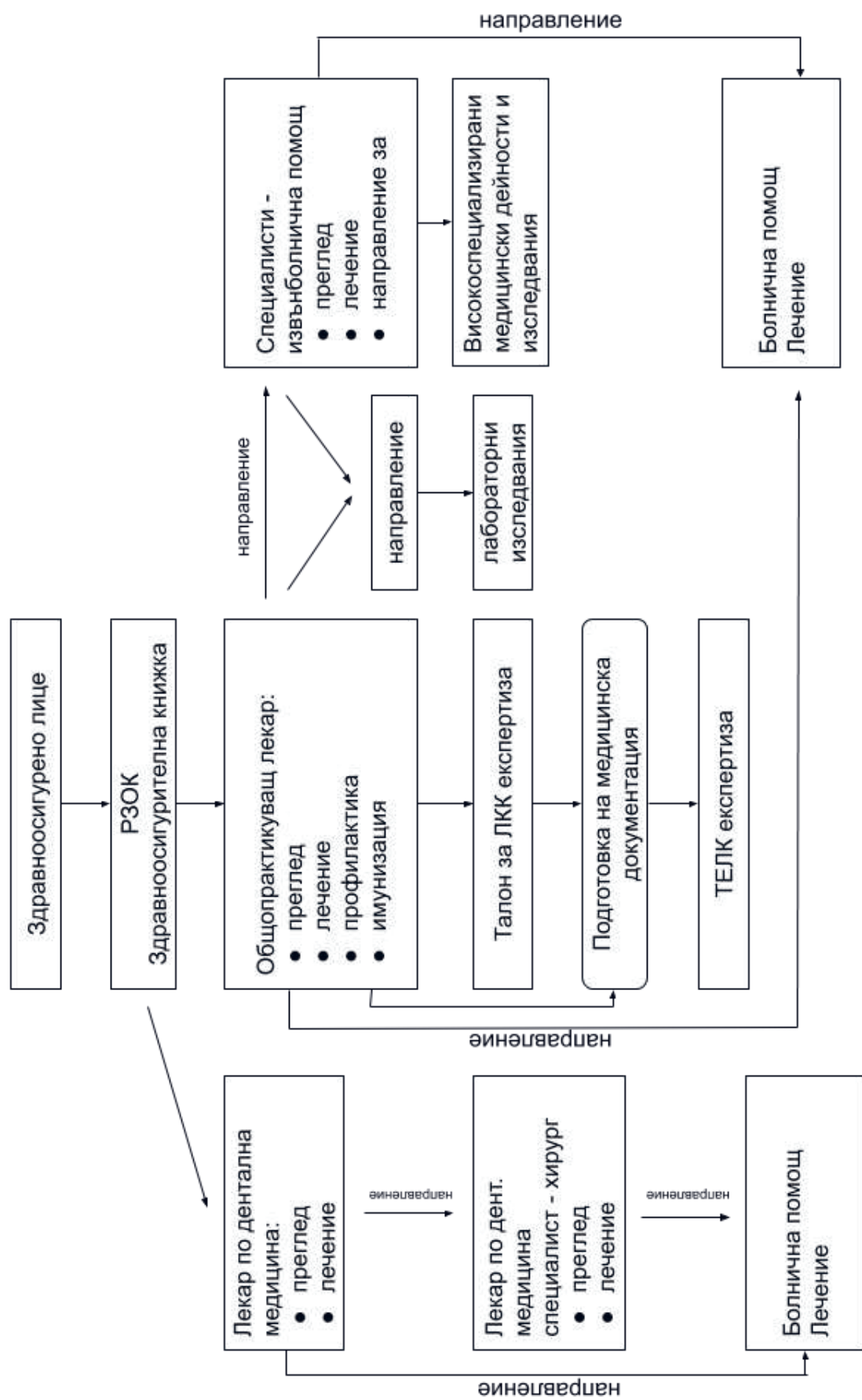
- жени от 30 до 50-годишна възраст могат на всеки две години да правят ехография на млечна жлеза.
- жени от 45 до 69-годишна възраст, включително, могат на всеки две години да правят мамография на млечна жлеза, а при тези с риск - всяка година.
- над 65 години (мъже и жени) - пълна кръвна картина (ПКК) -всяка година, триглицериди и холестерол – веднъж на 5 години;
- жени на 70 и повече години имат право на профилактичен преглед и мамография веднъж на три години.

ВАЖНО!

- Изследване на холестерол, триглицериди, кръвна захар и ЕКГ, мамография и PSA в рамките на календарната година, направени по друг повод, не се провеждат повторно по време на профилактичния преглед.
- На всеки пет години всички здравноосигурени лица над 40 годишна възраст имат право на профилактичен преглед с разширен пакет от лабораторни изследвания. Те ще могат да се изследват и за хепатит В и С инфекции.
- С цел профилактика на социално значими и приоритетни за страната заболявания при провеждането на профилактичен преглед на лица над 18-годишна възраст, общопрактикуващият лекар формира и групи от лица с рискови фактори за развитие на сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет и злокачествени новообразувания. При необходимост на тези групи се издава направления за допълнителни изследвания или преглед при специалист.

Не забравяйте, че Вашето здраве е във Вашите ръце и е във Вашата власт да предотвратите тежки заболявания или да ги откриете навреме!

Път на пациента



Пациент

ЕП (ИЧ) на пациента

РЗОК №

Здравен район

Идентификационен номер

ЛНЧ

дата на раждане

код на държава

им, презиме и фамилия по лична карта

неблаг. условия

Ул. №

Ж.к.

бп.

вх.

ет.

ап.

Лекар

регистрационен номер на лечебното заведение

РЗОК номер

УИЧ на лекар

УИЧ на заместителният лекар

код специалност

им и фамилия

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ №

дата

час

ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЛЕКАР СПЕЦИАЛИСТ

КЪМ НАПРАВЛЕНИЕ (бл. 3, бл. 3А, бл. 6)

вид бл.

№

тип

от дата

от

регистрационен номер на лечебното заведение

УИЧ на лекар

код спец.

заместител, нет

УИЧ на заместителният лекар

НЗОК номер

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ОТ ПЪРВИЧНО ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ СИМП

№

дата

Посещение за:

консултация

профилактика

детско здравеопазване

ЗОП над 18 г.

майчино здравеопазване

г.с.

ЗОП с риск фактори за развитие на заболяване

диспансерен преглед

всд

рецепта на хоспитализирано ЗОП

експертиза на работоспособността

по искане на ТЕЛК

Вид преглед

амбулаторен

домашен

инцидентно посещение

първичен

вторичен

Имунизации

код

код

код

код

проба Манту

Издадени документи

медицински направления за консултация или за провеждане на съвместно лечение. Направление за КДН

код специалност

напр. №

код специалност

напр. №

медицински направления за ВСД и назначени ВСД

код специалност

напр. №

код ВСД

направления за МДД

Направление №

Кодове на назначени изследвания

направление за КЛ, КЛр, АЛр

талон за ТЕЛК

Болничен лист №

дни

МКБ

от

до

първичен

продължително

рецепта

рецептурна книжка №

бързо известие

етопична епикриза

мед. болничка

Информирам съм за необходимите медицински дейности, назначената терапия и очакваните резултати. Декларирам, че към момента на прегледа не съм хоспитализиран.

пациент

лекар

пациент (родител/настойник/осиновител) (подпис)

лекар (подпис и личен печат)

Бл. МЗ-НЗОК №.1

Амбулаторен лист

Задължителни полета:

- *1. Основна диагноза по МКБ
- *2. Терапия
- *3. Пациент (родител/настойник/осиновител) (подпис)
- *4. Лекар (подпис и личен печат и/или печат на лечебно заведение)

Рецептурна бланка

Задължителни полета:

- *1. УИН (уникален идентификационен номер)
- *2. Лекар-специалист (подпис, печат)

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА

Дата:

За еднократно предписване

За многократно предписване

Медицински специалист (име)

УИН *1

(наименование на лечебното заведение)

гр.(с.)

адрес

Рр.

*2

Медицински специалист (подпис, печат)

За

(име на пациента, възраст)

гр.(с.)

адрес

бременна жена

кърмачка

дете

РАЙОННИ ЗДРАВНИ КАСИ (РЗОК), АДРЕСИ И ТЕЛЕФОНИ

№	НЗОК / РЗОК	Адрес	Телефон
1	НЗОК	ул. „Кричим“ №1	0800 14 800
2	РЗОК София град	ул. „Енос“ №10	02 965 67 46 02 965 67 76
3	РЗОК София област	ул. „Енос“ №10	02 858 12 02 02 9 65 69 43
4	РЗОК Благоевград	ул. „Георги Измирлиев“ №9	073 88 300 475
5	РЗОК Бургас	ул. „Парк Езерото“	056 80 66 11
6	РЗОК Варна	ул. „Цар Освободител“ №76 г	052 68 90 72
7	РЗОК В. Търново	ул. „Ивайло“ №2	062 611 252
8	РЗОК Видин	ул. „Панония“ №2	094 609 810
9	РЗОК Враца	ул. „Иваница Данчов“ №2	092 686 110
10	РЗОК Габрово	ул. „Отец Паисий“ №25	066 805 650
11	РЗОК Добрич	ул. „Независимост“ №5	058 654 500
12	РЗОК Кърджали	бул. „Тракия“ №13	0361 63 514
13	РЗОК Кюстендил	ул. „Демокрация“ №47	078 559 705
14	РЗОК Ловеч	ул. „Хан Кубрат“ №7	068 688 105
15	РЗОК Монтана	бул. „Трети март“ №41	096 396 110
16	РЗОК Пазарджик	ул. „11-ти август“ №1	034 402 105
17	РЗОК Перник	ул. „Кракра“ №2	076 649 210
18	РЗОК Плевен	ул. „Кн. Александър Батенберг“ №7	064 882 511
19	РЗОК Пловдив	ул. „Христо Чернопеев“ №14	032 603 011
20	РЗОК Разград	бул. „България“ №36	084 611 567
21	РЗОК Русе	ул. „Райко Даскалов“ №16	082 886 111
22	РЗОК Силистра	ул. „Партений Павлович“ №3	086 812 144
23	РЗОК Сливен	ул. „Самуил“ №1	044 615 248
24	РЗОК Смолян	бул. „България“ №7	0301 62 525
25	РЗОК Ст. Загора	ул. „Цар Иван Шишман“ №54	042 610 913
26	РЗОК Търговище	ул. „Трайко Китанчев“ №37	0601 61 102
27	РЗОК Хасково	пл. „Градска болница“ №1	038 607 311
28	РЗОК Шумен	ул. „Цар Освободител“ №102	054 850 060
29	РЗОК Ямбол	ул. „д-р Петър Брънеков“ №1	046 685 011

РЕГИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ИНСПЕКЦИИ (РЗИ), АДРЕСИ И ТЕЛЕФОНИ

№	РЗИ	Адрес	Телефон
1	РЗИ София град	ул. „Враня“ №20	02 81 30 400
2	РЗИ София област	ул. „Акад. Иван Ев. Гешов“ №15	02 80 78 700
3	РЗИ Благоевград	ул. „Братя Миладинови“ №2	073 832 8 26
4	РЗИ Бургас	ул. „Александровска“ №120	056 807 302
5	РЗИ Варна	ул. „Брегалница“ №3	052 665 202
6	РЗИ В. Търново	бул. „Никола Габровски“ №23	062 620 161
7	РЗИ Видин	ул. „Цар Симеон Велики“ №76	094 923 185
8	РЗИ Враца	ул. „Черни Дрин“ №2	0879 144 830
9	РЗИ Габрово	ул. „Райчо Каролев“ №2	066 840 604
10	РЗИ Добрич	ул. „Кирил и Методий“ №57	058 600 614
11	РЗИ Кърджали	ул. „ген. Владимир Стойчев“ №2	0361 60 295
12	РЗИ Кюстендил	ул. „Тинтява“ №36	078 558 201
13	РЗИ Ловеч	ул. „проф. д-р Съйко Съев“ №27А	068 601 518
14	РЗИ Монтана	бул. „Пейо Яворов“ №1	086 391 711
15	РЗИ Пазарджик	ул. „Болнична“ №17	034 445 365
16	РЗИ Перник	ул. „Миньор“ №15	076 601 881
17	РЗИ Плевен	ул. „Кн. Александър Батенберг“ №7	064 823409
18	РЗИ Пловдив	ул. „Перушица“ №1	032 649 000
19	РЗИ Разград	ул. „Св. Св. Кирил и Методий“ №8	084 611 165
20	РЗИ Русе	бул. „Придунавски“ №68	082 825 623
21	РЗИ Силистра	ул. „Петър Мутафчиев“ №82	0879 170 186
22	РЗИ Сливен	ул. „Пейо Яворов“ №20	044 616 200
23	РЗИ Смолян	бул. „България“ №26	0301 63 293
24	РЗИ Ст. Загора	ул. „Стефан Караджа“ №10	042 602 472
25	РЗИ Търговище	ул. „Цар Освободител“ №33	0601 64 075
26	РЗИ Хасково	ул. „Патриарх Евтимий“ №2	038 662934
27	РЗИ Шумен	пл. „Освобождение“ №1	054 800 203
28	РЗИ Ямбол	ул. „Димитър Благоев“ №71	046 663170