



Омбудсманът на България  
Гиньо Ганев  
и **24 часа**  
представят:



# Жаръчник на пациента

 Какви права имаме?

 Кое е безплатно и за какво се плаща в болниците?

Уважаеми читатели,

Животът и здравето на гражданите са висша ценност, прогласена в Конституцията на България. Дълг на държавата е да гарантира по най-добър начин достъпа на гражданите до здравно обслужване. Мъчителната здравна реформа обаче наред със своите добри достижения, роди и едно тревожно явление в родното здравеопазване. Вместо правата на пациента да бъдат издигнати на най-високия пиедестал на здравната система, те често пъти се потъпкват от лоши правила и още по-лоши практики. Често когато имат нужда от ефикасна и достъпна здравна помощ, гражданите се сблъскват с липса на информация, с безразличие и даже с незаконни искания за заплащане на здравни услуги.

Омбудсманът на България като висш конституционен орган има волята и ще осъществява независим граждански контрол върху системата на здравеопазването, за да стане по-ефикасна защитата на правата на пациента и преодоляването на това негативно явление.

Целта на този малък наръчник, който омбудсманът в сътрудничество с в. „24 часа“ изготви, е да ви ориентира по-лесно какъв е редът за получаване на медицинска помощ. Защото, познавайки своите права, пациентът може да върви по-сигурно по пътя на лечението.

Правилата, по които работи системата на здравеопазването, са описани основно в Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване, Националния рамков договор и приложенията към него, както и в инструкции на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и в наредби на Министерството на здравеопазването. Тези документи са достъпни и в интернет.

Запознайте се с правата си, защото така можете да си спестите много разочарования, санкции, а понякога и злоупотреби. Заедно с това трябва да знаете, че, за да получите медицинска помощ, трябва да плащате здравните си осигуровки.

### **За какво може да ви искат пари?**

♣ За всяка визита при лекар и зъболекар се плаща задължителна потребителска такса в размер на 1% от минималната работна заплата. В момента това прави 2,20 лв.

♣ Такса се плаща и за всеки ден престой в болница – тя е 2% от минималната заплата, т.е. 4,40 лв.

♣ Ако ви се налага лечение над 10 дни в рамките на годината, не заплащате потребителска такса за престоя си след 10-ия ден.

♣ Трябва да се знае, че потребителска такса се заплаща за оказаната медицинска помощ, а не за среща с лекаря.

♣ При изследване в лаборатория за вземането на биологичен материал се плаща еднократна сума, определена от лабораторията. Тази цена, независимо от броя на изследваните показатели, не може да бъде по-висока от 2 лв.!

Когато се плаща тази сума, лабораторията не може да ви иска и потребителска такса отделно. Тя се плаща само в лаборатории, които не удържат сума за вземане на биологичен материал.

И двете такси обаче не важат за хора без доходи, настанени в домове за деца и юноши, в домове за деца от предучилищна възраст и в домове за социални грижи. Лекарят, зъболекарят или лабораторията трябва да издават на пациента документ за заплатените като потребителска такса суми.

♣ От потребителска такса са освободени:

o Деца до 18-годишна възраст

o Бременни и родилки до 45 дни след раждането

o Неработещи членове на семейството, регистрирани в бюро по труда, независимо дали получават обезщетение.

o Пострадали при отбраната на страната

o Ветерани от войните, военноинвалиди

o Задържани под стража или лишени от свобода

- o Социално слаби, получаващи помощи според Правилника за социално подпомагане
- o Граждани без доходи, живеещи в домове за социални грижи
- o При ракови заболявания
- o При заболявания с тежка степен на намалена работоспособност – степен на инвалидност (след инфаркт, инсулт, при туберкулоза, диабет с усложнения, астма, вродени аномалии, множествена склероза, психични заболявания и др.)
- o Медицински специалисти, както и завършилите медицински училища.

### **Какво е длъжен да прави вашият личен (общопрактикуващ) лекар?**

Личният лекар е първото стъпало в здравната система. Той трябва да осигурява 24-часова медицинска помощ, като в случаите, когато не е на разположение през нощта или в почивните дни, е длъжен да посочи към кой друг лекар или медицинска практика да се обръщат неговите пациенти.

Неосигурените заплащат всички дейности, извършвани от личния лекар – прегледи, имунизации, изписване на лекарства, направления за изследвания и прегледи при специалист.

Личният лекар прави и домашни посещения и води диспансерни пациенти (това са хронично болните, които подлежат на наблюдение и им се изписват лекарства от списъка на здравната каса.)

### **Профилактични прегледи при личния лекар:**

Всеки здравноосигурен има право на профилактичен преглед веднъж годишно. Този преглед съдържа различни дейности според възрастта и пола.

Така например:

#### **♣ За 18 до 30 г. – веднъж годишно:**

- o Изчисляване на индекс на телесна маса
- o Оценка на психичен статус
- o Изследване острота на зрение
- o Измерване на артериално налягане
- o Електрокардиограма
- o Изследване на урина с тест-ленти за: протеин, глюкоза, кетонни тела, уробилиноген/билирубин, киселинно-алкално равновесие
- o Определяне на кръвна захар с глюкомер – измерване на кръвната захар моментално с капка кръв от убождане на пръста с апарата

#### **♣ От 31 до 45 г. – веднъж годишно:**

- o Изчисляване на индекс на телесна маса
- o Оценка на психичен статус
- o Изследване острота на зрение
- o Измерване на артериално налягане
- o ЕКГ
- o Изследване за окултни кръвоизливи в изпражненията
- o Изследване на урина с тест-ленти за: протеин, глюкоза, кетонни тела, уробилиноген/билирубин, киселинно-алкално равновесие
- o Определяне на кръвна захар с глюкомер
- o За жени – изследване на млечни жлези с опипване и цитонамазка – веднъж на 2 г.
- o Изследване на хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, диференциално броене на левкоцити, СУЕ – веднъж на 5 г.
- ♣ От 46 до 65 г. – веднъж годишно:
  - o Изчисляване на индекс на телесна маса
  - o Оценка на психичен статус
  - o Изследване на острота на зрение
  - o Измерване на артериално налягане
  - o ЕКГ
  - o Изследване за окултни кръвоизливи в изпражненията
  - o Изследване на урина с тест-ленти за: протеин, глюкоза, кетонни тела, уробилиноген/билирубин, киселинно-алкално равновесие
  - o Определяне на кръвна захар с глюкомер
  - o За жени – мануално изследване на млечни жлези – всяка година
  - o Цитонамазка от женски полови органи – веднъж на 2 г.
  - o Изследване на хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, диференциално броене на левкоцити, СУЕ – веднъж на 3 г.
- ♣ Над 66 г. – всяка година:
  - o Изчисляване на индекс на телесна маса
  - o Оценка на психичен статус
  - o Изследване на острота на зрение

- o Измерване на артериално налягане
- o ЕКГ
- o Определяне на кръвна захар (с глюкомер)
- o Изследване на урина с тест-ленти за: протеин, глюкоза, кетонни тела, уробилиноген/билирубин, киселинно-алкално равновесие
- o Изследване за окултни кръвоизливи в изпражненията
- o Изследване на хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, диференциално броене на левкоцити, СУЕ – веднъж на 3 г.

Извън профилактичните прегледи личният лекар прави рискови групи сред личните си пациенти за социално значими заболявания:

1. Рак на стомаха и дебелото черво – за пациенти между 50 и 70 г. при:

- o фамилна анамнеза за злокачествено образуване в стомаха и червата
- o полипи на дебелото черво
- o улцерозен колит
- o болест на Крон
- o цьолиакия
- o всяко от тези заболявания, придружено или не от отстраняване на жлъчката

2. За злокачествено заболяване на простатата – за мъже над 50 г. при:

- o фамилна анамнеза при мъже над 45 г., чиито бащи са с доказано злокачествено образуване на простатата
- o фамилна анамнеза при мъже над 45 год., чиито майки са с доказано злокачествено образуване на млечната жлеза
- o аденогенитални разстройства

3. Захарен диабет при пациенти с:

- o фамилна анамнеза за инсулинозависим диабет и стойности на кръвната захар на гладно над 5,6 mmol/l (определени с глюкомер)
- o затлъстяване при ИТМ  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> (индекс на телесната маса, който се изчислява по формула) и стойности на кръвната захар на гладно над 5,6 mmol/l (определени с глюкомер)
- o артериална хипертония и кръвна захар на гладно над 5,6 mmol/l (определени с глюкомер)

о предшестващи данни за дислипидемия и кръвна захар на гладно над 5,6 mmol/l (с глюкомер)

о диабет по време на бременност  
о данни за намален глюкозен толеранс - налице е, когато кръвната захар на гладно е под 7 mmol/l, а кръвната захар 2 часа след обременяване със 75 г глюкоза е 7,8 - 11 mmol/l

4. Сърдечносъдови заболявания при пациенти с:

о фамилна анамнеза за ранно (под 50 г.) заболяване като исхемична болест на сърцето и мозъчно-съдова болест и диабет

о комбинация от рискови фактори, включващи пушене, повишено кръвно, предшестващи данни за дислипидемия) и фамилна анамнеза за ранна коронарна болест и отклонения в ЕКГ

о метаболитен синдром (наднормено тегло при индекс на телесна маса над 30 и инсулинозависим диабет и хипертония със или без данни за HDL-холестерол под 1 mmol/l и триглицериди над 1,5 mmol/l

5. Рак на шийката на матката при жени с:

о с фамилна анамнеза за майки, които са имали заболяването

о жени с видими изменения на маточната шийка, дисплазия и невъзпалителни болести

о жени с цитонамазка над I и II степен по Папаниколау

о имуносупресирани болни

о наркомани

о носители на вируса на СПИН

6. Рак на гърдата при жени с:

о фамилна анамнеза за майки със заболяването

о доброкачествена дисплазия на млечната жлеза

о дълъг прием на хормоно-заместителна терапия (естрогени)

**Достъп до специалист в извънболничната помощ:**

Това са например кардиолози, невролози, гинеколози, алерголози и др., които работят в диагностично-консултативни центрове (напр. бившите поликлиники) или медицински центрове. В тези случаи пациентът отива при специалиста с направление, талон от личния лекар. Ако специалистът не работи по договор за извънболнична помощ с касата, пациентът плаща по обявените цени на лечебното заведение.

Пациентът трябва да получи от личния лекар "Медицинско направление за консултация или за провеждане на съвместно лечение" (талон №3) или "Медицинско направление за високоспециализирана медицинска дейност" (талон № 3А.) Двете бланки са валидни до 30 календарни дни от издаването. До 45 дни от първия преглед при специалиста пациентът има право на втори - контролен. За лабораторно изследване личният лекар или специалистът издава "Медицинско направление за медико-диагностична дейност" (талон №4.) То също е валидно до 30 дни.

До 30 дни от издаването на направление за високоспециализирано медико-диагностично изследване и високоспециализирана медицинска дейност пациентът трябва да избере къде ще ги прави и да уговори ден и час.

Срещу направлението си всеки може да избере лечебно заведение на територията на цялата страна, стига то да има договор с НЗОК за съответното изследване, преглед или манипулация.

### **Достъп до болница:**

Болничното лечение се осъществява по т.нар. клинични пътеки – една диагноза или групи сходни диагнози със съответните алгоритми за изследвания и терапия.

Лекарите и зъболекарите от лечебните заведения за извънболнична помощ насочват с "Направление за хоспитализация" (талон №7) пациента към избраното от него лечебно заведение за болнична помощ на територията на цялата страна. Важно е само болницата или диспансерът да работят на договор със здравната каса. Някои клинични пътеки могат да се осъществяват в медицински центрове или диагностично-консултативни центрове със стационар.

Ако отидете в болница, тя ще ви приеме за лечение след документирана преценка за необходимостта от него. В този случай близките ви могат да донесат и по-късно направление за хоспитализация (талон № 7) от личния лекар. Той също е валиден до 30 дни от издаването.

След като ви изпишат, имате право на до два контролни прегледа по преценка на лекаря в същата болница, за които не трябва да плащате. Сроктът да се явите на такъв преглед е 30 дни.

Конфликтни ситуации и възможности за подвеждане на пациента създават изследванията за хоспитализация. Ако човек постъпи по спешност, изследванията се правят в болницата и той не ги плаща.

Ако пациентът е за планов прием и си носи изследвания от извънболничната помощ, болницата има право да поиска нови. Тестовите на кръв и урина например важат до 7 дни, а от образна диагностика (рентген, скенер) - до 30 дни.

В този случай болницата трябва да извърши изследванията, без пациентът да ги плаща. Болницата няма право да върне болния в извънболничната помощ, за да му направят нови тестове и след това той да ги донесе за прием. Връщането при специалиста в медицинския център или личния лекар създава напрежение, тъй като



при тях направленията за изследвания са под брой за месеца и се следят много строго от здравната каса.

Според нормативната уредба хоспитализираният пациент не трябва да носи лекарства, чаршафи или други битови вещи в болницата по нейно настояване. Това обаче често не се спазва и подлежи на санкция, ако пациентът подаде сигнал.

Преди изследване, инвазивна процедура, операция или лекарствена терапия в болница лекуващият лекар е длъжен по закон да ви информира какво ви предстои и как са финансирани нужните ви медицински дейности от здравната каса. Информация за клиничните пътеки, цените и правилата за лечение се намира на интернет страницата на здравната каса.

Още при постъпване всеки пациент подписва формуляра „Информирано съгласие“, при което трябва да настоявате за подробна информация от приемащия лекар или друг оторизиран служител на болницата. Болницата от своя страна изяснява осигурителния статус на пациента. Ако той не е осигурен, болницата има право да откаже планова процедура, операция или лечение. Най-често обаче на близките или на пациента в такива случаи се предлага да платят необходимите здравни вноски, които ще възстановят здравноосигурителните му права. Големи болници като Военномедицинската академия могат да поемат и самото плащане чрез специален фонд, ако пациентът е социално слаб.

Конфликти в болницата са възможни най-вече около приложението на консумативи и медицински изделия, тъй като голяма част от тях не се плащат от здравната каса или се плащат частично.

Консумативите за 43 клинични пътеки не се покриват от касата. Те включват например очната леща при перде на окото, вискозната субстанция при операция от глаукома, клипси и механични ушиватели в хирургията, ликвор-дрениращи системи в неврохирургията и др. Във всяка от тези пътеки касата е посочила, че не плаща консумативите, но никоя институция не посочва кой ги плаща. Затова болниците приемат, че ги плаща пациентът. Тя трябва да информира на видно място – обикновено на табло на входа, и в детайли кои консумативи не се плащат от касата.

Пациентът плаща на болничната каса срещу фактура или друг финансов документ. Той не бива да влиза в сделки директно с лекар, ако му се предложи доставка на медицинско изделие или консуматив „директно“ срещу посочена от лекаря цена. Това се смята за корупционна практика.

Медицинските изделия като стентове в инвазивната кардиология, изкуствени стави и кохлеарни имплантанти – за глухи деца, се финансират от касата (виж таблицата по-долу) до определен таван на цените. Ако пациентът се нуждае от по-скъпо изделие – по преценка на лекуващия екип и/или по негов избор, той доплаща разликата до по-високата цена. В този случай касата не връща пари на пациента за разликата. Пациентът обикновено купува сам определеното медицинско изделие от фирма дистрибутор, тъй като за болницата е неизгодно да взема по 2-3 изделия от всеки вид и да ги държи на склад.

Болницата няма право да взема пари за медицинско изделие, ако то е на цената, покривана от касата.

Ето пределните цени на медицинските изделия, плащани от здравната каса:

№:	Медицинско изделие	Брой до – за 1 г.	Цена (лева)
1	Сърдечна клапна протеза	1466	3000
2	Съдова протеза за гръдна аорта	122	1500
3	Съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове	1222	1000
4	Стент	6323	1000
5	Ставна протеза за тазобедрена става	3067	900
6	Ставна протеза за колянна става	268	2250
7	Кохлеарен имплантант	59	28 000
8	Постоянен кардиостимулатор	1168	2000
9	Временен кардиостимулатор* (временна трансвенозна пейсмейкърна система)	18	500

Тази година здравната каса въвежда нов тип документ – декларация, която пациентът ще попълва на изписване от болницата, за да се гарантира, че не са му взети пари неправомерно.

### **Какво е длъжна да прави Спешна помощ?**

Спешната помощ е единствената медицинска услуга, както и раждането, за която здравноосигурителният статус на пациента няма значение. Дори и да не сте плащали здравни осигуровки, имате право на спешна помощ.

При инцидент най-близкото лечебно заведение е длъжно да ви окаже медицинска помощ.

Болниците нямат право да отказват спешна помощ независимо от осигурителния статус на пациента.

Спешната помощ се осигурява на първо ниво от спешните центрове, които изпращат линейка с екип на място. Пациентът може да бъде транспортиран до самия спешен център или до болница.

Приетите сигнали се записват автоматично и при нарушения – безпричинно забавяне, отказ, грубо отношение, записът може да бъде изискан и фактите да бъдат проверени.

В София е запазено районирането на болниците по профили за осигуряване на спешността. По определени заболявания се дават дежурства през месеца. Затова, въпреки очакванията си, пациентът не попада в най-близката болница, а там, където има дежурен екип по дадения медицински проблем за денонощието.

Такъв график съществува например за инвазивната терапия при остър инфаркт в София: Всеки месец от 1-о до 8-о число дежури университетската болница „Св. Екатерина“. От 9-о до 12-о число болният попада в Четвърта кардиология – Александровска болница. Болница „Лозенец“ (известна като Правителствена) дежури от 13-о до 15-о число. Университетската болница „Св. Анна“ (или Окръжна болница) поема инфаркти от 16-о до 19-о число. От 20-о до 27-о число пък е редът

на Националната кардиологична болница, известна като Трета градска. Най-новият участник в графика е японската болница „Токуда“ – от 28-о до 31-о число. На тези места се прави балонна ангиопластика на запушения съд при инфаркт. Стандартът е пациентът да дойде до 6-ия час от началото на гръдната болка. Такава терапия се предлага и в университетската болница „Св. Георги“ в Пловдив, в университетската болница „Св. Марина“ във Варна и в частни катетеризационни центрове в други градове като Ловеч, Плевен, Русе, Пазарджик и др.

Ако човек не дочака линейка или има възможност за по-бърз личен транспорт, може да отиде на място във всяка голяма болница при спешност. Преценката дали случаят наистина е спешен, се прави в нови структури в болниците, наречени спешни портали. Те се откриват по желание на болницата. Там осъществяват набор от прегледи и изследвания, които трябва да покажат има ли неотложна нужда от болнично лечение. Те не се заплащат от пациента, а от държавния бюджет чрез здравното министерство. Според нормативната база болницата няма право да изисква доплащане за дейности в спешния портал. Ако се налага хоспитализация, лечението на пациента се заплаща по съответната клинична пътека.

### **Медицинска експертиза на работоспособността**

Лекуващият лекар (стоматолог) може да издаде на пациента болничен лист, с който се удостоверява временна неработоспособност.

Еднолично лекар (стоматолог) може да издаде болничен лист с продължителност до 7 (седем) календарни дни.

Когато необходимостта от домашно лечение е над 7 дни, лекуващият лекар трябва да насочи пациента към Лекарска консултативна комисия (ЛКК) с „Талон за медицинска експертиза.“ ЛКК може да издаде болничен лист за срок до 6 месеца.

При необходимост от домашно лечение с продължителност повече от 6 месеца ЛКК съставя медицински протокол и насочва пациента към Трудовоекспертна лекарска комисия (ТЕЛК). В тези случаи пациентът лично попълва молба и заедно с издадения медицински протокол ги предоставя в Районната картотека на медицинските експертизи (РКМЕ). ТЕЛК насрочва дата за освидетелстване и изпраща писмена покана до лицето, което предстои да бъде освидетелствано. Във всеки един от случаите освидетелстването може да се извърши на място в дома на пациента, когато състоянието му не позволява придвижване до съответната комисия.

Задължително здравноосигуреното лице не заплаща за медицинската експертиза на работоспособността. Всички изследвания, свързани с медицинската експертиза, се заплащат от НЗОК. На всеки етап на освидетелстване пациентът трябва да представи личната си амбулаторна карта, където задължително се отразяват обстоятелствата по освидетелстването.

### **Как да защитите правата си на пациент?**

- Защита на правата по общия ред:

При нарушение на вашите права като здравноосигурен можете да подадете писмена жалба до директора на Районната здравноосигурителна каса (РЗОК) или до Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Тя е на адрес: София 1407, ул. „Кричим“ № 1. Освен това можете да отидете в приемната на своята РЗОК или да се консултирате по телефона в съответния отдел за работа с граждани. Приемната на НЗОК в София се намира на ул. „Любата“ № 15. Горещият телефон за сигнали и въпроси на НЗОК е 0800-14-800 с цената на градски разговор.

Добре е жалбата да се подаде и до Районния център по здравеопазване, който е местната структура на Министерството на здравеопазването. Адресът на софийския център е: София 1123, ул. „Димитър Греков“ 2.

Министерството назначава комисии за проверки при т.нар. случаи на лекарска грешка. То се занимава с жалбите, които засягат качеството на медицинската помощ. Адресът е: София, пл. „Св. Неделя“ 5.

Копие от жалбата се подава и до Районната колегия на Българския лекарски съюз (БЛС) – местната структура на съсловната организация. Засега БЛС е единствената институция, която е определена да се занимава с етичните нарушения чрез своите регионални и централна комисия по лекарска етика. Това означава, че ако пациент се оплаква от грубо отношение от страна на лекар, трябва да подаде жалбата в БЛС, а не в здравното министерство.

- Защита на правата на пациента, осъществявана от националния омбудсман: Националният омбудсман е независим висш държавен орган, който се застъпва за правата на хората, когато те са нарушени от органите на властта и от структурите, които предоставят обществени услуги. Сред тези обществени услуги е и здравеопазването.

**Жалба или сигнал до омбудсмана се подава в свободна форма по пощата или лично в постоянната приемна на институцията на адрес: София, ул. „Джордж Вашингтон“ 22, както и онлайн на интернет адрес: [www.ombudsman.bg](http://www.ombudsman.bg) или по електронна поща: [priemna@ombudsman.bg](mailto:priemna@ombudsman.bg).**