

ПУТЕВОДИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА

ПО ДОСТУПУ К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Funded by
the European Union



ПРОЕКТ
„ПАРТНЕРСТВО С МОМ И ЕС ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ
БЕЖЕНЦЕВ И ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ ИЗ УКРАИНЫ“

ПУТЕВОДИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА ПО ДОСТУПУ К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Доступ граждан к медицинской помощи является одним из важнейших социальных прав, закрепленных в Конституции Республики Болгария. Основным звеном, обеспечивающим доступ к различным медицинским услугам для болгарских граждан, лиц с временной защитой, гуманитарным статусом, мигрантов и лиц, ищущих убежище в Болгарии, является **личный врач, заключивший договор с Национальной кассой здравоохранительного страхования (НЗОК)**. Такой врач также называется врачом общей практики (ОПЛ).

КТО имеет право на личного врача?

Право на личного врача имеет каждое лицо, которое имеет непрерывное медицинское страхование, то есть регулярно уплачивает взносы за медицинское страхование, а также лица в возрасте до 18 лет и пенсионеры. Застрахованными считаются также лица, пользующиеся временной защитой, за исключением женщин в возрасте от 18 до 63 лет и мужчин от 18 до 65 лет, которые не подлежат медицинскому страхованию на ином основании согласно ст. 40, п. 1 Закона о медицинском страховании и в соответствии со ст. 40 этого же Закона (не работают, не обучаются и не уплачивают страховые взносы самостоятельно) после истечения трехмесячного периода, в течение которого их страховые взносы оплачиваются государством. Проверить наличие медицинского страхования можно на сайте Национального агентства по доходам (НАП) — <https://portal.nra.bg/details/health-insu-status>.

КАК получить медицинскую помощь?

ПЕРВЫЙ шаг: Выбор личного врача

ВАШ личный врач — это специалист, который:

- наблюдает за вашим общим состоянием здоровья, проводит регулярные медицинские осмотры, обязательные вакцинации и лечение заболеваний; оказывает медицинскую помощь в рамках пакета услуг, гарантированных бюджетом Национальной кассы здравоохранительного страхования (НЗОК);
- выдает направления на специализированные, лабораторные, визуальные и другие виды медицинских исследований;
- направляет на консультацию к врачу соответствующей специальности (хирургу, акушеру-гинекологу, ортопеду и др.). Направление действительно в течение одного месяца;
- проводит профилактический осмотр один раз в год;
- подтверждает первую медицинскую страховую книжку (выдаваемую Региональной кассой здравоохранительного страхования — РЗОК), а также при ее переоформлении;
- ведет медицинское досье пациента;
- ведет электронную книжку пациентов с хроническими заболеваниями и выписывает лекарственные препараты. Некоторые из них частично или полностью оплачиваются Национальной кассой здравоохранительного страхования (НЗОК). Оформляет электронные рецепты на лекарственные препараты, включая те, которые подлежат специальному учету;

- направляет пациентов в Лекарскую консультативную комиссию (ЛКК) и Территориальную экспертную комиссию (ТЕЛК);
- предоставляет информацию о медицинских учреждениях, где возможно прохождение лечения в зависимости от диагноза пациента, в рамках пакета медицинских услуг, гарантированных НЗОК;
- информирует пациента о необходимости лечения в условиях стационара или у врача-специалиста.

ВАШ личный врач выдает следующие медицинские документы:

- выписку (копию) или этапный эпикриз;
- выписку из медицинского досье по запросу суда или прокуратуры;
- лист о временной нетрудоспособности или предписание о трудоустройстве;
- медицинское направление на санаторно-курортное лечение;
- медицинское направление на транспортировку умершего в другое населенное место;
- медицинское направление на получение социальных услуг;
- медицинское направление в хоспис;
- медицинскую справку для поступления на работу;
- медицинскую справку для приема в детские и образовательные учреждения;
- медицинскую справку для участия в спортивных соревнованиях;
- медицинскую справку при усыновлении ребенка;
- медицинскую справку для заключения гражданского брака;
- медицинскую справку для получения водительского удостоверения;
- талон о состоянии здоровья и талон о прохождении профилактических осмотров детей и школьников, предоставляемые в органы здравоохранения;
- медицинскую справку, подтверждающую, что ребенок или школьник не контактировал с инфекционными больными;
- медицинскую справку для детских и образовательных учреждений при отсутствии по медицинским показаниям;
- заверение личной медицинской книжки работников детских учреждений и предприятий общественного питания;
- уведомление в ЕСГРАОН (Единую систему гражданской регистрации и административного обслуживания населения) о случае смерти.

ГДЕ можно выбрать личного врача?

- В населенном пункте по адресу вашей регистрации или на территории всей страны. Ниже приведена ссылка для онлайн-доступа к регистрационным формам для выбора личного врача. **Регистрационные формы для выбора врача общей практики — Национальная касса здравоохранительного страхования (НЗОК) nhif.bg;**
- Если вы временно находитесь в другом населенном пункте сроком до одного месяца и нуждаетесь в медицинской помощи по поводу острого заболевания, вы можете обратиться к любому врачу общей практики. Достаточно предоставить врачу вашу медицинскую страховую книжку (синюю книжку). Оплачивается только установленная потребительская такса;
- Если вы находитесь в другом городе от одного до пяти месяцев, медицинскую помощь можно получать у любого врача общей практики.

- Для этого необходимо приобрести в книжном магазине или распечатать с сайта НЗОК регистрационную форму для временного выбора личного врача. Форма заполняется застрахованным лицом и новоизбранным врачом общей практики.

КОГДА выбираем личного врача?

Первичный выбор личного врача можно сделать в любое время года.

КОГДА меняем личного врача?

Смена личного врача возможна два раза в год — в период с 1 по 30 июня или с 1 по 31 декабря календарного года. Это может быть сделано в случае неудовлетворенности предоставляемыми услугами или по другим причинам. Для смены необходимо заполнить регистрационную форму для постоянного выбора личного врача и предоставить ее новому врачу вместе с медицинской страховой книжкой (синей книжкой). Обслуживание новым врачом начинается со дня подписания регистрационной формы. Уведомлять предыдущего личного врача об изменении не требуется.

КАК выбираем личного врача?

- Каждый совершеннолетний член семьи имеет право самостоятельно выбрать личного врача. Для детей до 18 лет выбор осуществляют родители;
- Регистрация у врача общей практики (личного врача) осуществляется с помощью регистрационной формы для первичного выбора врача общей практики, которую можно бесплатно получить в РЗОК или скачать на сайте НЗОК. Новый врач общей практики заполняет свои личные данные, сведения о медицинской практике, а также указывает дату, когда застрахованное лицо осуществило свой выбор.

КТО выдает медицинскую страховую книжку (синюю книжку)?

Каждый застрахованный в системе здравоохранения гражданин получает от Районной кассы здравоохранительного страхования (РЗОК) страховую медицинскую книжку. В ней предусмотрены разделы для внесения данных о личном враче и враче-стоматологе.

СКОЛЬКО платим личному врачу ?

- За каждое посещение личного врача, врача специализированной амбулаторной помощи или врача по дентальной медицине, а также за каждый день пребывания в стационаре, но не более 10 дней в году, застрахованные лица оплачивают суммы, установленные Постановлением Совета Министров. По состоянию на ноябрь 2025 года, размер потребительской таксы составляет 2,90 лева (два лева и девяносто стотинок). Постановлением установлены сниженные размеры платежей за каждое посещение врача или врача-стоматолога для лиц, реализовавших право на пенсию по страховому стажу и возрасту.
- От уплаты потребительской таксы освобождаются:
 - ✓ лица, имеющие заболевания, указанные в перечне, утвержденном Национальной кассой здравоохранительного страхования (НЗОК), который должен быть размещен на видном месте в кабинете личного врача;
 - ✓ малолетние и/или несовершеннолетние;
 - ✓ нетрудоустроенные члены семьи, зарегистрированные в бюро по труду, независимо от того, получают ли они пособие;
 - ✓ ветераны войны и инвалиды войны;

- ✓ пациенты со злокачественными заболеваниями;
- ✓ медицинские специалисты;
- ✓ застрахованные лица, страдающие от заболеваний, в связи с которыми установлено снижение трудоспособности более чем на 71 % согласно экспертному решению Территориальной врачебной экспертной комиссии (ТЕЛК);
- ✓ социально незащищенные лица, получающие пособия в соответствии с Положением о применении Закона о социальной помощи;
- ✓ лица, размещенные в домах социального ухода;
- ✓ лица, находящиеся под стражей, задержанные на основании ст. 72 Закона о Министерстве внутренних дел;
- ✓ лица, задержанные на основании ст. 125, п. 1 Закона о Государственном агентстве «Национальная безопасность» а также лица, лишённые свободы;
- ✓ беременные женщины и роженицы — в течение 45 дней после родов.

ЛЕЧЕНИЕ у стоматолога

- Лица, имеющие непрерывное медицинское страхование, могут проходить лечение у любого врача по дентальной медицине, заключившего договор с НЗОК. При посещении стоматолога пациент должен предъявить свою медицинскую страховую книжку, в которую вносятся сведения о проведенных процедурах.
- За каждое посещение стоматолога застрахованные лица оплачивают сумму, установленную Постановлением Совета Министров. По состоянию на ноябрь 2025 года размер потребительской таксы составляет 2,90 лева (два лева и девяносто стотинок). Постановлением установлены сниженные суммы оплаты за каждое посещение врача или врача-стоматолога для лиц, реализовавших право на пенсию по страховому стажу и возрасту.

КАКИЕ стоматологические услуги покрываются НЗОК?

Пакет стоматологических услуг для лиц в возрасте до 18 лет, предоставляемых один раз в течение соответствующего календарного года:

- комплексный осмотр с составлением орального статуса;
- пломба из амальгамы или химического композита;
- удаление временного или постоянного зуба с анестезией;
- лечение пульпита или периодонтита временного зуба;
- лечение пульпита или периодонтита постоянного зуба.

Специализированная хирургическая амбулаторная стоматологическая помощь для лиц до 18 лет:

- специализированный комплексный осмотр;
- рассечение соединительнотканых лож, включая анестезию;
- удаление глубоко разрушенного или сломанного зуба, включая анестезию;
- контрольный осмотр после одной из двух вышеуказанных процедур.

ВАЖНО!

- Лица с психическими расстройствами, а также несовершеннолетние, не имеют ограничений при проведении стоматологических процедур под общей анестезией. Эти услуги полностью покрываются НЗОК и не требуют доплаты со стороны пациента.
- Малолетние и несовершеннолетние лица, находящиеся в домах медико-социальных услуг, специализированных школах, детских домах или воспитательных учреждениях для детей, лишенных родительской опеки, а также лица, находящиеся под стражей, имеют право на получение тех же стоматологических услуг полностью бесплатно.

Пакет стоматологических услуг для лиц старше 18 лет:

- комплексный осмотр с составлением орального статуса — один раз в течение календарного года, включая однократный дополнительный осмотр для беременных женщин;
- пломба из амальгамы или химического композита;
- удаление постоянного зуба с анестезией.

Специализированная хирургическая амбулаторная стоматологическая помощь лицам старше 18 лет:

- специализированный комплексный осмотр;
- рассечение соединительнотканых лож, включая анестезию;
- удаление глубоко разрушенного или сломанного зуба, включая анестезию;
- контрольный осмотр после одной из двух вышеуказанных процедур.

ВАЖНО!

НЗОК покрывает также услуги по восстановлению функций жевательного аппарата при полной потере зубов — изготовление верхнего и нижнего съемных протезов один раз в четыре года, включая контрольные осмотры в течение двух месяцев после их установки. С 1 мая 2024 года НЗОК частично покрывает стоимость изготовления медицинского изделия — полной съемной верхней / нижней пластиночной протезы.

ВТОРОЙ шаг: Оплата медицинского страхования

КТО оплачивает страховые взносы?

- Размер страхового взноса составляет 8% от дохода и распределяется между работодателем и работником в соотношении 60 к 40;
- Страховые взносы за лиц в возрасте до 18 лет, а также за женщин старше 63 лет и мужчин старше 65 лет уплачиваются государством. Государство также оплачивает взносы за студентов очной формы обучения, инвалидов войны, лиц, пострадавших от природных бедствий и аварий, безработных, получающих пособие по безработице, лиц, находящихся под стражей или лишенных свободы, а также за лиц, временно нетрудоспособных вследствие болезни, беременности, родов или ухода за малолетним ребенком;
- Лица, самостоятельно уплачивающие взносы на медицинское страхование, несут личную ответственность за их своевременное внесение. Права на пользование медицинским страхованием приостанавливаются, если не уплачено более трех

ежемесячных взносов в течение 36 месяцев, предшествующих месяцу, в котором была оказана медицинская помощь.

ЧТО получаем в обмен на уплаченные страховые взносы?

Основной пакет медицинского страхования включает:

- **Первичную амбулаторную медицинскую помощь** — мероприятия по укреплению и профилактике здоровья; оценку факторов риска; скрининговые услуги и вакцинацию; диагностические и лечебные процедуры, домашние визиты и медицинскую экспертизу.
- **Специализированную амбулаторную медицинскую помощь** — консультации, профилактические осмотры, амбулаторные скрининговые услуги, приемы у специалистов, 64 заранее определенных высокоспециализированные процедуры и 184 вида диагностических исследований.
- **Амбулаторную стоматологическую помощь** — для детей и взрослых.
- **Стационарную медицинскую помощь** (лечение в больнице) — по **267 клиническим путям** (госпитализация более 48 часов); **6 клиническим процедурам продолжительностью до 24 часов и 47 амбулаторным процедурам, не требующим госпитализации.**

Подробный перечень предоставляемых медицинских услуг содержится в действующем на соответствующий год Национальном рамочном договоре, опубликованном на сайте НЗОК — <https://nhif.bg/bg/nrd>

КОГДА оплачиваются страховые взносы?

Взносы на медицинское страхование необходимо вносить **не позднее 25-го числа месяца, следующего за тем, за который возникло обязательство по их уплате.** Права на пользование медицинским страхованием у граждан, самостоятельно уплачивающих страховые взносы, приостанавливаются, если не уплачено **более трех ежемесячных взносов в течение 36 месяцев.**

ГДЕ оплачиваются страховые взносы?

- в ближайшем офисе НАП;
- в любом банке — через платежное поручение;
- в любом почтовом отделении — посредством почтового перевода;
- в кассах Easy Pay по ЕГН или ЛНЧ;
- через онлайн-услугу НАП «Справка о задолженностях с возможностью оплаты», доступную с квалифицированной электронной подписью (КЕП) или персональным идентификационным кодом (ПИК)*.

****Преимущества использования КЕП и ПИК:***

Регистрация и пользование услуг НАП с помощью КЕП или ПИК предоставляет следующие возможности:

- просмотр суммы задолженностей до совершения платежа;
- автоматическое заполнение данных для идентификации лица и указания вида обязательств, подлежащих оплате;
- доступ к истории всех произведенных платежей через данную услугу.

Если взнос уплачен в установленный срок — **до 25-го числа месяца, следующего за отчетным,** его размер составляет **43,08 лв. в месяц.** При несвоевременной уплате взносов следует рассчитать сумму начисленных процентов с помощью калькулятора

процентов по просроченным платежам, размещенного на сайте НАП:
<https://portal.nra.bg/details/health-calculator-2>

КАК проверить свой страховой статус

- на сайте НАП по ЕГН или ЛНЧ - <https://portal.nra.bg/details/health-insu-status>
- по тел. **0700 18 700** – Информационный центр НАП;
- в офисе НАП.

КАК восстановить свои права на медицинское страхование?

Если ваши права на медицинское страхование были приостановлены — то есть за последние 36 месяцев вы пропустили более трех ежемесячных взносов, — для их восстановления необходимо уплатить все задолженные взносы за последние пять лет (60 месяцев). Права восстанавливаются с даты внесения полной суммы задолженности.

Если вы уже оплатили все страховые взносы, но информация об этом еще не обновлена в системе, а вам требуется срочная госпитализация, вы можете обратиться в офис НАП по месту постоянной регистрации и запросить удостоверение о наличии действующих (непрерывных) прав на медицинское страхование. Этот документ предъявляется в лечебное учреждение. Для получения удостоверения необходимо представить платежные документы (квитанции), подтверждающие внесенные страховые взносы. Срок действия удостоверения составляет три месяца, начиная с месяца восстановления прав. В течение этого периода вы имеете право на получение медицинской помощи, предусмотренной системой государственного медицинского страхования.

СКОЛЬКО составляет взнос на медицинское страхование?

- Размер взноса на медицинское страхование определяется как процент от дохода, с которого он начисляется. Конкретный размер устанавливается ежегодно Законом о бюджете НЗОК.
- Размер обязательного взноса на медицинское страхование в 2025 году составляет 8 %. Распределение страховых взносов между страхователем (работодателем) и застрахованным лицом (работником) осуществляется в соотношении 60 к 40, то есть 4,8 % за счет работодателя и 3,2 % за счет работника. Для лиц, самостоятельно уплачивающих страховые взносы — размер взноса полностью оплачивается за их собственный счет и составляет **43,08 лева** в месяц. Обязанность по самостоятельной уплате взносов распространяется также на лица, не имеющие трудовых или приравненных к ним доходов.

Важно!

Если в течение последних 36 месяцев вы пропустили уплату более трех обязательных ежемесячных взносов на медицинское страхование, ваши права на медицинское страхование приостанавливаются, и вы обязаны оплатить полную стоимость оказанной медицинской помощи.

Согласно Закону о здравоохранении, вне системы обязательного медицинского страхования гражданам, включая иностранных граждан, получивших временную защиту или гуманитарный статус, бесплатно предоставляются следующие виды медицинской помощи:

- медицинская помощь в экстренных случаях;
- акушерская помощь для всех женщин, не имеющих медицинского страхования;
- стационарная психиатрическая помощь;
- трансплантация органов, тканей и клеток;
- экспертиза степени инвалидности и стойкой утраты трудоспособности;
- вакцинация в рамках обязательных иммунизаций и ревакцинаций.

ТРЕТИЙ шаг: Доступ к врачам-специалистам амбулаторной медицинской помощи

- **Через личного врача (семейного врача).** По его усмотрению пациенту **выдается медицинское направление для консультации или проведения совместного лечения**, действительное в течение 30 календарных дней с даты его выдачи. Повторный (вторичный) осмотр у специалиста может быть проведен в срок до 30 календарных дней со дня первичного осмотра. Прием у специалиста оплачивается за счет средств НЗОК, однако пациент уплачивает потребительскую таксу в размере 2,90 лв. (по состоянию на ноябрь 2025 г.). От ее уплаты освобождаются пациенты, страдающие заболеваниями, указанными в ст. 371, п. 1 Закона о медицинском страховании. Для пенсионеров размер таксы снижен.
- **Посещение специалиста также возможно напрямую — на платной основе.**

ВАЖНО!

Врачи общей практики (личные врачи) обязаны обеспечивать своим застрахованным пациентам круглосуточный доступ к медицинской помощи одним из следующих способов:

- путем заключения договора с лечебным учреждением, располагающим дежурным кабинетом: групповой практикой первичной медицинской помощи, групповой практикой специализированной медицинской помощи, медицинским центром или диагностико-консультативным центром;
- самостоятельно, посредством круглосуточного обеспечения консультаций по телефону, в амбулатории или, по усмотрению врача, на дому у пациента.

ЧЕТВЕРТЫЙ шаг: Получение медицинской помощи

КТО имеет право на получение медицинской помощи в рамках пакета услуг, гарантированных бюджетом НЗОК?

Все застрахованные лица имеют равные права и равный доступ к оказанию амбулаторной, стационарной и стоматологической помощи, независимо от расы,

национальности, этнической принадлежности, пола, происхождения, вероисповедания, уровня образования, политических убеждений или социального положения.

КТО оказывает медицинскую помощь?

Медицинская помощь в рамках национального медицинского страхования предоставляется врачами и/или лечебными учреждениями, имеющими заключенный договор с НЗОК.

ЧТО могут включать в себя медицинские услуги?

- скорая медицинская помощь;
- первичная амбулаторная медицинская помощь;
- специализированная амбулаторная медицинская помощь;
- медико-диагностические исследования;
- высокоспециализированные медицинские услуги;
- стоматологическая помощь;
- стационарная помощь.

ГДЕ получаем медицинскую помощь?

В Болгарии

- **Экстренная медицинская помощь** – при жизнеугрожающих состояниях (авария, инфаркт и др.), представляющих неотложный случай; оказывается по телефону 112 или при самостоятельном обращении в отделение **Скорой медицинской помощи**.
- **Неотложная помощь** – при состояниях, не представляющих угрозы для жизни; оказывается **личным врачом** или **дежурным врачом** (указанным личным врачом);
- **Стационарное лечение** – назначается **личным врачом** или **врачом-специалистом** и проводится в **медицинских учреждениях, заключивших договор с НЗОК**;
- **Домашнее лечение** – назначается **личным врачом** или **врачом-специалистом** и осуществляется на дому у пациента.

В Европейском Союзе

- **Экстренную и неотложную медицинскую помощь** можно получить, позвонив по телефону 112;
- **Стационарное лечение** предоставляется только **по назначению местного врача или по направлению болгарского медицинского учреждения**.

КАК получить лечение в больнице?

- **Через личного врача**, который проведет осмотр и оценит необходимость госпитализации. При наличии показаний он выдаст соответствующее направление, действительное в течение 30 календарных дней с даты его оформления;
- **Если состояние пациента тяжелое или угрожает жизни, он может непосредственно вызвать скорую помощь по телефону 112.** Медицинский специалист на месте оценит состояние и, при необходимости, организует транспортировку в ближайшее лечебное учреждение, где возможно проведение лечения;

- Если пациент самостоятельно обратился в отделение **Скорой медицинской помощи**, и будет установлено, что ему требуется лечение, его направят в больничное учреждение, способное оказать необходимую помощь;
- Помимо личного врача, пациент может получить **информацию о больницах и клинических направлениях (клинических путях), по которым они сотрудничают с Национальной кассой здравоохранительного страхования, по телефону горячей линии НЗОК: 0800 14 800.**

ЧТО оплачивают застрахованные пациенты в больнице?

Все лица, имеющие медицинскую страховку, имеют право на получение стационарной медицинской помощи в лечебных учреждениях, заключивших договор с Национальной кассой здравоохранительного страхования (НЗОК). Пациенты не оплачивают медицинские услуги, покрываемые кассой, за исключением следующих случаев:

- Потребительская такса за пребывание в лечебном учреждении;
- Лекарственные препараты, расходные материалы и медицинские изделия, которые не покрываются или покрываются частично НЗОК;
- Дополнительные услуги — например, выбор лечащего врача и/или медицинской бригады, индивидуальный пост медсестры, отдельная палата, сопровождение, питание по индивидуальному выбору и другие удобства.

ВАЖНО!

Застрахованные лица оплачивают установленную постановлением Совета Министров сумму за каждый день пребывания в стационаре, но не более чем за 10 дней в году. **В 2025 году размер этой суммы составляет 5,80 лв. в день.**

От уплаты потребительской таксы освобождаются:

- Дети в возрасте до 18 лет;
- Беременные женщины и роженицы — до 45-го дня после родов;
- Социально незащищенные лица;
- Ветераны войны и военнослужащие-инвалиды;
- Онкологические пациенты;
- Медицинские специалисты;
- Инвалиды;
- Лица, задержанные под стражей на основании ст. 72 Закона о МВД;
- Лица, задержанные на основании ст. 125, п. 1 Закона о Государственном агентстве «Национальная безопасность», а также лица, лишенные свободы.

ВАЖНО!

Дополнительно запрашиваемые услуги оформляются в письменной форме пациентом, который заявляет, что сделал свой выбор после ознакомления с установленным прейскурантом услуг, предоставляемых лечебным учреждением.

Оплата или доплата за медицинские расходные материалы и/или медицинские изделия в больничном учреждении

- **Медицинское учреждение обязано информировать пациентов на месте** – как правило, на информационном стенде, размещенном на видном месте, где размещены сведения о стоимости предлагаемых услуг и расходных материалов.
- **Некоторые медицинские изделия оплачиваются НЗОК лишь в пределах установленной стоимости.** НЗОК покрывает расходы только на те медицинские изделия, которые применяются при стационарном лечении и включены в так называемый «Список медицинских изделий, оплачиваемых НЗОК в условиях стационарной медицинской помощи». Список опубликован на сайте НЗОК. Если пациент желает использовать более дорогостоящее медицинское изделие, он оплачивает разницу между его стоимостью и суммой, покрываемой кассой.

КАК подать жалобу, если нарушены наши права как застрахованных лиц?

- В случае нарушения прав лиц, имеющих обязательное медицинское страхование, связанных с оказанием медицинской или стоматологической помощью, оказываемой врачами, стоматологами или лечебными учреждениями для стационарного лечения, заключившими договор с НЗОК, граждане имеют право подать **письменную жалобу директору НЗОК или в РЗОК по месту жительства;**
- Для консультаций и подачи сигналов застрахованные граждане могут обратиться в приемные **Районной кассы медицинского страхования (РЗОК) по месту жительства;**
- **Позвонить по телефонам РЗОК** в отделы по работе с гражданами для получения информации;
- Посетить приемную Национальной кассы здравоохранительного страхования (НЗОК) в г. София, ул. «Кричим», №1, или позвонить в Центр медицинской информации НЗОК по тел. 0800 14 800.

ПЯТЫЙ шаг: Профилактика

Чтобы быть здоровыми, необходимо постоянно заботиться о себе и принимать меры для защиты от различных инфекционных заболеваний. Это называется **профилактикой**.

Меры, предпринимаемые государством и каждым из нас для снижения риска распространения заболеваний, также относятся к профилактике.

Одним из наиболее эффективных способов защиты от инфекций являются **вакцины**. Благодаря вакцинации в Болгарии на протяжении десятилетий отсутствуют случаи оспы, дифтерии, полиомиелита, а такие заболевания, как туберкулез, значительно ограничены.

ГДЕ?

1. Получить информацию о вакцинации — ваш личный врач предоставит сведения о обязательных и профилактических прививках;

2. Получить информацию и пройти обследование на ВИЧ/СПИД — можно в кабинетах анонимного и бесплатного консультирования и тестирования (КАБКИС) на ВИЧ/СПИД, действующих при РЗИ;

3. Получить информацию и пройти обследование на заболевания, передающиеся половым путем — у личного врача или у специалиста, к которому он направит (гинеколог, уролог, дерматовенеролог);

4. Получить информацию и пройти обследование на гепатит — у личного врача.

КОГДА следует пройти обследование?

При малейшем подозрении на возможное заражение, поскольку лечение заболеваний на ранней стадии значительно более эффективно!

КОГДА необходимо делать прививки?

В Болгарии действует **Национальный календарь иммунизации**, в который включены обязательные вакцины. Они предоставляются пациентам **бесплатно** и проводятся **личным врачом**. Для лиц, которые еще не выбрали личного врача, обязательные иммунизации и ревакцинации могут быть выполнены **бесплатно** в любой **Региональной инспекции здравоохранения (РЗИ)** на территории областных центров.

ИММУНИЗАЦИИ

- Все новорожденные проходят вакцинацию **против гепатита В** в течение **первых 24 часов после рождения**, а также **против туберкулеза (БЦЖ)** — начиная с **48-го часа после рождения** и до **выписки из родильного дома**.
- Начиная со **второго, третьего и четвертого месяцев жизни**, детям проводятся прививки **против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, гемофильной инфекции тип В и пневмококковых инфекций**, а также **против гепатита В**, если вакцина против гепатита В входит в состав **многокомпонентной вакцины**;
- Если вакцина против гепатита В **не входит** в состав многокомпонентной вакцины, **вторая доза** вводится в **возрасте одного месяца**, а **третья — в возрасте шести месяцев**;
- **Вакцинация против пневмококковой инфекции не проводится** детям, родившимся после **31 декабря 2019 года**;
- Детям в **возрасте от 7 до 10 месяцев**, у которых **отсутствует рубец** от вакцинации **БЦЖ**, проводится **вакцинация БЦЖ** после **отрицательной туберкулиновой пробы**;
- Начиная с **тринадцатого месяца жизни**, проводится вакцинация **комбинированной вакциной** против **кори, краснухи и эпидемического паротита**.

РЕИММУНИЗАЦИЯ

- **С 12-го месяца жизни** — реиммунизация против пневмококковой инфекции, но не ранее чем через 6 месяцев после введения третьей дозы детям, рожденным до 1 января 2020 года, и второй дозы — детям, рожденным после 31 декабря 2019 года;
- **С 16-го месяца жизни** — реиммунизация против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита и гемофильной инфекции тип В, но не ранее чем через 12 месяцев после введения третьей дозы;
- **В возрасте 6 лет** — реиммунизация против дифтерии, столбняка, коклюша и полиомиелита;
- **В возрасте 7 лет** — реиммунизация против туберкулеза для детей с отрицательной туберкулиновой пробой;
- **В возрасте 12 лет** — реиммунизация против кори, краснухи и эпидемического паротита, а также против дифтерии, столбняка и коклюша;
- **В возрасте 17 лет** — реиммунизация против дифтерии и столбняка;

- По достижении **25-летнего возраста**, а также каждые 10 лет после этого проводится реиммунизация против дифтерии и столбняка.

ВАЖНО!

Помимо обязательных прививок, существуют так называемые **рекомендованные прививки для детей и взрослых**.

С ноября 2012 года в Болгарии введена необязательная вакцинация против **ВПЧ (вируса папилломы человека)**, которая предотвращает развитие рака шейки матки. Вакцина предоставляется бесплатно для девочек, достигших 12-летнего возраста.

Не являются обязательными также прививки против коронавируса, гриппа и ветряной оспы.

Для детей рекомендуются дополнительно: **вакцина против ротавирусных инфекций, вакцина от менингококковых инфекций, иммунизация против гепатита А**.

Для граждан, выезжающих в страны, где существует **повышенный риск заражения инфекционными заболеваниями**, проводится вакцинация против брюшного тифа, желтой лихорадки, дифтерии, бешенства и других болезней. **Эти вакцины предоставляются на платной основе!**

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ

ЧТО включает обязательный профилактический пакет, оплачиваемый НЗОК?

Для всех застрахованных граждан старше 18 лет — как женщин, так и мужчин — **профилактический осмотр включает:**

- сбор анамнеза и проведение полного клинического осмотра;
- оценку психического состояния;
- проверку остроты зрения (ориентировочно, без определения диоптрий);
- измерение артериального давления;
- электрокардиограмму (ЭКГ);
- анализ мочи с использованием тест-полосок на наличие: белка, глюкозы, кетоновых тел, уробилиногена/билирубина и определение pH;
- определение уровня глюкозы в крови при наличии факторов риска. Оценка риска развития сахарного диабета проводится всем лицам старше 18 лет по методике FINDRISK (Опросник для оценки вероятности развития сахарного диабета в течение последующих 10 лет).

Остальные исследования, включенные в объем профилактического осмотра, зависят от возрастной группы. Например:

- **С 20 до 65 лет** (мужчины и женщины) общий анализ крови (ОАК), показатели АСАТ и АЛАТ (печеночные пробы), креатинин, анализ мочи (химическое исследование и микроскопия осадка), мочевиная кислота — один раз в пять лет. Определение поверхностного антигена гепатита В с помощью экспресс-теста и антител к гепатиту С — в возрасте 40, 45, 50, 55 и 60 лет;
- **женщины с 30 лет** — ежегодное мануальное обследование молочных желез;
- **женщины от 30 до 40 лет** — осмотр у акушера-гинеколога с взятием и направлением материала для цитологического исследования (цитонамазка) ежегодно; после двух отрицательных результатов — один раз в три года;

- **мужчины старше 40 лет и женщины старше 50 лет** — определение уровня холестерина и триглицеридов один раз в пять лет;
- **мужчины с 45 лет** — ежегодное исследование опухолевого маркера **PSA** (общий и свободный) для раннего выявления рака предстательной железы;
- **женщины от 30 до 50 лет** — могут проходить ультразвуковое исследование молочных желез **один раз в два года**;
- **женщины от 45 до 69 лет включительно** — могут проходить маммографию каждые два года, а при наличии повышенного риска — **ежегодно**;
- **лица старше 65 лет (мужчины и женщины)** — общий анализ крови ежегодно, определение уровня триглицеридов и холестерина — **один раз в пять лет**;
- **женщины 70 лет и старше** имеют право на **профилактический осмотр и маммографию один раз в три года**.

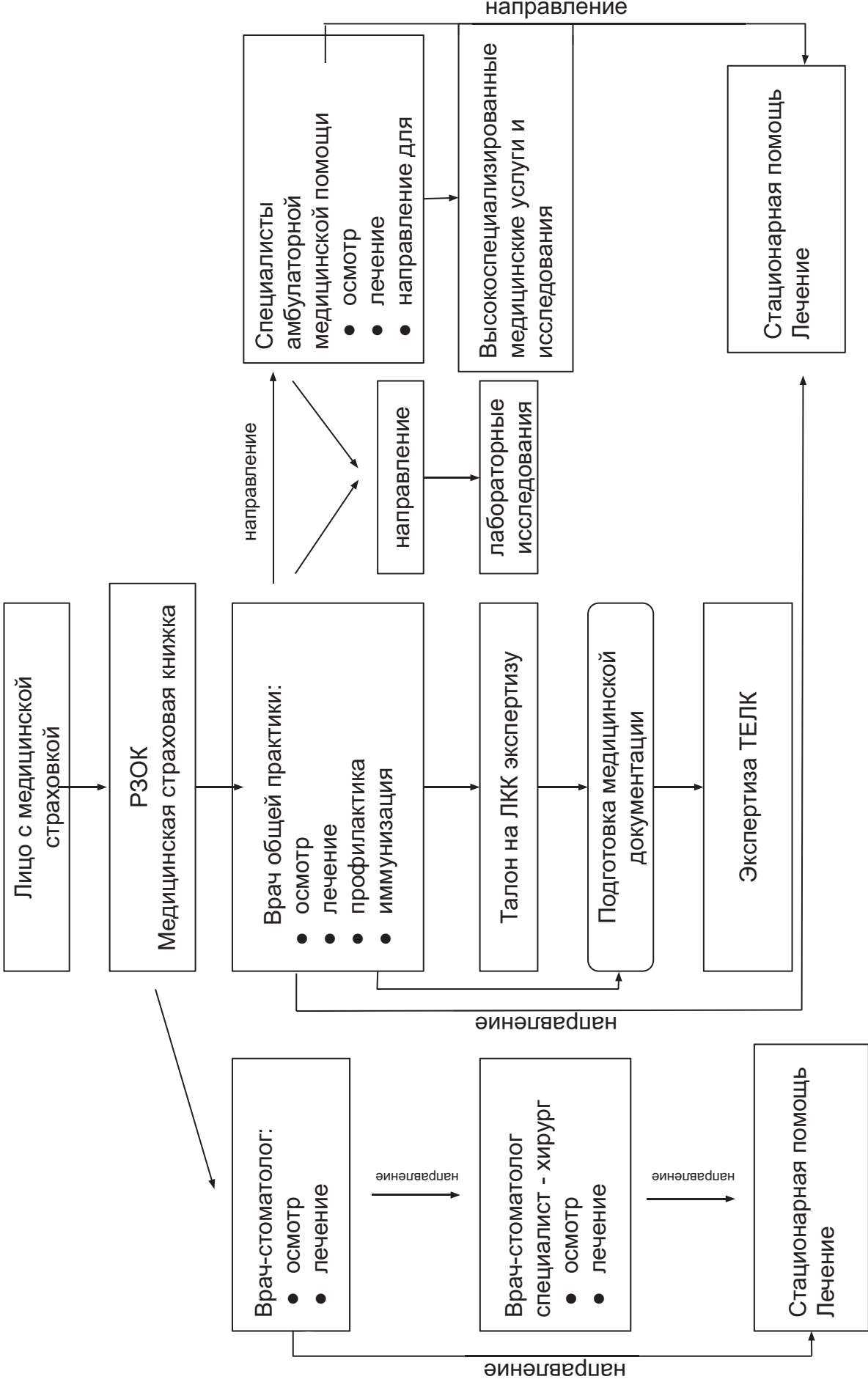
ВАЖНО!

- **Анализ уровня холестерина, триглицеридов, глюкозы в крови, электрокардиограмма (ЭКГ), маммография и тест PSA**, выполненные в течение календарного года по другому медицинскому поводу, не проводятся повторно в рамках профилактического осмотра.
- **Каждые пять лет все застрахованные лица старше 40 лет** имеют право на профилактический осмотр с расширенным пакетом лабораторных исследований, включая **тестирование на инфекции вирусов гепатита В и С**.
- С целью профилактики социально значимых и приоритетных для страны заболеваний при проведении профилактического осмотра граждан старше 18 лет врач общей практики формирует группы пациентов с факторами риска развития **сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и злокачественных новообразований**. При необходимости таким пациентам выдаются направления на дополнительные исследования или консультацию у специалиста.

Не забывайте: Ваше здоровье — в ваших руках!

Именно от вас зависит, сможете ли вы предотвратить развитие серьезных заболеваний или обнаружить их вовремя.

Маршрут пациента



***1.** Основной диагноз по МКБ
(Международная статистическая классификация
болезней и проблем, связанных со здоровьем)

***2.** Терапия

***3.** Пациент (родитель, опекун, усыновитель) (подпись)

***4.** Врач (подпись и личная печать и/или печать
медицинского учреждения)

РЕЦЕПТУРНА БЛАНКА	
За еднократно предписване	За многократно предписване

Министерство на здравеопазването

Медицински специалист (име).....

УИН

***1**

 (наименование на лечебното заведение)

гр.(с.)адрес

дата на издаване на рецептата:

Рр.

***2**

Медицински специалист.....

(подпис)
(печат)

За
 (име на пациента) (възраст)

от гр. (с.)

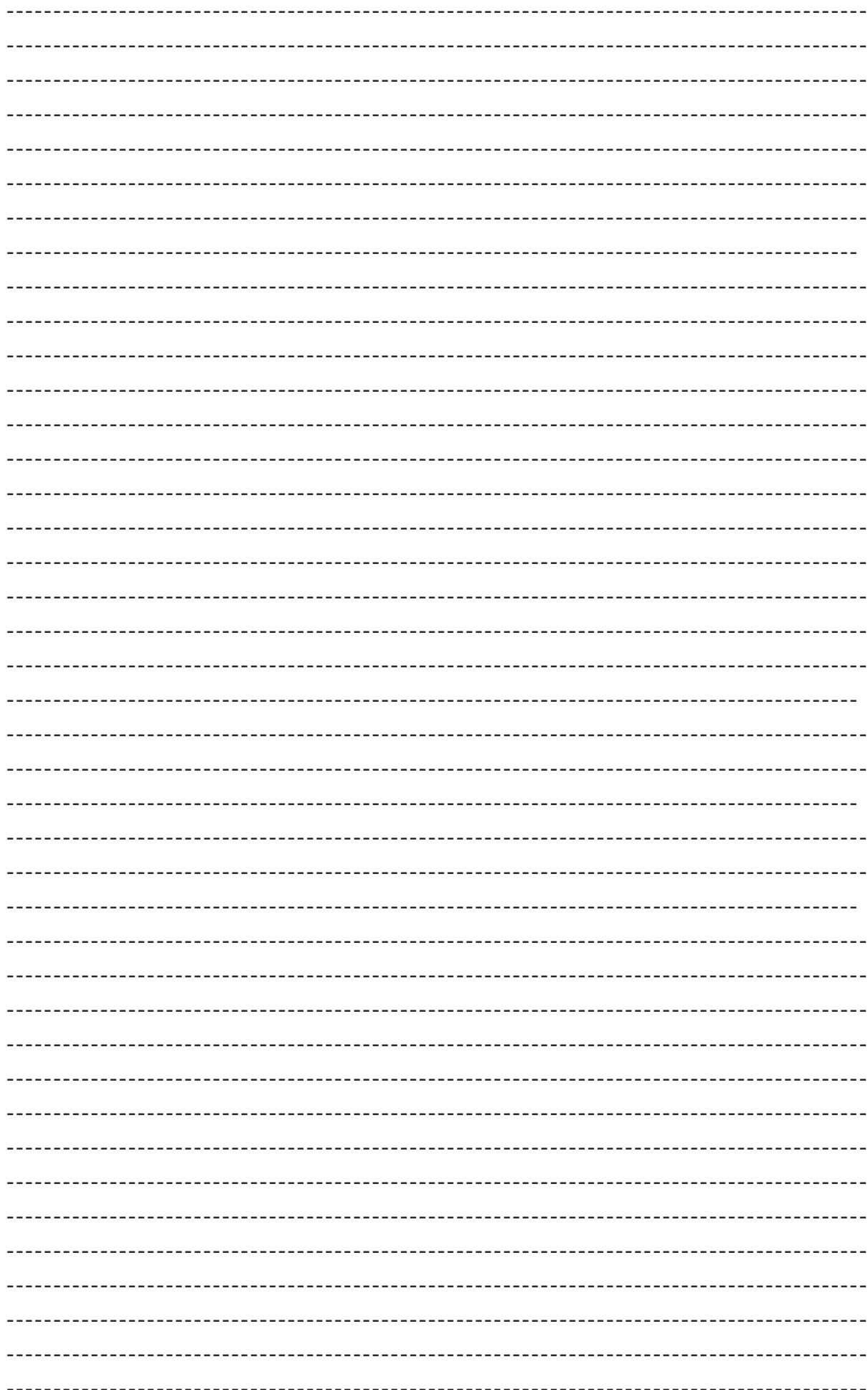
ул. (обл.).....

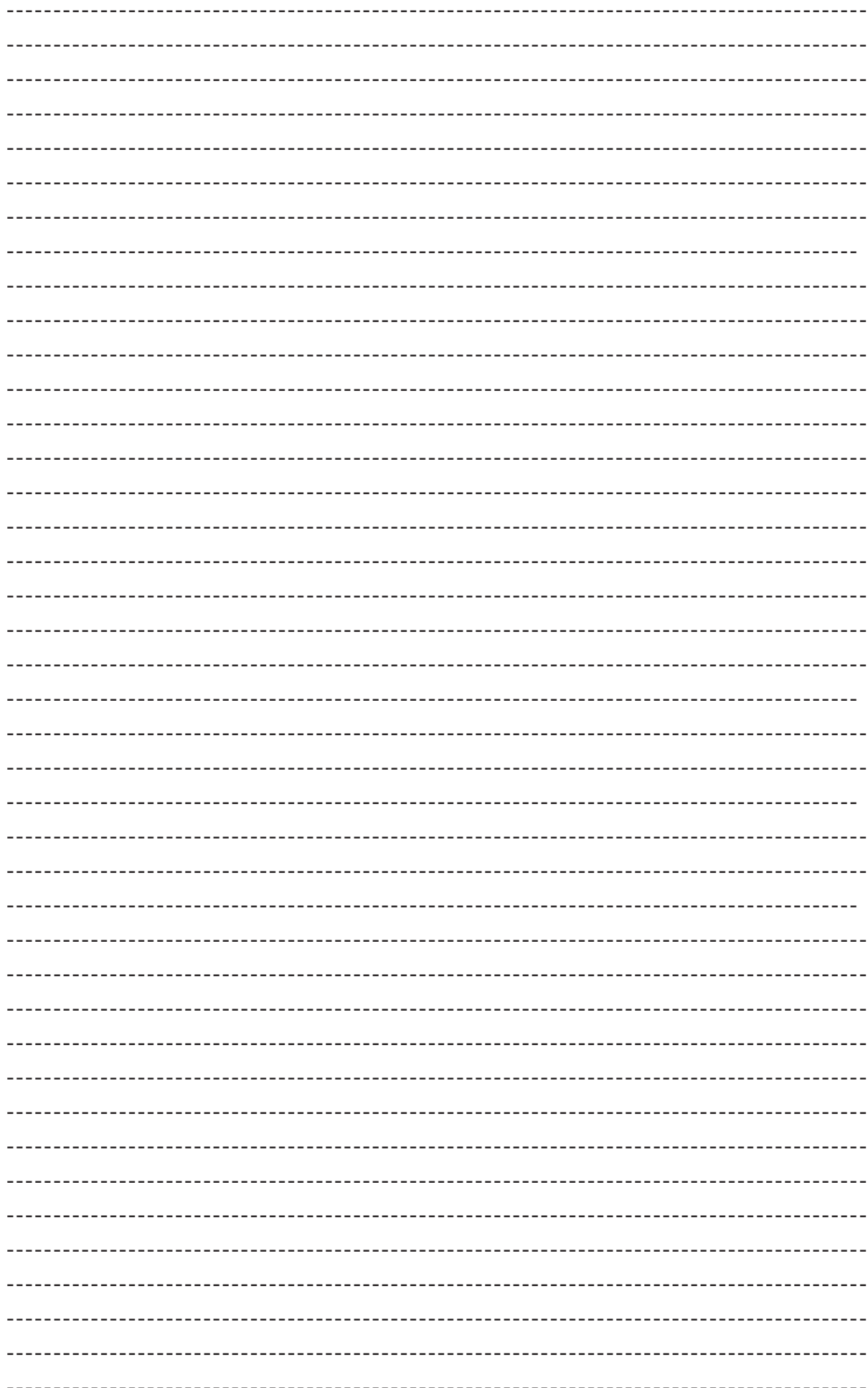
**РАЙОННЫЕ КАССЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (РЗОК),
АДРЕСА И ТЕЛЕФОНЫ**

№	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	066 819 523
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 67040
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

**РЕГИОНАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИНСПЕКЦИИ (РЗИ),
АДРЕСА И ТЕЛЕФОНЫ**

№	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







Funded by
the European Union



ПРОЕКТ
„ПАРТНЕРСТВО С МОМ И ЕС ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ
БЕЖЕНЦЕВ И ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ ИЗ УКРАИНЫ“