

## **ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗДРАВНООСИГУРЕНИТЕ ПАЦИЕНТИ ПРЕЗ 2010**

### **Здравноосигурителни вноски**

Размерът на здравната вноска през 2010 г. е 8%. Тя се поделва между работодател и работник в отношение 60:40. Вноската се поема от държавата за деца, пенсионери, социално слаби и други групи хора. Самоосигуряващите се лица плащат здравна вноска поне върху половината от минималния осигурителен доход за 2010 г, който е 420 лв. Максималният доход, върху който се плаща здравна вноска е 2000 лв. Самоосигуряващите се лица са длъжни да се осигуряват до 10-то число на следващия месец. Освен това извършват годишно изравняване на осигурителния си доход съгласно данните от данъчната декларация.

Българите, които пребивават в чужбина повече от 183 дни през годината, могат да не заплащат здравни вноски след предварително подадено заявление до Националната агенция за приходите. Те възвръщат здравноосигурителните си права след изтичане на 6 последователни месеца, през които се осигуряват или след еднократно заплащане на 12 здравни вноски върху минималния осигурителен доход от 420 лв.

Правата на хората, които са длъжни сами да се осигуряват се прекъсват, когато не са внесли повече от три вноски за 36 месеца. Тогава те са длъжни да заплащат оказаната им медицинска помощ. Правата им се връщат, след като платят всички вноски, които дължат през последните 36 месеца до месеца, когато желаят да получат медицинска помощ. Когато задължението за внасяне на осигурителните вноски е на работодателя или на друго лице, невнасянето им не лишава човек от правото да ползва услугите на здравната каса. Човек може да загуби осигурителните си права за един месец и ако не се е явил на годишния профилактичен преглед, който е регламентиран в НРД.

Работодател, който не заплаща вноските за работниците си се наказва с глоба от 2000 до 4000 лв. за физически лица или имуществена санкция за еднолични търговци и юридическите лица от 4000 до 8000 лв. За повторно нарушение глобата е от 4000 до 8000 лв., а имуществената санкция е от 10 000 до 15 000 лв. Самоосигуряващите се, които не са платили здравните си вноски за срок по-дълъг от три месеца, се наказват с глоба от 500 до 1000 лв, а при повторно нарушение - с глоба от 1000 до 3000 лв. До 1 март тази година самоосигуряващите се, които не са с редовни здравни вноски няма да бъдат глобявани при внасянето им. Хората, които не са изпълнили задължението си да подават декларация по чл. 40, ал. 5, т. 2, се наказват с глоба от 500 до 1000 лв, а за повторно нарушение - с глоба от 1000 до 3000 лв.

### **Потребителска такса**

При всяко посещение при личния си лекар, специалист или зъболекар здравноосигурените лица заплащат потребителска такса в размер на 1% от минималната работна заплата за страната или 2.40 лв.

Таксата за болничен престой през 2010 г. е в размер 2% от минималната работна заплата за страната или 4.80 лв.

Ако се налага лечение в болница повече от 10 дни за една година, не се заплаща потребителска такса за престоя след десетия ден.

Жените, навършили 60 години и мъжете над 62 години, плащат за всяко посещение при лекаря или зъболекаря 1 лев.

От потребителска такса са освободени децата до 18 години, бременни и родилки до 45 дни след раждането, социално слаби, ветерани от войните и военноинвалиди, онкоболни, медицински специалисти, хора с увреждания и други. Списъците с всички категории, които са освободени от потребителска такса, трябва да бъдат обявени на видно място пред кабинетите на лекарите, специалистите и зъболекарите. Лекарят, зъболекарят или здравното

заведение издават на пациента документ за платените като потребителска такса суми.

За медико-диагностични изследвания в лаборатория пациентите плащат потребителска такса от 2.40 лв. или цена, която определя съответният изпълнител. Тази сума обаче не може да бъде по-висока от 2 лева за едно посещение независимо от броя на направените изследвания. В случай, че здравноосигуреното лице плаща тази цена за изследвания то не дължи потребителска такса от 2.40 лв. От плащане за изследвания се освобождават само лицата без доходи, настанени в домове за деца и юноши, в домове за деца от предучилищна възраст и в домове за социални грижи.

### **Болнична помощ**

През 2010 г всяка болница, която иска да сключи договор с НЗОК, трябва да осигурява 24 часа в денонощието възможност за прием при спешни състояния. За сключване на договор ще се изисква наличието на лекари по съответните специалности на основен трудов договор в болницата. Лечебните заведения за болнична помощ трябва да разполагат и с необходимата апаратура, както и да имат клинична лаборатория. Тези изисквания се въвеждат, за да се гарантира качествена медицинска помощ за хората. Болниците, които не отговарят на всички тях няма да могат да сключат договор със здравната каса за съответните медицински дейности. Това обаче няма да затрудни достъпа на пациентите до нужната медицинска помощ и до болница. Навсякъде ще продължат да съществуват центровете за извънболнична помощ, каквито са ДКЦ-тата, медицинските центрове, както и филиалите на Спешна помощ. Освен това е създаден ясен ред за достъп до нужната клиника или отделение, където може да се окаже качествено лечение на хората.

### **Как да стигнем до болница**

Всеки пациент, който почувства неразположение трябва да посети личния си лекар, а ако смята, че проблемът е сериозен може да потърси директно Спешна помощ. В първия случай лекарят ще го прегледа и ще прецени дали има нужда от лечение в болница. Ако смята, че е така той ще му даде съответното направление. То важи 30 дни. Личният лекар ще разполага с информация в кои болници може да се окаже нужната медицинска помощ и ще информира пациента къде може да се лекува. Ако пациентът има нужда от незабавна помощ, а най-близката болница няма капацитета да осигури нужните медицински грижи, Спешният център ще го откара до най-близката клиника, в която може да се извърши лечението. Ако пациентът не е спешен, той сам ще трябва да се придвижи до болницата, в която иска да се лекува. За спешни състояния се смятат всички, които застрашават живота на човек или могат да доведат до съществено увреждане. Такива са инфаркти, инсулти, отравяния, травми, изгаряния. Ако човек директно е потърсил Спешна помощ и се окаже, че има нужда от незабавна помощ, тя ще е длъжна да му окаже медицински грижи и при нужда да го закара до най-близката болница, където може да получи нужното лечение.

Освен от личните си лекари пациентите ще могат да получават информация кои болници по какви специалности работят със здравната каса от районните здравни каса, от регионалните центрове по здравеопазване, болниците, както и на горещия телефон на НЗОК – 080014800.

### **Какво плащаме в болница**

През тази година всеки здравноосигурен пациент ще е длъжен да плаща потребителската такса от 2% върху минималната работна заплата от 240 лв. Това прави по 4.80 лв. на ден. Тази такса се дължи само през първите десет дни от престоя в болница, след това тя е 0 лв. От

таксата са освободени деца до 18 години, бременни и родилки до 45 дни след раждането, социално слаби, ветерани от войните и военноинвалиди, онкоболни, медицински специалисти, хора с увреждания и други. Тази информация заедно със списък с консумативите и дейностите, които не покрива НЗОК трябва да бъде обявена на достъпно място във всяка болница. Целта на този списък е всеки човек да знае точно за какво може да му се искат пари при лечението и така да се ограничат нерегламентираните плащания в системата. При постъпване и изписване от лечебното заведение всеки пациент ще може да получи информация за вида и обхвата на оказаното лечение, както и финансова информация за вида и размера на заплатените при престоя му в болницата медицински дейности (извън обхвата на задължителното здравно осигуряване).

### **Как стигаме до специалист**

Достъпът до специалист и през тази година ще става чрез личните лекари. По тяхна преценка хората ще получават съответните направления, с които могат да отидат при специалист в рамките на месец. Прегледът се покрива от здравната каса, но пациентът дължи потребителска такса от 2.40 лв. и при специалиста. От нея са освободени децата до 18 години, хората с увреждания, военноинвалидите и други групи.

### **Профилактичен преглед**

Всеки здравноосигурен човек има право на един профилактичен преглед годишно. Той се извършва от общопрактикуващия лекар и включва следните дейности: клиничен преглед за изясняване на здравословното състояние, лабораторни изследвания на кръв и урина, попълване на анкетна карта, формиране на рискови групи и др. От 2009 г при профилактиката на лицата над 18 години личният лекар назначава и изследване на холестерол, триглицериди и HDL-холестерол, с оглед определяне на риска от сърдечно-съдови заболявания. При наличие на определени рискови фактори се назначава и изследване на кръвна захар на гладно. Изследванията се извършват в сертифицирани медико-диагностични лаборатории, сключили договор с НЗОК. При съмнение за риск от развитие на захарен диабет, инфаркт, инсулт, сърдечно-съдови и злокачествени заболявания, личният лекар може да назначава и консултации с лекар по профила на заболяването.

При проследяване на възникнало вече заболяване, при съмнения за рак на млечната жлеза или на простатата, както и при усложнения от диабета, личният лекар има право да назначава някои високоспециализирани изследвания: мамография на млечна жлеза; PSA - при мъжете (във връзка със заболявания на простатната жлеза); изследване на хормони на щитовидната жлеза; изследване за микроалбуминурия за проследяване на захарен диабет.

От тази година, ако не направят профилактичния си преглед, пациентите ще загубят здравноосигурителните си права за един месец през следващата. Освен това могат да бъдат глобени от 50 до 100 лв. (при повторно неявяване – от 100 до 200 лв.). На санкция подлежат и родители/настойници, които не осигуряват провеждането на задължителните имунизации за децата си. Правомощия да налагат тези санкции имат Районните центрове по здравеопазване – поделения на Министерството на здравеопазването.

### **На какво имат право децата и бременните**

Профилактичните дейности при децата до 18-годишна възраст се изпълняват според Програмата „Детско здравеопазване“. Тя включва различни прегледи, изследвания и

имунизации. Наблюдението се провежда от личния лекар на детето, а когато той не е педиатър, родителите имат право да изберат специалист по детски болести. Имунизациите се извършват само от личния лекар според Имунизационния календар на Република България. Досега в него бяха включени 9 вида ваксини, от април 2010 г в него влизат и две нови имунизации: против пневмококови инфекции и комбинирана петвалентна ваксина (срещу полиомиелит, дифтерия, тетанус, коклюш, хемофилус инфлуенце тип В). Тя е по-пречистена и намалява риска от усложнения.

За първи път през 2010 децата до 18-години ще имат неограничен достъп до детски профилни специалисти. Досега възрастовата граница беше до 14-годишна възраст. Неограниченият достъп означава, че личният лекар не може да откаже даването на направление. Децата до 18 години не дължат и потребителска такса за преглед при лекар или за престой в болница.

Програмата „Майчино здравеопазване” на НЗОК включва прегледи и изследвания за проследяване на бременността. При нормална бременност наблюдението се провежда от личния лекар или от специалист по акушерство и гинекология - по избор на бременната. При рисковата бременност програма „Майчино здравеопазване” се изпълнява задължително от специалист - акушер-гинеколог.

### **Диспансерно наблюдение за хронично болни**

Обемът на изследванията и броят на посещенията при диспансерното наблюдение за хронично болни хора зависи от тяхното състояние. За първи път през 2010 г пациентите със сърдечни и съдови имплантанти и трансплантанти подлежат на диспансерно наблюдение от кардиолог, детски кардиолог или от съдов хирург. Досега такива пациенти се консултираха със специалист по общия ред. Освен това е достатъчно само едно направление от личния лекар към съответния специалист, за да може до края на живота си пациентът да бъде наблюдаван от него. Това се отнася както за децата, така и за възрастните.

Предвидени са също така и извършването на ехокардиография, доплерова сонография, холтер-мониторирание на деца и възрастни освен прегледа при специалист. Когато е необходимо, ще се извършват и други специализирани дейности и изследвания.

### **Дентална помощ**

Хората с непрекъснати осигуровки могат да се лекуват по избор при всеки зъболекар, сключил договор с НЗОК. За всяка от денталните дейности, заплащани от НЗОК напълно или частично, човек може да избере един и същ, или различен зъболекар. При посещение при зъболекаря пациентът трябва да носи здравноосигурителната си книжка, в която се вписват извършените дейности. При всяко посещение при зъболекаря пациентът заплаща потребителска такса в размер на 1% от минималната работна заплата за страната или 2,40 лв. Потребителската такса за лицата, навършили 60 години - за жените и 63 години – за мъжете, е в размер на 1.00 лв. Не заплащат потребителска такса децата под 18 години и освободените групи. Децата и младежите до 18 години имат право на обстоен дентален преглед със снемане на зъбен статус и четири лечебни дейности, като до две от тях са пулпит или периодонтит на постоянен зъб. Здравноосигурените лица над 18 години имат право на обстоен дентален преглед със снемане на зъбен статус и две лечебни дейности. За бременните се предлага и допълнителен обстоен дентален преглед със снемане на зъбен статус. Тъй като в повечето случаи дейностите, извършени от зъболекаря, не са напълно заплатени от НЗОК, пациентът следва да доплати необходимата сума.

НЗОК заплаща изцяло денталните дейности по договорените пакети за лицата, настанени в домове за медико-социални услуги; децата, настанени в специалните училища и домовете за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа, включително и след навършване на 18-годишна възраст; лицата, задържани под стража.

НЗОК заплаща изцяло денталните дейности по договорените пакети и за здравноосигурени лица до 18-годишна възраст с психични заболявания. Лечебният процес при тях се осъществява под обща анестезия и няма ограничения за обема.