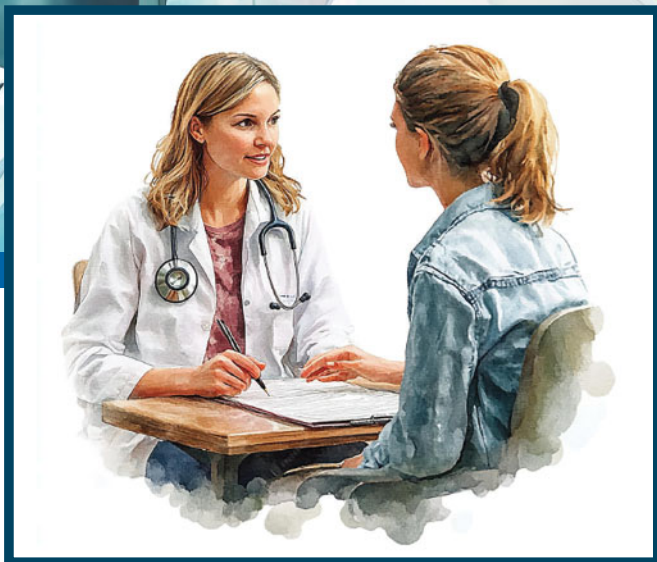


ПРОВІДНИК ПАЦІЄНТА

ЩОДО ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ



Funded by
the European Union



ПРОЕКТ

**„ПАРТНЕРСТВО З МОМ ТА ЕС ЗАРАДИ ПОКРАЩЕННЯ
ЗДОРОВ'Я БІЖЕНЦІВ І ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З УКРАЇНИ“**

ПРОВІДНИК

ПАЦІЄНТА ЩОДО ДОСТУПУ ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Доступ громадян до медичної допомоги є одним із найважливіших соціальних прав, закріплених у Конституції Республіки Болгарія. Основною особою, яка забезпечує доступ до різних медичних послуг для болгарських громадян, осіб з тимчасовим захистом, гуманітарним статусом, мігрантів та шукачів притулку в Болгарії, є **особистий лікар, який має договір із Національною касою медичного страхування (НЗОК)**. Такий лікар також називається лікарем загальної практик (ОПЛ).

ХТО має право на лікаря загальної практики?

Кожна особа, яка має безперервні права на медичне страхування, тобто регулярно сплачує внески за медичне страхування, або є віком до 18 років, або є пенсіонером. Медично застрахованими також є особи з тимчасовим захистом, за винятком жінок віком від 18 до 63 років та чоловіків віком від 18 до 65 років, які не підлягають медичному страхуванню на іншій підставі відповідно до ст. 40, ч. 1 Закону про медичне страхування, і які відповідно до ст. 40 цього Закону (не працюють, не навчаються і не сплачують внески самостійно) втрачають покриття після закінчення тримісячного періоду, протягом якого вони були застраховані державою.

Наявність медичного страхування можна перевірити на інтернет-сторінці Національної агенції з доходів (НАП) – <https://portal.nra.bg/details/health-insu-status>.

ЯК отримати медичну допомогу?

ПЕРШИЙ крок: Вибір лікаря загальної практики

ВАШ лікар загальної практики:

- стежить за Вашим загальним станом здоров'я, проводить регулярні огляди, обов'язкові щеплення та лікує різні захворювання. Надає медичну допомогу в межах пакета медичних послуг, гарантованого бюджетом НЗОК;
- видає направлення на спеціалізовані лабораторні, діагностичні, образні та інші медичні дослідження;
- видає направлення на консультацію у лікаря вузької спеціальності (хірурга, акушера-гінеколога, ортопеда та ін.). Термін дії направлення – один місяць;
- проводить щорічний профілактичний огляд;
- завіряє першу медичну страхову книжку (видану РЗОК) та здійснює завірення при видачі нової;
- веде медичне досьє кожного пацієнта;
- веде електронну картку пацієнтів із хронічними захворюваннями та призначає лікарські засоби, частина з яких повністю або частково оплачується НЗОК. Видає електронні рецепти, включно з рецептами на препарати спеціального обліку;
- направляє пацієнтів до Лікарсько-консультативної комісії (ЛКК) та Територіальної лікарської експертної комісії (ТЕЛК);

- надає інформацію щодо лікарень, у яких можливе проведення лікування в межах гарантованого НЗОК пакета медичних послуг відповідно до захворювання пацієнта;
- інформує Вас, чи потребуєте Ви лікування у стаціонарі або консультації в лікаря-спеціаліста.

Ваш лікар загальної практики видає такі документи:

- Витяг–копію або етапний епікриз;
- Витяг із медичного досьє 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 для отримання соціальних послуг;
- Медичне направлення до хоспісу;
- Медична довідка для працевлаштування;
- Медична довідка для прийому до дитячих і навчальних закладів;
- Медична довідка для учасників спортивних змагань;
- Медична довідка для усиновлення дитини;
- Медична довідка для укладення цивільного шлюбу;
- Медична довідка для отримання водійського посвідчення;
- Талон про стан здоров'я та талон про проведені профілактичні огляди дітей і учнів для органів охорони здоров'я;
- Медична довідка дитини або учня про те, що він або вона не контактує зі заразними хворими;
- Медична довідка про відсутність контакту з інфекційно хворими (для дітей та учнів);
- Медична довідка про відсутність контакту з інфекційно хворими (для дітей та учнів);
- Повідомлення до ЕСГРАОН про смерть.

Де можна обрати лікаря загальної практики?

- За місцем реєстрації або в будь-якому населеному пункті країни. Надаємо посилання для онлайн-доступу до реєстраційних форм для вибору особистого лікаря.

Реєстраційні форми для вибору лікаря загальної практики — Національна каса медичного страхування (НЗОК): <https://nhif.bg/>:

- Якщо Ви перебуваєте тимчасово поза місцем постійного проживання до 1 місяця і Вам знадобиться разова медична допомога у зв'язку з раптовим гострим станом, Ви можете звернутися до будь-якого лікаря загальної практики. Достатньо надати медичну страховку (синю книжку). Оплачується лише визначена законом такса.

- Якщо Ви перебуваєте в іншому місті від 1 до 5 місяців, Ви можете отримати медичну допомогу у будь-якого лікаря загальної практики. Для цього потрібно придбати у книжковому магазині медичну документацію або роздрукувати з сайту НЗОК реєстраційний формуляр для тимчасового вибору особистого лікаря. Формуляр заповнюється застрахованою особою та новообраним лікарем загальної практики (ОПЛ).

КОЛИ обираємо лікаря загальної практики?

Первинний вибір лікаря загальної практики (особистого лікаря) можна здійснити у будь-який час протягом року.

КОЛИ можна замінити лікаря загальної практики?

Заміна лікаря загальної практики проводиться двічі на рік — з 1 до 30 червня та з 1 до 31 грудня поточного календарного року, якщо Ви незадоволені наданими послугами або маєте інші основания для зміни. Для цього потрібно заповнити реєстраційний формуляр для постійного вибору та подати його новому особистому лікарю разом із медичною страховою книжкою. Обслуговування новим лікарем починається від дня заповнення та підписання формуляра. Повідомляти попереднього особистого лікаря про зміну не потрібно.

ЯК обрати лікаря загальної практики?

- Кожен повнолітній член сім'ї має право самостійно обрати свого особистого лікаря. Для дітей до 18 років вибір здійснюють їхні батьки;
- Запис до лікаря загальної практики (ОПЛ — особистого лікаря) здійснюється шляхом подання реєстраційного формуляра для первинного вибору лікаря загальної практики, який можна безплатно отримати в РЗОК або завантажити з вебсайту НЗОК. Новообраний лікар заповнює свої особисті дані та дані медичної практики, у якій працює. Також зазначається дата, коли застрахована особа здійснила свій вибір.

ХТО видає медичну страхову книжку (так звану "синю книжку")?

Кожен застрахований громадянин отримує медичну страхову книжку від Районної каси медичного страхування (РЗОК). У ній передбачені розділи, де вносяться дані про особистого лікаря або лікаря з дентальної медицини.

СКІЛЬКИ сплачуємо лікарю загальної практики?

- За кожен візит до сімейного лікаря, лікаря зі спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги або лікаря зі стоматологічної медицини, а також за кожен день стаціонарного лікування, але не більше ніж за 10 днів на рік, застраховані особи сплачують суми, визначені Постановою Ради Міністрів. Станом на листопад 2025 року розмір користувацької такси при візиті до сімейного лікаря, лікаря зі спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги або стоматолога становить 2,90 лв. (два леви і дев'яносто стотинок).

Постановою встановлено нижчі суми за кожний візит для осіб, які реалізували право на пенсію за вислугу років та вік.

- Від сплати користувацької такси звільняються:
 - ✓ Особи із захворюваннями, внесеними до списку, затвердженого НЗОК, який має бути розміщений у видимому місці в кабінеті лікаря загальної практики;
 - ✓ Малолітні та неповнолітні;
 - ✓ Непрацюючі члени сім'ї, зареєстровані в бюро праці, незалежно від отримання допомоги по безробіттю;
 - ✓ Ветерани та інваліди війни;
 - ✓ Пацієнти зі злоякісними новоутвореннями;
 - ✓ Медичні фахівці;
 - ✓ Застраховані особи із захворюваннями та зниженням працездатності понад 71% відповідно до експертного рішення ТЕЛК;
 - ✓ Соціально незахищені особи, які отримують допомогу, згідно з Положенням про застосування Закону про соціальні допомоги;
 - ✓ Соціально слабкі особи, які отримують допомогу згідно з Правилами застосування Закону про соціальне підтримання;
 - ✓ Особи, розміщені в будинках соціального догляду;
 - ✓ Особи, взяті під варту, затримані на підставі ст. 72 Закону про Міністерство внутрішніх справ;
 - ✓ Особи, затримані на підставі ст. 125, ч. 1 Закону про Державне агентство "Національна безпека", або позбавлені волі;
 - ✓ Вагітні жінки та породіллі протягом 45 днів після пологів.

ЛІКУВАННЯ у лікаря-стоматолога

- Особи з безперервним медичним страхуванням мають право отримувати стоматологічну допомогу за власним вибором у будь-якого лікаря-стоматолога, який уклав договір з НЗОК. Під час відвідування стоматолога пацієнт повинен мати при собі свою медично-страхову книжку, у якій відображаються проведені процедури.
- За кожен візит до лікаря-стоматолога застраховані особи сплачують суму, визначену Постановою Ради Міністрів. Станом на листопад 2025 р. розмір користувацької такси становить 2,90 лв. (два лева дев'яносто стотинок). Постанова також передбачає зменшений розмір такси для осіб, які набули право на пенсію за віком і стажем.

ЯКІ стоматологічні послуги покриває НЗОК?

Пакет стоматологічних послуг для осіб до 18 років (1 раз на календарний рік):

- комплексний огляд зі складанням орального статусу;
- пломбування зуба амальгамою або хімічним композитом;
- видалення тимчасового зуба з анестезією;
- видалення постійного зуба з анестезією;

- лікування пульпіту або періодонтиту тимчасового зуба;
- лікування пульпіту або періодонтиту постійного зуба.

Спеціалізована хірургічна амбулаторна стоматологічна допомога для осіб до 18 років:

- комплексний огляд;
- розріз (інцизія) у сполучнотканинних просторах, включно з анестезією;
- видалення глибоко зламаного або зруйнованого зуба, включно з анестезією;
- контрольні огляди після виконання однієї з двох наведених вище процедур.

УВАГА!

- Неповнолітні особи з психічними захворюваннями не мають обмежень щодо стоматологічних процедур, які проводяться під загальним наркозом. Вони не здійснюють доплат — усі витрати повністю покриває НЗОК!
- Малолітні та неповнолітні, які перебувають у будинках медико-соціальних послуг, спеціалізованих навчальних закладах, дитячих будинках для дітей, позбавлених батьківського піклування, або утримуються під вартою, мають право на ті самі стоматологічні послуги на повністю безоплатній основі.

Пакет стоматологічних послуг для осіб віком понад 18 років:

- Розширений огляд із заповненням орального статусу — один раз на календарний рік, включно з одноразовим додатковим оглядом для вагітних;
- Пломбування зуба амальгамою або хімічним композитом;
- Видалення постійного зуба або зуба мудрості з анестезією.

Спеціалізована хірургічна амбулаторна стоматологічна допомога для осіб віком понад 18 років:

- спеціалізований розширений огляд;
- розріз (інцизія) у сполучнотканинних просторах, включно з анестезією;
- видалення глибоко зламаного або значно зруйнованого зуба, включно з анестезією;
- контрольні огляди після проведення будь-якої з двох вищезазначених процедур.

УВАГА!

НЗОК також покриває заходи з відновлення функцій жувального апарату у випадку повної відсутності зубів — виготовлення повної пластинкової зубної протези для верхньої та нижньої щелепи раз на чотири роки, включно з контрольними оглядами протягом двох місяців після її поставлення. З 1 травня 2024 року НЗОК частково оплачує і виготовлення медичного виробу — повної пластинкової протези для верхньої або нижньої щелепи.

ДРУГИЙ крок: Сплата внесків на медичне страхування

ХТО сплачує медичні страхові внески?

- Розмір медичного страхового внеску становить 8% від доходу. Ця сума розподіляється між роботодавцем і працівником у пропорції 60% : 40%.
- Для всіх осіб віком до 18 років, а також для жінок над 63 роки і чоловіків над 65 років внески сплачує держава. Держава покриває внески також за студентів денної форми навчання; військових інвалідів; осіб, які постраждали внаслідок стихійних лих та аварій; безробітних, що отримують допомогу з безробіття; осіб, взятих під варту або позбавлених волі; осіб із тимчасовою непрацездатністю через хворобу; вагітних, жінок у період пологів та осіб, які доглядають малолітню дитину;
- Особи, які здійснюють самостійне страхування, сплачують внески самостійно. Їхні медично-страхові права призупиняються, якщо вони не сплатили понад три місячні внески протягом останніх 36 місяців, відраховуючи до початку місяця, що передує місяцю отримання медичної допомоги.

ЩО отримуємо в обмін на сплачені внески на обов'язкове медичне страхування?

Основний пакет послуг обов'язкового медичного страхування охоплює:

- **Первинну амбулаторну медичну допомогу** – заходи з промоції та профілактики здоров'я; оцінка ризиків для здоров'я; скринінгові послуги та імунізації; діагностичні та лікувальні послуги; домашні відвідування; медична експертиза.
- **Спеціалізовану амбулаторну медичну допомогу** – консультації, профілактичні огляди, амбулаторні скринінгові послуги, медичні огляди у фахівців, 64 попередньо визначені високоспеціалізовані діяльності та 184 види досліджень.
- **Амбулаторну стоматологічну допомогу** – для дітей і дорослих.
- **Стаціонарні послуги (лікування в лікарняних умовах)** – 267 клінічних шляхів (госпіталізація понад 48 годин); 6 клінічних процедур тривалістю до 24 годин; 47 амбулаторних процедур, що не потребують госпіталізації.

Детальний опис пакета послуг доступний в актуальному на відповідний рік Рамковому договорі на вебсайті НЗОК: <https://nhif.bg/bg/nrd>.

КОЛИ сплачуємо внески на обов'язкове медичне страхування?

Внески на медичне страхування повинні бути сплачені одним із зазначених способів до **25 числа місяця, що настає після місяця, за який виникло зобов'язання щодо внесення страхових платежів**. Права на медичне страхування громадян, які сплачують внески за власний рахунок, припиняються, якщо не внесені **понад три належні щомісячні внески протягом 36 місяців**.

ДЕ сплачуємо внески за медичне страхування?

- ✓ У найближчому офісі НАП;
- ✓ У будь-якому банку через платіжне доручення;
- ✓ У будь-якому поштовому відділенні через поштовий переказ;
- ✓ У касах Easy Pay за ЕГН/ЛНЧ;
- ✓ Через онлайн-послугу НАП – «Довідка про зобов'язання з можливістю оплати», доступну за допомогою кваліфікованого електронного підпису (КЕП) або персонального ідентифікаційного коду (ПІК)*.

Переваги використання КЕП та ПІК:

Використання послуг НАП з кваліфікованим електронним підписом (КЕП) або персональним ідентифікаційним кодом (ПІК) після реєстрації дає такі переваги:

- *Можливість перегляду суми зобов'язань перед здійсненням платежу;*
- *Автоматичне заповнення даних для ідентифікації особи та видів зобов'язань, які бажаєте сплатити;*
- *Доступ до історії платежів, здійснених вами через відповідну електронну послугу.*

Якщо сплатити внесок до **25 числа місяця, що настає після місяця, за який виникло зобов'язання**, розмір місячного внеску становить **43,08 лв.** У разі прострочення необхідно розрахувати нараховані відсотки за заборгованість. Для цього скористайтеся Калкулятором відсотків за прострочені зобов'язання на сайті НАП, ввівши місяці, за які не сплачені внески на медичне страхування – за цим посиланням: <https://portal.nra.bg/details/health-calculator-2>

ЯК перевірити статус медичного страхування?

- На інтернет-сайті НАП за ЄГН 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?

Якщо права на медичне страхування були перервані, тобто за останні 36 місяців відсутні більше ніж три внески на медичне страхування, **для їх відновлення необхідно сплатити всі зобов'язання за останні 60 місяців (п'ять років). Права відновлюються з дати внесення всіх належних платежів.**

Якщо ви сплатили заборговані медичні внески, але інформація ще не відображена в системі, а вам терміново потрібно лягти на стаціонарне лікування, ви можете звернутися до офісу НАП за місцем постійної реєстрації та отримати довідку про безперервність прав на медичне страхування, яку слід подати до відповідного медичного закладу. Для отримання такої довідки необхідно надати платіжні документи, що підтверджують здійснені вами внески на медичне страхування. Довідка дійсна протягом трьох місяців, починаючи з місяця відновлення прав, і надає вам можливість отримувати медичну допомогу протягом зазначеного періоду.

СКІЛЬКИ сплачуємо за медичне страхування?

- Розмір внеску на медичне страхування визначається як відсоток від доходу, з якого нараховуються внески. Його величина щороку затверджується Законом про бюджет Національної каси медичного страхування.
- Обов'язковий внесок на медичне страхування на 2025 рік становить 8%. Розподіл внеску між страхувальником (роботодавцем) і застрахованою особою (працівником) встановлено у співвідношенні 60 до 40, тобто 4,8% за рахунок роботодавця та 3,2% за рахунок працівника. Для осіб, які самостійно здійснюють внески, їх розмір складає **43,08 лева** на місяць і сплачується повністю за власний рахунок. Обов'язок самостійно сплачувати внески мають також особи, які не отримують трудових або прирівняних до них доходів.

УВАГА!

Якщо протягом останніх 36 місяців не сплачено більш ніж три обов'язкові місячні внески на медичне страхування, медичні страхові права припиняються, і вам необхідно заплатити повну вартість наданої медичної допомоги.

Відповідно до Закону про охорону здоров'я, поза обсягом обов'язкового медичного страхування безкоштовно надаються громадянам, включно іноземцями з тимчасовим захистом або гуманітарним статусом, такі види медичної допомоги:

- Медична допомога у невідкладних станах;
- Акушерська допомога для всіх незастрахованих жінок;
- Стаціонарна психіатрична допомога;
- Трансплантація органів, тканин і клітин;
- Експертиза ступеня інвалідності та стійкої непрацездатності;
- Вакцини для обов'язкових і повторних імунізацій.

ТРЕТІЙ крок: Доступ до лікаря-спеціаліста амбулаторної медичної допомоги

- **Через лікаря загальної практики.** За його клінічною оцінкою особа може отримати медичне направлення для консультації або проведення спільного лікування. Направлення дійсне **30 календарних днів** з дати його видачі. Ви можете пройти **повторний огляд** у спеціаліста протягом **30 календарних днів** від дати первинного огляду. Огляд у спеціаліста оплачується НЗОК, але пацієнт сплачує **користувацьку таксу** у розмірі **2,90 лв. (станом на листопад 2025 р.)**. Від сплати такси звільняються пацієнти із захворюваннями, зазначеними у ст. 371, ч. 1 Закону про медичне страхування. Для пенсіонерів розмір такси є нижчим.
- **Через прямий запис/огляд у спеціаліста за власний кошт.**

УВАГА!

Лікарі загальної практики (сімейні лікарі) зобов'язані забезпечувати безперервний цілодобовий доступ до медичної допомоги для застрахованих осіб зі свого реєстру шляхом:

- Укладання договору з медичним закладом, у якому працює черговий кабінет: групова практика з первинної медичної допомоги; групова практика зі спеціалізованої медичної допомоги; медичний центр або діагностично-консультативний центр;
- Особисто, шляхом забезпечення 24-годинної доступності для консультацій телефоном, в амбулаторії або — за власною професійною оцінкою — удома у пацієнта.

ЧЕТВЕРТИЙ крок: Забезпечення медичної допомоги

ХТО має право на медичну допомогу в рамках пакета діяльностей, гарантованих бюджетом НЗОК?

Усі застраховані у системі обов'язкового медичного страхування громадяни мають рівні права та доступ до амбулаторної, стаціонарної та стоматологічної медичної допомоги, незалежно від раси, національності, етнічної належності, статі, походження, релігії, освіти, політичних переконань, особистого чи суспільного становища або майнового стану.

ХТО надає медичну допомогу?

Медичну допомогу в межах національного медичного страхування надають лікарі та/або лікувальні заклади, які мають укладений договір з НЗОК.

ЩО може включати обсяг медичних послуг?

- екстрена медична допомога;
- первинна амбулаторна медична допомога;
- спеціалізована амбулаторна медична допомога;
- медико-діагностичні дослідження;
- високоспеціалізовані медичні процедури;
- стоматологічна допомога;
- стаціонарна медична допомога.

ДЕ можна отримати медичну допомогу?

У Болгарії

- **Екстрена допомога при загрозливих для життя станах** (дорожньо-транспортна пригода, інфаркт тощо), що становлять невідкладний стан, — за номером **112** або шляхом самозвернення до відділення невідкладної медичної допомоги;
- **Невідкладна (нежиттєзагрозлива) допомога** — надається лікарем загальної практики або черговим лікарем, визначеним лікарем загальної практики;
- **Стаціонарне лікування** — призначається лікарем загальної практики або за рішенням лікаря-спеціаліста та здійснюється медичними закладами, що мають укладений договір з НЗОК;
- **Домашнє лікування** — призначається лікарем загальної практики або лікарем-спеціалістом і проводиться у домі пацієнта.

У Європейському Союзі

- **Екстрена та невідкладна допомога** може бути отримана за номером 112;
- **Стаціонарне лікування** — лише за **призначенням місцевого лікаря або за попереднім письмовим направленням від болгарської медичної установи.**

ЯК отримати стаціонарне лікування?

- **Через звернення до лікаря загальної практики**, який проведе огляд та визначить, чи є потреба у стаціонарному лікуванні. Якщо така потреба існує,

лікар видасть направлення, що діє **30 календарних днів** від дати його оформлення;

- **У разі тяжкого стану пацієнт може безпосередньо звернутися за екстреною допомогою за номером 112.** Лікар, який прибуде на виклик, оцінить стан пацієнта та, за необхідності, транспортує його до найближчого медичного закладу, здатного надати відповідне лікування;
- **Якщо пацієнт самостійно прибув до відділення екстреної допомоги,** і лікарі встановлять потребу у медичній допомозі, вони зобов'язані її надати або, якщо необхідно, скерувати пацієнта до лікарні, де він може отримати належне лікування;
- Крім лікаря загальної практики, пацієнт може отримати **інформацію про лікарні та клінічні шляхи що працюють за контрактом з НЗОК, за телефоном гарячої лінії НЗОК — 0800 1480.**

ЩО оплачують застраховані пацієнти під час стаціонарного лікування?

Усі застраховані особи мають право на стаціонарну медичну допомогу в медичних закладах, які уклали договір з НЗОК. Пацієнти **не сплачують** за медичні послуги, що покриваються НЗОК, **за винятком:**

- **Пацієнтська (користувацька) такса** за перебування в медичному закладі;
- **Лікарські засоби, витратні матеріали та медичні вироби,** які НЗОК не покриває або покриває частково;
- **Додаткові послуги,** зокрема: вибір лікаря та/або медичної бригади для лікування, індивідуальний пост медичної сестри, одноосібна палата, послуги супроводжуючої особи, харчування за вибором та інші зручності.

УВАГА!

Застраховані особи сплачують встановлену постановою Ради міністрів суму за **кожен день перебування у стаціонарі,** але не більше ніж за **10 днів на рік.** У 2025 році розмір цієї суми становить **5,80 лв. за день.**

ВІД сплати користувацького внеску звільняються:

- Діти віком до 18 років;
- Вагітні жінки та жінки у післяпологовому періоді — до 45-го дня після пологів;
- Соціально незахищені особи;
- Ветерани війни та військовослужбовці з інвалідністю;
- Пацієнти з онкологічними захворюваннями;
- Медичні працівники;
- Особи з інвалідністю;
- Особи, затримані під вартою, а також затримані на підставі ст. 72 Закону про Міністерство внутрішніх справ;
- Особи, затримані на підставі ст. 125, ч. 1 Закону «Про Державне агентство національної безпеки», або позбавлені волі.

УВАГА!

Додаткові запитані послуги оформлюються письмовою заявою пацієнта, який підтверджує, що зробив свій вибір після ознайомлення з прейскурантом послуг, що надаються медичним закладом.

Оплата або доплата за медичні витратні матеріали та/або медичні вироби у стаціонарі

- **Медичний заклад зобов'язаний інформувати пацієнтів на місці** — зазвичай на інформаційному стенді, розміщеному у доступному та видимому місці, де пацієнти можуть ознайомитися з цінами на пропоновані послуги та витратні матеріали.
- **Деякі медичні вироби оплачуються НЗОК до встановленого ліміту.** НЗОК покриває виключно ті медичні вироби, що застосовуються у рамках стаціонарної медичної допомоги, якщо вони включені до так званого **«Переліку медичних виробів, які оплачуються НЗОК у межах стаціонарної медичної допомоги»**. Перелік опубліковано на офіційному сайті НЗОК. Якщо пацієнт бажає, щоб йому було імплантовано дорожчий медичний виріб, він сплачує різницю між ціною обраного виробу та сумою, що не покривається НЗОК.

ЯК подати скаргу, якщо наші права як застрахованих осіб порушено?

- У разі порушення прав обов'язково застрахованих осіб, пов'язаних із наданою медичною або стоматологічною допомогою, лікарями, лікарями-стоматологами чи лікувальними закладами, які мають договір з НЗОК, громадяни мають право **подати письмову скаргу до директора або відповідної РЗОК за місцем проживання;**
- Для отримання консультацій або подання сигналів, застраховані громадяни **можуть звернутися до приймалень РЗОК за місцем проживання;**
- **Можна зателефонувати на інформаційні телефони** відділів роботи з громадянами у відповідній РЗОК;
- Можна звернутися до приймальні НЗОК (м. Софія, вул. «Кричим» № 1) або зателефонувати до інформаційного центру НЗОК за номером 0800 14 800.

П'ЯТИЙ крок: Профілактика

Щоб зберігати здоров'я, необхідно постійно дбати про себе та захищатися від різних інфекційних захворювань. Це називається **профілактикою**.

Заходи, які держава та ми самі здійснюємо для зменшення ризику поширення захворювань, називаються профілактичними заходами.

Одним із найефективніших способів захисту від інфекційних хвороб є вакцинація. Завдяки їй у Болгарії протягом десятиліть не реєструються випадки натуральної віспи, дифтерії, поліомієліту, а інші, зокрема туберкульоз, значно обмежені.

ДЕ?

- 1. Отримати інформацію про вакцини** — сімейний лікар надає інформацію щодо обов'язкових та профілактичних щеплень;
- 2. Отримати інформацію та пройти тестування на ВІЛ/СНІД** — у кабінетах для анонімного та безкоштовного консультування і тестування (КАБКИС) на ВІЛ/СНІД, створених при РЗОК;
- 3. Отримати інформацію та пройти обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом** — у сімейного лікаря або у спеціаліста, до якого він скерує (гінеколога, уролога, фахівця з дерматовенерології).
- 4. Отримати інформацію та пройти обстеження на гепатит** — у сімейного лікаря.

КОЛИ потрібно проходити обстеження?

У будь-якому випадку підозри щодо можливої інфекції, оскільки лікування на ранніх етапах є значно ефективнішим!

КОЛИ потрібно робити щеплення?

У країні діє Національний імунізаційний календар, а вакцини, включені до нього, є обов'язковими. Вони надаються пацієнтам безкоштовно та проводяться сімейним лікарем. Для осіб, які не обрали сімейного лікаря, обов'язкові імунізації та ревакцинації можуть бути здійснені безкоштовно в будь-якій **Регіональній інспекції з питань охорони здоров'я (РЗИ) у містах обласного значення.**

ІМУНІЗАЦІЇ

- **Усіх новонароджених** вакцинують вакциною проти гепатиту В упродовж перших 24 годин після народження та вакциною проти туберкульозу (БЦЖ) — від 48-ї години життя до моменту виписки з пологового будинку;
- **У 2-, 3- та 4-місячному віці** дітям проводиться вакцинація проти дифтерії, правцю, кашлюку, поліомієліту, інфекцій, спричинених *Haemophilus influenzae* типу В, та пневмококових інфекцій, а також проти гепатиту В — якщо вакцина проти гепатиту В входить до складу багатокомпонентної вакцини;
- **Якщо вакцина проти гепатиту В не входить до складу багатокомпонентної вакцини**, друга доза вводиться з 1-го місяця життя, а третя — з 6-го місяця;
- Вакцинація проти пневмококових інфекцій не проводиться дітям, народженим після 31.12.2019 р;
- **У віці між 7 та 10 місяцями** дітям, які не мають рубця після БЦЖ-вакцинації у пологовому будинку, БЦЖ вводиться після отримання негативної туберкулінової проби;
- **З 13-го місяця життя** дітям проводиться імунізація комбінованою вакциною проти кору, краснухи та паротиту.

РЕІМУНІЗАЦІЇ

- **З 12-го місяця** — ревакцинація проти пневмококових інфекцій, але не раніше ніж через 6 місяців після введення третьої дози у дітей, народжених до 01.01.2020 р., і після введення другої дози у дітей, народжених після 31.12.2019 р.;

- **З 16-го місяця** — ревакцинація проти дифтерії, правцю, кашлюку, поліомієліту та інфекцій, спричинених *Haemophilus influenzae* типу В, але не раніше ніж через 12 місяців після третьої дози;
- **У 6-річному віці** — ревакцинація проти дифтерії, правцю, кашлюку та поліомієліту;
- **У 7-річному віці** — ревакцинація проти туберкульозу для дітей з негативною туберкуліновою пробою;
- **У 12-річному віці** — ревакцинація проти кору, краснухи, паротиту, а також проти дифтерії, правцю та кашлюку;
- **У 17-річному віці** — ревакцинація проти правцю та дифтерії;
- **У 25-річному віці, а також кожні 10 років після того** — ревакцинація проти правцю та дифтерії.

УВАГА!

Окрім обов'язкових щеплень, існують також **рекомендовані імунізації для дітей і дорослих**.

З листопада 2012 року в Болгарії запроваджено необов'язкову вакцинацію проти **HPV (вірусу папіломи людини)**, яка запобігає розвитку раку шийки матки. Вакцина надається безоплатно для дівчат, які досягли 12-річного віку.

Не є обов'язковими також імунізації проти **коронавірусу, грипу та вітряної віспи**.

Для дітей додатково рекомендовані вакцини **проти ротавірусних інфекцій, менінгококових інфекцій, гепатиту А**.

Для громадян, які планують подорож до країн з підвищеним ризиком зараження певними інфекційними захворюваннями, проводиться вакцинація проти **черевного тифу, жовтої гарячки, дифтерії, сказу та інших захворювань**. Ці вакцини здійснюються на платній основі!

ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ

Що включає обов'язковий профілактичний пакет, який оплачується НЗОК?

Для всіх застрахованих у системі обов'язкового медичного страхування громадян віком понад 18 років – жінок і чоловіків – профілактичний огляд включає:

- збирання анамнезу та детальний фізикальний огляд;
- оцінку психічного стану;
- орієнтовне обстеження гостроти зору (без визначення діоптрій);
- вимірювання артеріального тиску;
- електрокардіограму (ЕКГ);
- дослідження сечі за допомогою тест-смужок на: білок, глюкозу, кетонів тіла, уробіліноген/білірубін, pH;
- визначення рівня глюкози в крові за наявності факторів ризику. Оцінка ризику розвитку цукрового діабету проводиться всім особам віком понад 18 років за шкалою FINDRISK (Анкета для оцінки ризику розвитку цукрового діабету протягом наступних 10 років).

Інші дослідження в межах профілактичного огляду визначаються залежно від вікової групи, наприклад:

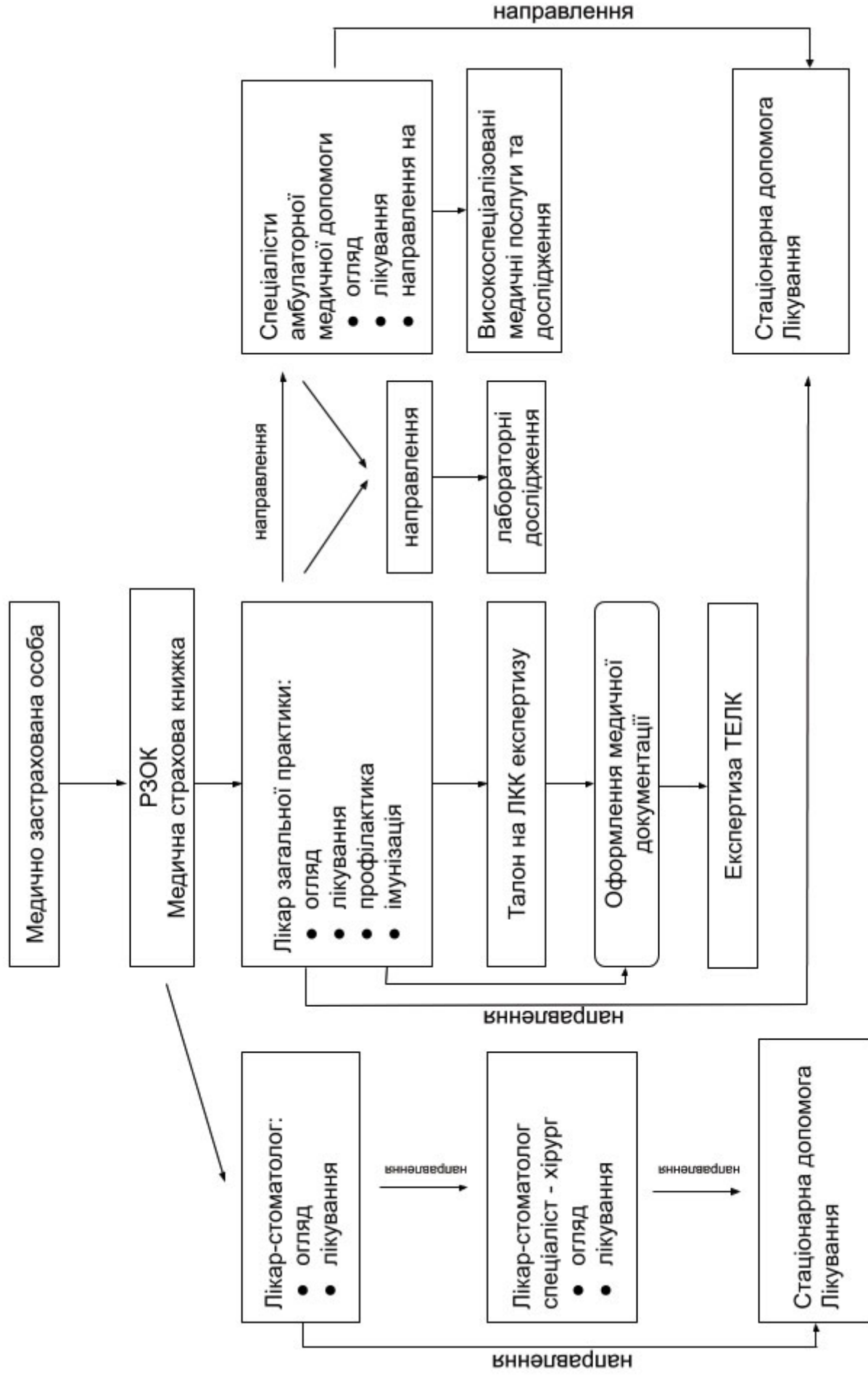
- **Від 20 до 65 років (чоловіки та жінки):** загальний аналіз крові (ПКК), АСАТ, АЛАТ, креатинін, аналіз сечі (хімічне дослідження та осад), сечова кислота – один раз на п'ять років. Визначення поверхневого антигену гепатиту В швидким тестом та антитіл проти гепатиту С швидким тестом – у **40, 45, 50, 55 і 60 років**;
- **жінки від 30 років:** щороку мануальне обстеження молочних залоз;
- **жінки від 30 до 40 років:** огляд у акушера-гінеколога з взяттям та направленням матеріалу на цитологічне дослідження щорічно, а після двох негативних цитонамазок – один раз на 3 роки;
- **чоловіки старше 40 років та жінки старше 50 років:** визначення рівня холестеролу та тригліцеридів один раз на п'ять років;
- **чоловіки від 45 років:** онкомаркер PSA (загальний і вільний) для раннього виявлення раку простати – щороку;
- **жінки віком від 30 до 50 років:** можуть проходити ультразвукове дослідження молочних залоз один раз на два роки;
- **жінки віком від 45 до 69 років (включно):** можуть робити мамографію кожні два роки, а за наявності підвищеного ризику – щорічно;
- **особи старше 65 років (чоловіки та жінки):** загальний аналіз крові щороку, – тригліцериди та холестерол – один раз на п'ять років;
- **жінки віком 70 років і старше:** мають право на профілактичний огляд і мамографію один раз на три роки.

УВАГА!

- Дослідження рівня холестерину, тригліцеридів, рівня глюкози в крові, ЕКГ, мамографії та PSA, проведені з іншого приводу в рамках календарного року, не підлягають повторному виконанню під час профілактичного огляду.
- **Кожні п'ять років усі застраховані у системі охорони здоров'я особи віком понад 40 років** мають право на профілактичний огляд із розширеним пакетом лабораторних досліджень. У межах цього огляду вони можуть пройти тестування на **інфекції гепатиту В та гепатиту С**.
- З метою профілактики соціально значущих та пріоритетних для країни захворювань, під час проведення профілактичного огляду осіб віком від 18 років, лікар загальної практики формує групи пацієнтів із ризиковими факторами розвитку **серцево-судинних захворювань, цукрового діабету та злоякісних новоутворень**. За потреби цим групам видаються направлення на додаткові дослідження або консультації у спеціаліста.

Пам'ятайте, що Ваше здоров'я у Ваших руках, і саме Ви маєте можливість запобігти тяжким захворюванням або виявити їх вчасно!

Маршрут пацієнта



Пациент

ЕГН (ПНЧ) на пациента

РЗОК №

Здравен район

Идентификационен номер

ЛНЧ

дата на раждане

код на диман

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр. (с.)

Ул.

№

Ж.к.

бл.

вк.

ет.

ап.

код специалност

име и фамилия

Лекар

регистрационен номер на лечебното заведение

РЗОК номер

УИН на лекаря

УИН на заместващият лекар

код специалност

име 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

УИН на лекаря

код спец.

заместващ

код

УИН на заместващият лекар

РЗОК номер

АМБУЛАТОРЕН ЛИСТ ОТ ПЪРВОЧНО ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ СИМП

№

дата

Посещение за:

консултация

профилактика

детско здравеопазване

ЗОЛ над 18 г.

майчино здравеопазване

г.с.

ЗОЛ с рис фактори за развитие на заболяване

диспансерен преглед

ВСД

рецепта на хоспитализирано ЗОЛ

експертиза на работоспособността

по искане на ТЕЛК

Вид преглед

амбулаторен

домашен

инцидентно посещение

първичен

първичен

вторичен

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

талон за МЕ №

направление за КП, КПР, АПр

талон за ТЕЛК

болничен лист №

дни

МКБ

от

до

първичен

продължение

рецепта

рецептурна книжка №

бързо известие

етална епикриза

мед. бележка

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

пациент

лекар

Бл. МЗ-НЗОК №.1

Амбулаторний листок

Поля обов'язкові для заповнення:

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

Рецептурний бланк

Поля обов'язкові для заповнення:

- *1. УИН (унікальний ідентифікаційний номер)
- *2. Лікар-спеціаліст (підпис, печатка)

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 КАСИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (РЗОК):
АДРЕСИ ТА 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 15
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	066 819 523
11	РЗОК Добрич	ул. „Независимост“ №5	058 654 500
12	РЗОК Кърджали	бул. „Тракия“ №19	0361 63 514
13	РЗОК Кюстендил	ул. „Демокрация“ №44, вх. Б	078 559 700
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“ №2	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	044 615 201
24	РЗОК Смолян	бул. „България“ №7	0301 67 040
25	РЗОК Ст. Загора	ул. „Цар Иван Шишман“ №54	042 610 910
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	054 850 085
29	РЗОК Ямбол	ул. „д-р Петър Брънеков“ №1	046 685 011

**РЕГИОНАЛНИ ИНСПЕКЦИИ З ПИТАНЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (РЗИ):
АДРЕСИ ТА 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	пл. „Жеравица“ №3	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	086 816 119
22	РЗИ Сливен	ул. „Пейо Яворов“ №1	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

