

Национална кампания за пациентски политики



**КАК ДА ПОЛЗВАМЕ
МЕДИЦИНСКА
ПОМОЩ, ЗАПЛАТЕНА
ОТ ЗДРАВНАТА КАСА**

Избор на личен лекар

За да ползваме медицинска помощ, както и да получаваме лекарства за домашно лечение, заплатени от здравната каса, трябва да си изберем общопрактикуващ лекар (той се нарича още личен лекар). Към него се обръщаме винаги, когато имаме здравословен проблем и се нуждаем от консултация, изследвания, домашно или болнично лечение, както и за предписване на лекарства. Първоначален избор на личен лекар може да бъде направен по всяко време на годината.

За да изберем личен лекар, трябва да попълним „Регистрационна форма за първоначален избор на общопрактикуващ лекар“. Формата ще получим от районните здравноосигурителни каси (РЗОК), в близост до местата, в които живеем или от официалната интернет страница на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) – www.nhif.bg – меню „Вие питате“.

Личен лекар може да ни стане всеки общопрактикуващ лекар, сключил договор с НЗОК.

От личния си лекар получаваме личната си здравноосигурителна книжка, която трябва да предоставяме на зъболекаря, когато имаме нужда от дентална помощ.

Как да отидем на преглед при лекар специалист?

Личният лекар преценява дали се нуждаем от консултация с лекар специалист. Той ни изпраща с талон-направление при лекар със съответната специалност. Направлението може да се използва до 30 календарни дни от издаването му.

Лекарят специалист ни преглежда и - ако са необходими допълнителни изследвания, издава направление за тях. Той назначава лечение. Лекарят специалист може да ни прегледа без ново направление до 30 дни след датата на първия преглед при него. В този случай не е необходимо да ни връща при личния лекар за ново направление.

На какви прегледи и изследвания имат право децата, бременните жени и здравноосигурените граждани над 18-годишна възраст?

Националната здравноосигурителна каса е разработила програма „Детско здравеопазване“, в която са включени профилактични дейности - различни прегледи, изследва-

ния и имунизации. Наблюдението се провежда от личния лекар на детето. Ако личният му лекар не е педиатър, по желание на родителите, за наблюдение по програма „Детско здравеопазване“ може да бъде избран лекар със специалност „Педиатрия“. За целта общопрактикуващият (личният) лекар трябва да издаде „Направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл.МЗ-НЗОК №3). Само личният лекар може да извършва имунизациите на детето съгласно имунизационния календар, а педиатърът го наблюдава единствено по програма „Детско здравеопазване“.

Деца до 18-годишна възраст имат неограничен достъп до детски профилни специалисти. Личният лекар не може да откаже направление за консултация с лекар специалист **еднократно за всяко остро заболяване (когато това се налага)**.

До 28-ия ден от раждането, детето се посещава в дома от личния лекар, както следва:

- в първите 24 часа след изписването му от лечебното заведение, където се е родило;

и

- между 14-я и 20-я ден.

Направеното домашно посещение от личния лекар не се заплаща от родителите.

Периодично, в съответствие с програма „Детско здравеопазване“, лекарят извършва необходимите прегледи и изследвания, които са безплатни. Те са съобразени със съответната възраст на детето.

Програмата „Майчино здравеопазване“ на НЗОК включва прегледи и изследвания за проследяване на бременността. **Бременните имат право сами да определят кой ще наблюдава бременността им.**

Това може да бъде както общопрактикуващият им лекар, така и специалист по акушерство и гинекология. Наблюдението на бременността от специалист по акушерство и гинекология се извършва с „Медицинско направление“ (бл. МЗ – НЗОК №3), издадено от общопрактикуващия (личния) лекар, еднократно за срока на бременността и първите 42 дни след раждането. Ако бременната поиска да смени акушер-гинеколога, личният лекар следва да издаде ново направление за смяна на лекаря специалист по всяко време.

При рискова бременност програмата се изпълнява само от акушер-гинеколог.

Всички здравноосигурени граждани над 18-годишна възраст имат право на един профилактичен преглед годишно. Той се извършва от личния лекар.

Профилактичният преглед включва: изчисляване на индекса на телесната маса, оценка на психичния статус, изследване на остротата на зрението, измерване на артериалното налягане, електрокардиограма, изследване на урина с тест-ленти в кабинет за: протеин, глюкоза, кетонни тела, уробилиноген/билирубин, рН, определяне на кръвна захар в лаборатория при наличие на рискови фактори.

Останалите изследвания, включени в обема на профилактичния преглед, са в зависимост от възрастовата група, в която попада пациентът.

В различните възрастови групи са предвидени различни изследвания. Напр. веднъж на 2 години на мъжете, които са навършили 50 години, се изследва т. нар. простатноспецифичен антиген (PSA), а на жените (от 50 до 69 г.) се пра-

ви мамография (за целта личният лекар издава бланка МЗ-НЗОК №4). Ако в хода на годината на осигурените са им направени всички тези изследвания по друг повод - примерно заради заболяване, те не трябва да се правят повторно.

Медико-диагностични изследвания

Направление за медико-диагностични изследвания се издава от общопрактикуващия лекар или от лекаря специалист. Високоспециализирани медико-диагностични изследвания (ВСМДИ) се назначават само от лекари специалисти. За ВСМДИ: „Мамография на двете млечни жлези“ от пакет „Образна диагностика“, „Хормони: fT4, TSH“, „Туморен маркер: PSA“ и „Изследване на урина - микроалбуминурия“ от пакет „Клинична лаборатория“, се допуска назначаването им от общопрактикуващ лекар или от лекар специалист.

Изследванията се извършват в лаборатория, сключила договор с НЗОК. Направлението можем да използваме до 30 календарни дни от издаването му. Имаме право да извършим изследването в лечебно заведение на територията на цялата страна, след като представим направлението.

Преглед при зъболекар

Можем да посетим всеки лекар по дентална медицина, сключил договор със здравната каса. Представяме му личната си здравноосигурителна книжка, в която той вписва какви лечебни дейности от договорените със здравната каса ни е извършил.

Здравноосигурени лица над 18-годишна възраст имат право на обстоен преглед със снемане на зъбен статус веднъж за съответната календарна година и еднократен допълнителен преглед за бременни; до 2 лечебни дейности за съответната календарна година - obturации, екстракции в различните им комбинации. Здравноосигурените винаги доплащат - за преглед 1.80 лв., а за пломбите и за екстракциите на зъби – по 4.00 лв. Екстракцията (ваденето на зъб) е с анестезия (упойка).

Може да ползваме и специализирана хирургична извънболнична дентална помощ за лица над 18-годишна възраст, частично заплащана от НЗОК: специализиран обстоен преглед, при който доплащаме 1.80 лв; инцизия в съединителнотъканни ложи, вкл. анестезия – допла-

щаеме 7.50 лв; екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, вкл анестезия – доплащаме 13.50 лв.; контролен преглед след някоя от горните две дейности, за който доплащаме 0.80 лв.

Здравноосигурени лица до 18-годишна възраст имат право на обстоен преглед със снемане на зъбен статус веднъж за съответната календарна година и еднократен допълнителен преглед за бременни, както и на до 4 лечебни дейности за съответната календарна година, като в тях се включват до две лечения на пулпит или периодонтит на постоянен зъб.

За обстоен преглед със снемане на зъбен статус пациентът на възраст до 18 години доплаща 1.80 лв., за obtурация с амалгама или химичен композит (пломба), екстракция на временен и на постоянен зъб с упойка - не заплаща допълнително, за лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб доплаща 4.70 лв., а за лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб доплаща 12.30 лв.

Пакетът дейности за лица на възраст до 18 години може да бъде получен както от общо-

практикуващ зъболекар, така и от лекар специалист по детска дентална медицина. За посещение при специалист по детска дентална медицина не е необходимо насочване, достъпът е свободен.

Здравноосигурените до 18 – годишна възраст могат да получат и специализирана хирургична извънболнична дентална помощ, частично заплащана от НЗОК: специализиран обстоен преглед, при който доплащането е в размер на 1.80 лв; инцизия в съединителнотъканни ложи, вкл. анестезия – доплащането е 3.00 лв; екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, вкл. анестезия – доплащането е 5.00 лв.; контролен преглед след някоя от горните две дейности, за който доплащането е 0.80 лв.

Здравноосигурените ползват и специализирания пакет по хирургична дентална помощ след изпращане от общопрактикуващ зъболекар от извънболничната помощ или специалист с направление за консултация бл.МЗ№119.

За бременни жени се предлага и допълнителен обстоен дентален преглед със снемане на зъбен статус.

Как да се консултираме с лекар специалист по дентална медицина?

Зъболекарят ни изпраща с направление за консултация при специалист. Той ни консултира и провежда лечението. Ако се окаже, че трябва да се лекуваме или оперираме в болница, специалистът или общопрактикуващият зъболекар ни издава талон-направление за болнично лечение. НЗОК заплаща дентално лечение в болница по различни клинични пътеки.

Лечение в болница

Личният ни лекар или специалистът ни изпращат с талон-направление в избрана от нас болница, която е сключила договор с НЗОК за лечение на съответното заболяване по клинична пътека. Направлението за хоспитализация е валидно 30 дни до прегледа в диагностично-консултативния блок на болницата. Лечението по клинична пътека включва и до два контролни прегледа в рамките на 30 дни след изписването ни от лечебното заведение. От болницата ще ни издадат документ „епикриза“, който трябва да предоставим на личния си лекар, защото той ще продължи да наблюдава нашето здравословно състояние.

Кой трябва да направи изследванията, необходими за постъпването ни в болница?

Клиничните пътеки включват дейности – диагностични и лечебни, които са включени в тяхната цена. Когато предоставените от нас изследвания преди хоспитализация по съответната клинична пътека са недостатъчни според приемащото лечебно заведение за болнична помощ, необходимите изследвания се извършват в болницата.

Трябва ли да доплащаме за лечение в болница?

НЗОК заплаща изцяло лечението ни по клинична пътека, заедно с лекарствата и консумативите, **с изключение на случаите, които са изрично упоменати**. Консумативите или медицинските изделия, които НЗОК не заплаща или заплаща частично, са описани в съответните клинични пътеки.

Повече информация можете да намерите на сайта на НЗОК, в рубрика НРД, линк „Национален рамков договор 2015 за медицински дейности“, Приложение № 16.

Как да получим лекарства за домашно лечение?

Лекарят ни информира кои медикаменти се заплащат изцяло или частично от НЗОК. Предписва ни лекарствата на рецепта-бланка на НЗОК и ги получаваме от аптека, която е сключила договор с НЗОК. Ако здравната каса не поема изцяло цената на предписаните лекарства, доплащаме нужната сума. Ако те не се заплащат от НЗОК, лекарят издава обикновена рецепта и ние можем да ги купим от всяка аптека. За лечение на остри заболявания лекарят ни изписва медикаменти за не повече от 10 дни, като задължително указва срока на валидност на рецептата.

Как да получим лекарства за лечение на хронично заболяване?

Трябва да закупим от книжарница за медицинска документация или от аптека „Рецептурна книжка на хронично болния“, в която личният лекар вписва своите и нашите данни и отбелязва хроничните заболявания. Заверяваме рецептурната книжка в районната здравноосигурителна каса по местоживеене или в съответния

общински офис на РЗОК. В рецептурната книжка личният лекар или лекарят специалист по профила на заболяването вписва лекарствата и медицинските изделия, необходими за нашето лечение. С рецептурната книжка и рецептата получаваме лекарството от аптека, сключила договор с НЗОК. Ако то е платено частично от здравната каса, доплащаме необходимата сума. Когато ни се налага престой в населено място извън постоянното ни местоживееене, също можем да получим лекарства за хроничното ни заболяване, но трябва да презаверим рецептурната си книжка в РЗОК – в населеното място, където временно пребиваваме.

Потребителска такса

Съгласно Закона за здравното осигуряване в България за всяко посещение при лекар, зъболекар, лаборатория или при лечение в болница здравноосигурените граждани заплащат потребителска такса, която остава за тяхна сметка.

Лекарят ще прецени дали трябва да заплатим такава такса или сме освободени от нея поради естеството на заболяването ни. Потребителска такса не заплащат децата и бременните.

Списъкът със заболяванията, които освобождават гражданите от потребителска такса, е публикуван на сайта на НЗОК, в рубрика НРД, линк „Национален рамков договор 2015 за медицински дейности“, Приложение № 12.

Допълнителна информация може да получите на телефоните на „Конфедерация Защита на здравето“: 02 X-XXX-XXX, както и на „горещия телефон“ на НЗОК - 0800 14 800.

Проектът „Национална кампания за пациентски политики“ се финансира в рамките на „Програмата за подкрепа на НПО в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство 2009 – 2014 г.“
„Конфедерация Защита на Здравето“ е бенефициент на проекта за България.



ICELAND
LIECHTENSTEIN
NORWAY

eea
grants

www.ngogrants.bg

Това издание се реализира с любезното съдействие на „Конфедерация Защита на Здравето“ и Национална Здравноосигурителна Каса.



НАЦИОНАЛНА
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА
