



БЪЛГАРСКИ
ЧЕРВЕН КРЪСТ



ДОВІДНИК ПАЦІЄНТА

ДЛЯ ОТРИМАННЯ ДОСТУПУ
ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ



ДОВІДНИК

ПАЦІЄНТА ДЛЯ ОТРИМАННЯ ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Доступ громадян до медичної допомоги є одним з найважливіших соціальних прав, регламентованих Конституцією Республіки Болгарія. Основною особою для доступу до різних медичних послуг для болгарських громадян, громадян з тимчасовим захистом, гуманітарним статусом, мігрантів і шукачів притулку в Болгарії є особистий лікар, який має договір з Національним фондом медичного страхування /НЗОК/. Його також називають лікарем загальної практики (ОПЛ).

Хто має право на лікаря загальної практики?

Будь-яка особа, яка має безперервні права на медичне страхування, тобто, регулярно сплачує внески на медичне страхування, віком до 18 років або є пенсіонером. Особи з тимчасовим захистом також охоплені медичним страхуванням, за винятком осіб віком від 18 до 63 років для жінок і 65 років для чоловіків, які не підлягають медичному страхуванню з інших причин / не працюють, не навчаються та не сплачують власні внески на медичне обслуговування / після закінчення 3-місячного періоду, протягом якого вони застраховані державою. Наявність медичного страхування можна перевірити на сайті НАП – <https://portal.nra.bg/details/health-insu-status>.

ЯК отримати безкоштовну медичну допомогу?

Перший крок: Вибір лікаря загальної практики

Ваш лікар загальної практики це той:

- Який стежить за вашим загальним станом здоров'я, проводить регулярні огляди, обов'язкові щеплення та лікує захворювання. Здійснює безоплатну медичну допомогу в межах комплексу заходів з охорони здоров'я, гарантованого бюджетом НЗОК;
- Надає направлення на спеціалізовані медичні аналізи, такі як: кров на цукор, холестерин, креатинін, тощо;
- Надає направлення на огляд лікаря певної спеціальності (хірурга, акушера-гінеколога, ортопеда та ін.). Термін дії направлення – один місяць;
- Проводить профілактичний огляд один раз на рік;
- Завіряє першу медичну страхову книжку (видану РЗОК) та при видачі нової;
- Веде медичну картку, де описується історія медичної допомоги;
- Веде електронну книгу пацієнтів з хронічними захворюваннями та виписує ліки;
- Забезпечує електронний зелено-жовтий рецепт на ліки, що веде до спеціального звіту;
- Направляє пацієнтів на проходження Лікарсько-консультативної комісії (ЛКК) та Територіальної експертної лікарської комісії (ТЕЛК);
- Надає інформацію про лікарні, їх спеціалізацію, за якою вони співпрацюють з НЗОК, і надають безкоштовне лікування;

- Інформує Вас про те, чи підлягаєте Ви лікуванню у лікарні чи у лікаря-спеціаліста.

Ваш лікар загальної практики видає наступні документи:

- Витяг – це копія або ж поетапний епікриз;
- Виписка з медичної карти для суду та прокуратури;
- Лікарняний лист з тимчасової непрацездатності або довідка на працевлаштування;
- Медичне направлення на санаторно-курортне лікування;
- Медичне направлення на транспортування померлого до іншого населеного пункту;
- Медичне направлення на соціальну допомогу;
- Медичне направлення у хоспіс;
- Медична довідка при прийомі на роботу;
- Медична довідка для вступу в дитячі та навчальні заклади;
- Медична довідка для учасників спортивних змагань;
- Медична довідка для усиновлення дитини;
- Медична довідка для укладення цивільного шлюбу;
- Медична довідка для отримання водійських прав;
- Талон про стан здоров'я та талон на профілактичні огляди дітей та учнів до органів охорони здоров'я;
- Медична довідка дитини або учня про те, що він або вона не контактує зі заразними хворими;
- Медична довідка для дитячих та навчальних закладів у разі відсутності за медичними показниками;
- Перевірка ліцензії працюючих у закладах дитячого харчування та освіти;
- Повідомлення в ЕСГРАОН про смерть.

Де вибрати лікаря загальної практики?

- У місті, де зазначена Ваша адреса в документі, що посвідчує особу;
- Якщо знаходитесь в іншому місті на термін від одного місяця, але не більше 5 місяців, можете отримати медичну допомогу у будь-якого лікаря загальної практики;
З цією ціллю купуєте у книжковому магазині медичну документацію або ж роздруковуєте на сайті НЗОК реєстраційну форму для тимчасового вибору лікаря загальної практики. Бланк заповнюється застрахованою особою та новообраним лікарем загальної практики.

Коли обирати лікаря загальної практики?

У будь-який час можете вибрати лікаря загальної практики.

Коли можна замінити лікаря загальної практики?

Заміна лікаря загальної практики відбувається 2 рази на рік у період з 1 по 30 червня або з 1 по 30 грудня календарного року, якщо Ви не задоволені його послугами або ж з інших причин. Ви заповнюєте реєстраційну форму для постійного відбору та надаєте її новому лікарю загальної практики разом із карткою медичного страхування. Вас може обслуговувати новий лікар з дня заповнення та підпису реєстраційної форми. Вам не потрібно повідомляти свого поточного лікаря загальної практики про зміни, що настали.

Як вибирати лікаря загальної практики?

- Кожен повнолітній член сім'ї має право обрати собі лікаря загальної практики. Для дітей до 18 років вибір належить батькам;
- Запис до лікаря загальної практики (ОПЛ) здійснюється за допомогою реєстраційної форми для первинного вибору лікаря загальної практики, яку можна отримати безкоштовно в РЗОК або завантажити на сайті НЗОК. Новообраний лікар загальної практики повинен заповнити свої особисті дані та інформацію про вид діяльності, за якою він працює. Також вноситься дата, коли застрахована особа зробила свій вибір.

Хто видає картку медичного страхування?

Кожен застрахований громадянин отримує картку медичного страхування від Районної лікарняної каси (РЗОК). У ній є розділи, де можна вводити імена лікаря загальної практики або стоматолога, а також коли їх імена змінюються.

Скільки маємо сплачувати лікарю загальної практики?

- За кожне звернення до лікаря загальної практики, лікаря спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги чи лікаря-стоматолога, а також за кожен день лікування у стаціонарі, але не більше 10 днів на рік, застрахована особа сплачує їм визначені постановою Ради міністрів суми. Станом на червень 2023 року сплата за використання становить 2,90 лева (два лева дев'яносто стотинок). Постановою встановлено менші розміри за кожне відвідування лікаря або стоматолога для осіб, які скористалися правом на пенсію за вислугу років і за віком.
- **Від сплати за користування звільнено:**
 - ✓ Особи із захворюваннями, зазначеними в списку, затвердженому НЗОК, який повинен бути вивішений на видному місці в кабінеті лікаря загальної практики;
 - ✓ Малолітні, неповнолітні та непрацюючі члени сім'ї;
 - ✓ Безробітні члени сім'ї, зареєстровані в службі зайнятості, незалежно від того, чи отримали вони відшкодування;
 - ✓ Ветерани та інваліди війни;
 - ✓ Хворі на злоякісні захворювання;
 - ✓ Медичні працівники;

- ✓ Застраховані особи, які страждають на захворювання зі зниженою працездатністю понад 71%;
- ✓ Соціально незахищені особи, які отримують допомогу, згідно з Положенням про застосування Закону про соціальні допомоги;
- ✓ Особи, які перебувають у будинках соціального догляду;
- ✓ Затримані особи на підставі ст. 125, абз. 1 Закону про Державне агентство «Національна безпека» або позбавлені волі;
- ✓ Вагітні і породіллі до 45 днів після пологів.

Лікування у лікаря-стоматолога:

- Люди з безперервним медичним страхуванням можуть лікуватися за бажанням у будь-якого лікаря-стоматолога, який уклав договір із НЗОК. При відвідуванні лікаря-стоматолога пацієнт повинен мати при собі карту соціального страхування, у яку внесено інформацію про виконані дії;
- За кожне відвідування лікаря-стоматолога застрахована особа сплачує суми, визначені постановою Ради міністрів. Станом на червень 2023 року сплата за використання становить 2,90 лева (два лева дев'яносто стотинок). Постановою встановлено менші розміри за кожне відвідування лікаря або лікаря-стоматолога для осіб, які скористалися правом на пенсію за вислугу років і за віком.

Які стоматологічні послуги покриває НЗОК?

Стоматологічні послуги для осіб, яким не виповнилось 18 років:

- комплексне обстеження зі зніманням стоматологічного статусу, один раз на рік, з доплатою для застрахованої особи 1,80 лв.;
- обтурація хімічним компонентом (пломба), без додаткової оплати застрахованою особою;
- видалення тимчасового зуба з анестезією, без додаткової оплати застрахованою особою;
- видалення постійного зуба з анестезією (седація), без додаткової оплати застрахованою особою;
- лікування пульпіту або періодонтиту тимчасового зуба, з доплатою застрахованої особи 4,70 лв.;
- лікування пульпіту або періодонтиту постійного зуба та доплата на суму 12,30 лв.

Часткова оплата НЗОК стоматологічних послуг дітям до 18 років:

- спеціалізована хірургічна допомога
 - комплексне обстеження з доплатою 1,80 лв.;
 - розріз сполучнотканинних пучків разом з анестетиком (доплата 3,00 лв.);

- видалення глибоко зламаного або глибоко зруйнованого зуба разом з анестетиком (доплата 5,00 лв.);
- контрольні огляди, після будь-яких з останніх двох заходів (доплата 0,80 лв.).

Важливо!

- Психічно хворі неповнолітні не мають обмежень щодо проведення стоматологічних робіт, які проводяться для них під загальним наркозом. Вони не доплачують, НЗОК покриває це повністю!
- Малолітні та неповнолітні, які перебувають у будинках медико-соціального обслуговування, спеціалізованих школах, будинках опіки та виховання дітей, позбавлені батьківського піклування або яких тримають під вартою, мають право на такі самі стоматологічні послуги повністю безкоштовно.

Стоматологічні послуги для пацієнтів старше 18 років:

- один раз за відповідний рік, з доплатою за медичну застраховану особу 1,80 лв.;
- пломба амальгамою або хімічним композитом, з доплатою 4,00 лв. для особи з медичним страхуванням;
- видалення постійного зуба з анестезією, з доплатою 4,00 лв. для застрахованої особи;
- Для відновлення жувального апарату при повністю беззубій нижній і верхній щелепах з повним зубним протезом. Пацієнт оплачує матеріал для протеза та його виготовлення, а решту оплачує НЗОК, а також контрольні огляди протягом 4 років, незалежно від віку пацієнта. Заповнюється інформаційна декларація, в якій прямо вказується, що сплачує пацієнт, а що – НЗОК.

Другий крок: Оплата медичного страхування

ХТО платить внески за медичне обслуговування?

- Розмір внеску на оздоровлення становить 8% від доходу. Він розподіляється між роботодавцем і працівником у співвідношенні 60 до 40;
- **За кожен особу віком до 18 років і старше 63 років для жінок і 65 років для чоловіків внески на медичне обслуговування покриваються державою.** Внесок також сплачують здобувачі освіти, інваліди військової служби, постраждалі від стихійного лиха та нещасних випадків, безробітні, які отримують допомогу по безробіттю, ті що утримуються під вартою чи позбавлені волі, особи з тимчасовою непрацездатністю внаслідок хвороби, вагітності та пологів та виховання маленької дитини;
- **Самозастраховані особи сплачують внески на медичне страхування самостійно.** Рівні страхові права цих осіб припиняються, якщо вони протягом 36 місяців до початку місяця, що передуює місяцю надання медичної допомоги, не сплачують більше трьох місячних внесків.

ЩО ми отримуємо від сплачених внесків на медичне обслуговування? Базовий пакет медичного страхування покриває:

А/ Первинну амбулаторну медичну допомогу – зміцнення та профілактика здоров'я; оцінка ризику для здоров'я; послуги скринінгу та імунізації; діагностичні та лікувальні послуги, візити до дому та медична експертиза.

Б/ Спеціалізовану амбулаторну медичну допомогу – консультації, профілактичні огляди, послуги амбулаторного скринінгу, медичні огляди спеціалістами, 64 заздалегідь визначених вузькоспеціалізованих заходів та 184 різних видів досліджень.

В/ Позалікарняну стоматологічну допомогу – дітям та дорослим.

Г/ Стаціонарне лікування (лікування у стаціонарі) - 267 клінічних протоколів (перебування у стаціонарі понад 48 годин); 4 клінічні процедури тривалістю до 24 годин і 42 години амбулаторні процедури, які не потребують госпіталізації.

З детальним описом пакету послуг можна ознайомитися у чинному на рік рамковому договорі на сайті НЗОК – <https://nhif.bg/bg/nrd>.

Коли сплачувати внески на медичне обслуговування?

Внески на медичне страхування сплачуються одним із зазначених способів **до 25 числа місяця, що настає за місяцем, протягом якого виникло зобов'язання зі сплати внесків на медичне страхування**. Права на медичне страхування громадян, які застраховані за власний рахунок, припиняються, якщо протягом 36 місяців не було сплачено більше трьох належних місячних внесків.

Де сплачувати внески на медичне обслуговування?

У найближчому офісі НАП;

- ✓ У будь-якому банку платіжним дорученням;
- ✓ У будь-якому поштовому відділенні поштовим переказом;
- ✓ У касах Easy Pay за наявності ЕГН/ЛНЧ;
- ✓ Через сервіс НАП – Звіт про зобов'язання з можливістю оплати, доступний за допомогою кваліфікованого електронного підпису (КЕП) або за допомогою персонального ідентифікаційного коду (ПІК)*.

Переваги КЕП і ПІК:

Користування послугами НАП з кваліфікованим електронним підписом (КЕП) або персональним ідентифікаційним кодом (ПІК) після реєстрації дає ряд переваг:

- Суму зобов'язань видно до моменту здійснення платежу;
- Автоматичне заповнення персональних даних і виду боргу, який Ви бажаєте сплатити;
- Історія платежів, здійснених вами за допомогою сервісу.

Якщо Ви сплачуєте **вчасно (до 25 числа місяця, наступного за місяцем, на який поширюється зобов'язання)**, це дорівнює мінімум **28,40** левів на місяць. У разі

прострочення платежу необхідно нарахувати належні відсотки. Для цього скористайтесь калькулятором процентів заборгованості на сайті НАП, ввівши за цим посиланням місяці, за які не сплачено медичну страховку – <https://portal.nra.bg/details/health-calculator-2>.

Як перевірити статус застрахованої особи?

- На сайті НАП за наявності ЕГН або ЛНЧ – <https://portal.nra.bg/details/health-insu-status>;
- За телефоном: **070018700** – Інформаційний центр НАП;
- На місці в офісі НАП.

Як відновити права на медичне обслуговування?

Коли права на медичне страхування перериваються, тобто, за останні 36 місяців відсутні більше трьох внесків на медичне страхування, щоб отримати відновлення права на медичне обслуговування, необхідно сплатити всі зобов'язання з медичного страхування за останні 60 місяців.

Права відновлюються з дня сплати належних внесків.

Якщо ви сплатили належні внески на медичне страхування, але це ще не відображено в системі, і вам необхідно терміново лягти на стаціонарне лікування, то ви можете звернутися в офіс НАП за вашою постійною адресою, щоб вам видали довідку про те, що ви маєте безперервні права на медичне страхування, які повинні служити в органах охорони здоров'я. Для того, щоб отримати цей документ, ви повинні надати підтверджуючі документи, щоб підтвердити ваші внески на медичне страхування. Це довідка, яка дійсна протягом трьох місяців, починаючи з місяця відновлення прав, і дає можливість протягом відповідного періоду користуватися безкоштовною медичною допомогою.

Увага!

Якщо ви не сплатили більше трьох місячних внесків на медичне страхування протягом 36 місяців, ваші права на медичне страхування призупиняються і ви повинні сплатити повну вартість наданої медичної допомоги.

Відповідно до Закону «Про охорону здоров'я», поза межами обов'язкового медичного страхування громадянам, у тому числі іноземцям з тимчасовим захистом або гуманітарним статусом, безкоштовно надаються:

- 1. Медична допомога в екстрених ситуаціях;**
- 2. Акушерська допомога для всіх жінок без медичного страхування;**
- 3. Стаціонарна психіатрична допомога;**
- 4. Трансплантація органів, тканин і клітин;**

5. Експертиза ступеня втрати працездатності та стійкої втрати працездатності;
6. Вакцини для обов'язкових щеплень та реімунізації.

Третій крок: Доступ до лікаря-спеціаліста з амбулаторної допомоги

- Через лікарів загальної практики. На власний розсуд люди отримують медичне направлення на консультацію або загальне лікування, яке дійсне протягом 30 календарних днів з моменту його видачі. Пройти повторний огляд у спеціаліста можна протягом 30 календарних днів з дати первинного огляду. Обстеження у спеціаліста покриває НЗОК, але пацієнт повинен платити за користування в розмірі 2,90 лева станом на червень 2023 р. Пацієнти із захворюваннями, зазначеними в частині 1 статті 371 Закону про медичне страхування, звільняються від цього.
- Через прямий контакт зі спеціалістом за окрему плату.

Увага!

Лікарі загальної практики повинні забезпечити постійний цілодобовий доступ до медичної допомоги застрахованим особам зі свого реєстру.

Крок четвертий: Гарантування лікування

ХТО має право на безкоштовне лікування?

- Усі застраховані громадяни мають рівні права і доступ до амбулаторної, стаціонарної медичної та стоматологічної допомоги, незалежно від расової, національної, етнічної приналежності, статі, походження, ставлення до релігії, освіти, політичних переконань, особистого і соціального стану, майнового стану.

ХТО надає безкоштовне лікування?

- Безкоштовну медичну допомогу можна отримати у лікарів, медичних закладів та аптек, які уклали договір з НЗОК.

ЩО може включати лікування?

- Невідкладну медичну допомогу;
- Первинну амбулаторну медичну допомогу;
- Спеціалізовану амбулаторну медичну допомогу;
- Лікувально-діагностичні запити;

- Вузькоспеціалізовані медичні послуги;
- Догляд за зубами;
- Лікарняний догляд.

ДЕ отримати лікування?

У Болгарії:

- ✓ Невідкладна допомога при загрозі життю (нещасний випадок або інфаркт) надається за телефоном 112;
- ✓ Невідкладна допомога: при станах не загрозливих для життя, викликається лікар загальної практики або черговий лікар, визначений лікарем загальної практики;
- ✓ Лікування в стаціонарі: призначається лікарем загальної практики або за рішенням лікаря-спеціаліста і здійснюється медичними закладами, які уклали договір з НЗОК;
- ✓ Домашнє лікування: призначається лікарем загальної практики або спеціалістом і проводиться вдома у хворого.

У Європейському Союзі:

- ✓ Невідкладну допомогу можна отримати за телефоном 112;
- ✓ Лікування у стаціонарі: тільки за призначенням місцевого лікаря або за направленням лікаря-спеціаліста болгарського закладу охорони здоров'я.

ЯК отримати лікування у лікарні?

- ✓ Звернувшись до лікаря загальної практики, який проведе огляд і оцінить, чи потребуєте Ви лікування у стаціонарі. У разі потреби він видасть відповідне направлення, термін дії якого становить 30 календарних днів з дати його видачі;
- ✓ Якщо стан пацієнта важкий, він може безпосередньо зателефонувати до «Швидкої допомоги» за номером 112. Лікар на місці оцінить його стан і за необхідності доставить до найближчого медичного закладу, де можна провести лікування;
- ✓ Якщо пацієнт сам потрапив до одного з приймальних відділень невідкладної швидкої допомоги і встановлено, що він потребує невідкладної допомоги, то йому зобов'язані надати медичну допомогу або, у разі необхідності, доставити до лікувального закладу, де він може отримати лікування;
- ✓ Інформацію про те, які лікарні за якими клінічними маршрутами працюють з НЗОК, окрім лікаря загальної практики, пацієнт може отримати на гарячій лінії НЗОК – **0800 1480**.

ЩО сплачують застраховані пацієнти у лікарні?

Усі застраховані особи мають право на стаціонарну медичну допомогу у закладі, який має договір з НЗОК. Пацієнти не сплачують за медичну допомогу, яку покриває НЗОК, за винятком:

- ✓ Плати за перебування у медичному закладі;
- ✓ Ліків, витратних матеріалів та виробів медичного призначення, які не оплачує НЗОК;
- ✓ Додаткові послуги – наприклад: вибір лікаря та/або лікувальної групи; окрема кімната та інші зручності; їжа на вибір; особа, яка супроводжує пацієнта.

Важливо!

Застраховані особи за кожен день перебування у лікарні сплачують суму, визначену постановою Ради міністрів, але не більше 10 днів на рік. За 2023 рік сума становить 5,80 лева на день.

Додатково запитувані послуги заявляються пацієнтом у письмовій формі, який заявляє про свій вибір після ознайомлення з прейскурантом послуг, які пропонує медичний заклад.

Оплата або доплата за медичне приладдя та/або медичне обладнання у лікарняному закладі:

- ✓ Медичний заклад на місці (зазвичай на дошці оголошень) повинен повідомляти пацієнтів про те, які витратні матеріали не оплачує НЗОК;
- ✓ Деякі матеріали оплачуються НЗОК до певної вартості. Якщо пацієнт потребує дорожчого витратного матеріалу на розсуд лікуючого лікаря/або за власним вибором, він доплачує різницю до вищої ціни, яка не покривається НЗОК.

ЯК поскаржитися якщо права на медичне страхування порушуються?

- ✓ У разі порушення прав застрахованих на загальнообов'язкове медичне страхування осіб, пов'язаних з наданням медичної чи стоматологічної допомоги лікарями, лікарями-стоматологами чи медичними закладами стаціонарного лікування, які уклали договір із НЗОК, громадяни мають право на подання письмової скарги директору РЗОК або до РЗОК **за місцем проживання**;
- ✓ За консультаціями та оповіщенням застраховані громадяни можуть **звертатися до приймальних пунктів РЗОК за місцем проживання**;
- ✓ **Звертатись за номерами телефонів для довідок у відділах по роботі зі зверненнями громадян РЗОК**;
- ✓ **Відвідати приймальню НЗОК (Софія, ул. «Кричим» № 1) або зателефонувати до Центру медичної інформації НЗОК за тел.: 0800 14 800.**

П'ятий крок: Запобігання

Для того, щоб бути здоровими, Вам необхідно постійно піклуватися про себе і захищатися від різних інфекційних захворювань. Це називається **запобігання**.

Заходи, які Ви і держава вживаємо, щоб зменшити можливості поширення захворювань, називаються **профілактикою**.

ДЕ можна:

1. **Зробити щеплення** – обов'язкові та профілактичні щеплення проводить лікар загальної практики;
2. **Отримати інформацію та дослідження з питань ВІЛ/СНІДу** – в кабінетах анонімного та безкоштовного консультування та дослідження (КАБКИС) з питань ВІЛ/СНІДу, відкритих при РЗИ або за загальнодержавним **телефоном: 070013040**;
3. **Пройти обстеження на захворювання, що передаються статевим шляхом** – у лікаря загальної практики або спеціаліста, до якого Вас направив лікар загальної практики (гінеколог, уролог, фахівець з шкірних та венеричних хвороб);
4. **Повідомити та пройти обстеження щодо гепатиту** – у лікаря загальної практики та за загальнодержавним **телефоном: 070010515**, за яким кожен бажаючий може отримати консультацію щодо захворювання та лікування.

КОЛИ треба пройти тестування?

У разі будь-яких сумнівах, що Ви можете заразитися, адже лікування захворювань на ранній стадії є ефективнішим!

КОЛИ треба зробити щеплення?

У Болгарії є підготовлений календар щеплень для віку, в якому повинні бути введені обов'язкові вакцини.

ІМУНІЗАЦІЇ

- Всі новонароджені вакцинуються вакциною проти гепатиту В протягом перших 24 годин після народження та вакциною проти туберкульозу (БЦЖ) протягом 48 годин після народження до виписки з пологового будинку;
- З другого, третього і четвертого місяців дітей вакцинують проти дифтерії, правцю, кашлюку, поліомієліту, гемофільної інфекції типу В і пневмококової інфекції, а також проти гепатиту В, якщо вакцина проти гепатиту В входить до складу багатокomпонентної вакцини;
- Якщо вакцина проти гепатиту В не входить до складу багатокomпонентної вакцини, другу дозу вводять з першого місяця, а третю – з шостого місяця;
- Дітям, народженим після 31.12.2019 р., вакцинація проти пневмококової інфекції не проводиться;
- У віці від 7 до 10 місяців дітям без рубця від щеплень БЦЖ вводять щеплення БЦЖ у пологовому будинку після негативної туберкулінової проби;
- З тринадцятого місяця дітей щеплюють комбінованою вакциною проти кору, краснухи та епідемічного паротиту.

РЕІМУНІЗАЦІЇ

- З 12 місяця – реімунізація проти пневмококових інфекцій, але не раніше 6-го місяця після введення третьої дози дітям, народженим до 01.01.2020 р., і другої дози дітям, народженим після 31.12.2019 р.
- З 16-го місяця – реімунізація проти дифтерії, правця, коклюшу, поліомієліту та інфекції *Haemophilus influenzae* типу В, але з 12 місяців після введення третьої дози;
- У 6 років – реімунізація проти дифтерії, правцю, кашлюку та поліомієліту;
- У 7 років – реімунізація проти туберкульозу дітей з негативною туберкулінодіagnostикою;
- У 12 років – повторна імунізація проти кору, краснухи та епідемічного паротиту та проти дифтерії, правцю та кашлюку;
- У 17 років – реімунізація проти правцю та дифтерії;
- У 25 років, а також кожні 10 років, реімунізація проти правцю та дифтерії.

ВАЖЛИВО!!!

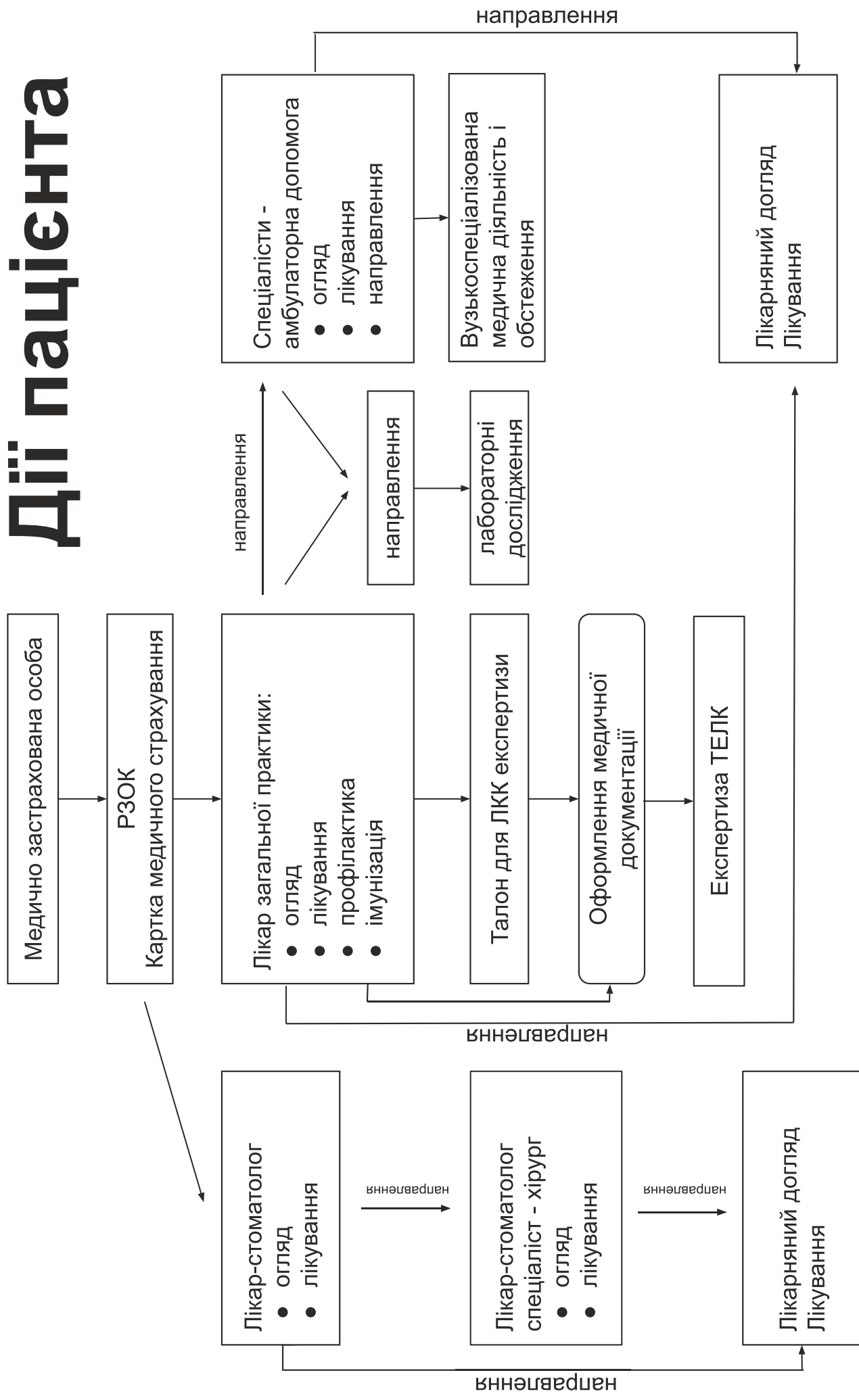
Усі обов'язкові щеплення та реімунізації проводяться лікарем загальної практики, після огляду в день вакцинації та є безкоштовними для пацієнта!

Застрахованим особам, які не мають лікаря загальної практики, обов'язкові щеплення та повторні щеплення можуть проводитися безкоштовно в кабінетах щеплень РЗИ, розташованих на території міст обласного значення.

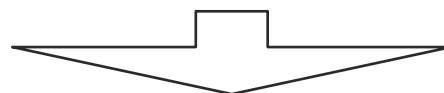
Крім обов'язкових щеплень, існують так звані рекомендовані щеплення. Виконуються за бажанням пацієнта за додаткову сплату. Вони застосовуються для мандрівників у регіонах, де є підвищений ризик зараження певними інфекціями, які можна запобігти завдяки вакцинаціям: черевний тиф, жовта лихоманка, тощо.

Пам'ятайте, що ваше здоров'я у ваших руках, і у ваших силах попередити серйозні захворювання або вчасно їх виявити!

Дії пацієнта



***1.** Основний діагноз за МКХ
***2.** Терапія
***3.** Пацієнт (батьки, опікун/усиновлювач) (підпис)
***4.** Лікар (підпис та особиста печатка
та/або печатка лікувального закладу)



МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА

Дата: _____	☐ За еднократно предписване	☐ За многократно предписване
-------------	--	---

Медицински специалист (име) _____

УИН _____

***1**

(с изключение на амбулаторно лечение)

гр.(с.) _____ адрес _____

Вр. _____

***2**

Медицински специалист _____
(подпис, дата)

За _____
(име, с попълнен бележник)

гр.(с.) _____ адрес _____

☐ бременна жена	☐ кърмачка	☐ дете
--	-----------------------------------	-------------------------------

РАЙОННИ ЛІКАРНЯНИ КАСИ (РЗОК), АДРЕСИ ТА ТЕЛЕФОНИ

1. НЗОК София, ул. «Кричим» № 1, тел. 0800 14 800;
2. РЗОК София - град, ул. «Енос» № 10, тел. 02 965 67 46;
3. РЗОК София - област, ул. «Енос» № 10, тел. 02 8581202;
4. РЗОК Благоевград, ул. «Георги Измерлиев» № 9, тел. 073 8830 0475;
5. РЗОК Бургас, ул. «Парк Езерото», тел. 056 806 666;
6. РЗОК Варна, ул. «Цар Освободител» № 76 г, тел. 052 689072;
7. РЗОК В.Търново, ул. «Ивайло» № 2, тел. 0622 611252;
8. РЗОК Видин, ул. «Панония» № 2, тел. 094 609810;
9. РЗОК Враца, ул. «Иваница Данчов» № 2, тел. 092 686110;
10. РЗОК Габрово, ул. «Отец Паисий» № 25, тел. 066 805650
10. РЗОК Добрич, ул. «Независимост» № 5, тел. 058 654500;
11. РЗОК Кърджали, бул. «Тракия» № 13, тел. 036163514;
12. РЗОК Кюстендил, ул. «Демокрация» № 47, тел. 078 559705;
13. РЗОК Ловеч, ул. «Хан Кубрат» № 7, тел. 068 6688 105;
14. РЗОК Монтана, бул. «Трети март» № 41, тел. 096 396110;
15. РЗОК Пазарджик, ул. «11-ти август» № 1, тел. 034 402105;
16. РЗОК Перник, ул. «Кракра» № 2, тел. 076 649210;
17. РЗОК Плевен, ул. «Княз Александър Батенберг» № 7, тел. 064 882511;
18. РЗОК Пловдив, ул. „Христо Чернопеев» № 14, тел. 032 603011;
19. РЗОК Разград, бул. «България» № 36, тел. 084 611567;
20. РЗОК Русе, ул. «Райко Даскалов» № 16, тел. 082 886111;
21. РЗОК Силистра, ул. «Партении Павлович» № 3, тел. 086 812144;
22. РЗОК Сливен, ул. «Самуил» № 1, тел. 044 615 248;
23. РЗОК Смолян, бул. «България» № 7, тел. 0301 67041;
24. РЗОК Ст. Загора, ул. «Цар Иван Шишман» № 54, тел. 042 610913;
25. РЗОК Търговище, ул. «Трайко Китанчев» № 37, тел. 060161138;
26. РЗОК Хасково, пл. «Градска болница» № 1, тел. 038 607311;
27. РЗОК Шумен, ул. «Цар Освободител» № 102, тел. 054 850 060;
28. РЗОК Ямбол, ул. «Д-р Петър Брънеков» № 1, тел. 046 685011.

РАЙОННИ ІНСПЕКЦІЇ ЗДОРОВ'Я (РЗИ), АДРЕСИ ТА ТЕЛЕФОНИ

1. РЗИ София - град, ул. «Враня» № 20, тел. 02 8130400;
2. РЗИ София - област, ул. «Академик Иван Ев. Гешов» № 15, тел. 02 8078700;
3. РЗИ Благоевград, ул. «Братя Миладинови» № 2, тел. 073 832826;
4. РЗИ Бургас, ул. «Александровска» № 120 тел. 056 807302;
5. РЗИ Варна, ул. «Брегалница» № 3, тел. 052 665 202;
6. РЗИ В.Търново, бул. «Никола Габровски» № 23, тел. 062 620161;
7. РЗИ Видин, ул. «Цар Симеон Велики» № 76, тел. 094 923185;
8. РЗИ Враца, ул. «Черни Дрин» № 2, тел. 087 9144830;
9. РЗИ Габрово, ул. «Райчо Каролев» № 2, тел. 066 840604;
10. РЗИ Добрич, ул. «Кирил и Методий» № 57, тел. 058 600614;
11. РЗИ Кърджали, ул. «Ген. Владимир Стойчев» № 2, тел. 0361 60295;

12. РЗИ Кюстендил, ул. «Тинтява» № 36, тел. 078 558201;
13. РЗИ Ловеч, ул. «Проф. д-р Съйко Съев» № 27А, тел. 068601518;
14. РЗИ Монтана, бул. «Пейо Яворов» № 1, тел. 086 391711;
15. РЗИ Пазарджик, ул. «Болнична» № 17, тел. 034 445365;
16. РЗИ Перник, ул. «Миньор» № 15, тел. 076 601881;
17. РЗИ Плевен, ул. «Княз Александър Батемберг» № 7, тел. 064 823409;
18. РЗИ Пловдив, ул. «Перушица» № 1, тел. 032 649 000;
19. РЗИ Разград, ул. «Свети Св. Кирил и Методий» № 8, тел. 084 611165;
20. РЗИ Русе, бул. «Придунавски» № 68, тел. 082 825623;
21. РЗИ Силистра, ул. «Петър Мутафчиев» № 82, тел. 0879170186;
22. РЗИ Сливен, ул. «Пейо Яворов» № 20, тел. 044 616200;
23. РЗИ Смолян, бул. «България» № 26, тел. 0301 63293;
24. РЗИ Ст.Загора, ул. «Стефан Караджа» № 10, тел. 042 602472;
25. РЗИ Търговище, ул. «Цар Освободител» № 33, тел. 060164075;
26. РЗИ Хасково, ул. «Патриарх Евтимий» № 2, тел. 038 662934;
27. РЗИ Шумен, пл. «Освобождение» № 1, тел. 0054 800203;
28. РЗИ Ямбол, ул. «Димитър Благоев» № 71, тел. 0042 48696.



За підтримки Офісу ВООЗ в Болгарії

© Болгарський Червоний хрест
Софія, 2023

www.redcross.bg