



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. "Кричим" No 1

www.nhif.bg

тел: +359 2 9659380

УТВЪРЖДАВАМ: (П.)
ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ
УПРАВИТЕЛ НА НАЦИОНАЛНА
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

ВЯРНО С ОРИГИНАЛА:

РАЙНА ЙОРДАНОВА
ДИРЕКТОР НА ДИРЕКЦИЯ
„ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ И
АДМИНИСТРАТИВНО
ОБСЛУЖВАНЕ“



**ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА ЗА РЕДА, НАЧИНА И КРИТЕРИИТЕ ОТНОСНО
ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ИЗВЪРШЕНИ РАЗХОДИ ПО РЕДА НА ЧЛ. 25 (Б)
ПАРАГРАФ 5-9, ЧЛ. 26 (Б) ПАРАГРАФ 6 И 7 ОТ РЕГЛАМЕНТ (ЕО) № 987/2009 И
ДИРЕКТИВА 2011/24/ЕС НА ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ И НА СЪВЕТА ЗА
УПРАЖНЯВАНЕ НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ПРИ ТРАНСГРАНИЧНО
ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ, ИЛИ ПО ДВУСТРАННИ СПОГОДБИ/ДОГОВОРИ ЗА
СОЦИАЛНО ОСИГУРЯВАНЕ, ВКЛЮЧВАЩИ В ОБХВАТА СИ ЗДРАВНО
ОСИГУРЯВАНЕ № РД-16-41/28.07.2021 Г.,
ИЗМ. И ДОП. (РД-16-11/10.03.2022 Г. И РД-16-67/01.12.2022 Г.)**

(КОНСОЛИДИРАНА ВЕРСИЯ)

Глава I Общи положения

Раздел I Предмет, обхват и действие

Чл. 1. (1) Настоящите правила уреждат реда за възстановяване на разходи на здравноосигурените лица (ЗОЛ), за:

1. Получена необходима спешна или неотложна медицинска помощ при престой в:

- а) друга държава-членка на Европейския съюз (ЕС);
- б) държава, страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство (Исландия, Норвегия и Лихтенщайн);
- в) Конфедерация Швейцария;
- г) държава, с която Република България има сключена, обнародвана и влязла в сила спогодба/договор в областта на социалното осигуряване – в случаите, когато спогодбата/договорът изрично предвижда възстановяване на разходи за медицинска помощ;
- д) субектите съгласно Споразумението за оттегляне на Обединеното кралство и Северна Ирландия от ЕС, или по Споразумението за търговия и сътрудничество между Европейския съюз и Европейската общност за атомна енергия и Обединеното кралство Великобритания и Северна Ирландия.

2. Получено подходящо (планово) лечение, за провеждането на което има издадено разрешение, оказано в друга държава-членка на ЕС, в която се прилагат Регламент (ЕО) № 883/2004 за координация на системите за социално осигуряване и Регламент (ЕО) № 987/2009 определящ реда за прилагане на Регламент (ЕО) № 883/2004;

3. Трансгранично здравно обслужване.

(2) Редът за възстановяване на разходи на ЗОЛ по ал. 1 е в съответствие с:

1. Разпоредбите на чл. 25, (Б) параграф 5-9 и чл. 26 (Б) параграф 6-7 от Регламент (ЕО) № 987/2009 на Европейския парламент и на Съвета от 16 септември 2009 година за установяване процедурата за прилагане на Регламент (ЕО) № 883/2004 за координация на системите за социална сигурност (Регламент (ЕО) № 987/2009);

2. Разпоредбите на Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, транспонирана с Наредба № 5 от 21.03.2014 г. за условията и реда за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване .

3. Разпоредбите на сключена, обнародвана и влязла в сила двустранна спогодба/договор в областта на социалното осигуряване – в случаите, когато спогодбата/договорът/ изрично предвижда възстановяване на разходи за медицинска помощ.

Чл. 2. Настоящите правила се прилагат по отношение на постъпилите в Националната здравноосигурителна каса (НЗОК):

1. Заявления от ЗОЛ за възстановяване на извършени разходи по реда на чл. 25 (б) параграф 5 - 9, чл. 26 (б) параграф 6 и 7 от Регламент (ЕО) № 987/2009 или действащи двустранни спогодби/ договори за социално осигуряване или Споразумение за оттегляне на Обединеното кралство и Северна Ирландия от ЕС, или Споразумение за търговия и сътрудничество между Европейския съюз и Европейската общност за атомна енергия и Обединеното кралство Великобритания и Северна Ирландия;

2. Заявления от ЗОЛ за възстановяване на разходи за трансгранично здравно обслужване, получено по реда на Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, транспонирана с Наредба № 5 от 21.03.2014 г. за условията и реда за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване .

3. Запитвания от чуждестранни осигурителни институции за ставките за възстановяване на обезщетения в натура, отправени с формуляр Е126 или структурирани електронни документи (СЕД) S 067 “Запитване за ставки за възстановяване на обезщетения в натура - престой” – за медицинска помощ, оказана в България срещу заплащане на осигурени лица в друга държава-членка на ЕС, страна по Споразумението за ЕИП или Конфедерация Швейцария; S 069 „Запитване за ставки за възстановяване – лечение по график”;

4. Заявления от ЗОЛ за възстановяване на разходи за получена необходима спешна или неотложна медицинска помощ или планово лечение при временно пребиваване в държава, с която Република България има сключена, обнародвана и влязла в сила спогодба/договор в областта на здравното осигуряване, когато спогодбата/договорът изрично предвижда възстановяване на разходи за медицинска помощ.

Раздел II

Компетентност, основни функции и принципи

Чл. 3. Преценката за възстановяване на разходи се осъществява в отдел „Възстановяване на разходи и оценка на заявления“ (ВРОЗ) към дирекция „Международна дейност и координация на системите за социална сигурност“ (МДКССС) на Национална здравноосигурителна каса, съгласно Регламент (ЕО) № 987/2009, Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване и международни спогодби/договори за социално осигуряване, включващи в обхвата си здравно осигуряване..

Чл. 4. Началникът на отдел ВРОЗ планира, организира и контролира дейността на отдела, съобразно функционалната характеристика на отдел ВРОЗ. Той е пряко подчинен на директора на дирекция МДКССС.

Чл. 5 Началникът на отдел ВРОЗ създава необходимата организация и координация при разглеждането на заявления и запитвания по чл. 2 от настоящите Правила и чрез директора на дирекция МДКССС подпомага Управителя на НЗОК във вземането на мотивирани решения по тях.

Чл. 6. При изпълнение на своята дейност отдел ВРОЗ осъществява взаимодействие с всички структури на Централното управление на НЗОК (ЦУ и НЗОК), както и с другите отдели в дирекция МДКССС.

Чл. 7. (1) При извършване на своята дейност, началникът на отдел ВРОЗ може да поиска чрез директора на дирекция МДКССС допълнителна информация или съдействие от компетентността на друга дирекция в ЦУ на НЗОК включително, но не само:

а) превод на български език

б) писмени становища от експертните съвети определени със заповед на Министъра на здравеопазването; председателите на научните дружества по съответните медицински специалности относно оказано лечение.

в) оценка на стойността на проведеното в чужбина лечение, респективно оказаната медицинска или дентална помощ, закупени лекарствени продукти или медицински изделия и съпоставянето им с цените в Република България съобразно действащия към съответния период Национален рамков договор.

г) всякаква друга допълнителна информация от компетентността на друга дирекция в ЦУ на НЗОК.

Чл. 8. При извършване на своята дейност, служителите от отдел ВРОЗ спазват принципите, установени в Закона за администрацията и в Административнопроцесуалния кодекс, съобразно функциите, заложи в Правилника за устройството и дейността на Националната здравноосигурителна каса, функционалната характеристика на дирекция МДКССС и персоналните длъжностни характеристики на служителите.

Глава II

Процедури и правила за работа

Раздел III

Процедура и правила за работа при разглеждане на документи за възстановяване на разходи за получена необходима спешна или неотложна медицинска помощ при временно пребиваване в друга държава-членка на ЕС, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, или в изпълнение на двустранни спогодби/договори за социално осигуряване

Чл.9. (1) За възстановяване на разходи за получена необходима медицинска помощ или подходящо (планово) лечение по реда на Регламент (ЕО) № 987/2009 и двустранни спогодби/договори за социално осигуряване, включващи в обхвата си здравно осигуряване, лицата подават в Централното управление (ЦУ) на Национална здравноосигурителна каса (НЗОК) заявление по утвърден от Управителя на НЗОК образец.

(2) В случаите, когато заявленията са подадени в Районна здравноосигурителна каса, същата е длъжна да ги препрати в оригинал в ЦУ на НЗОК в тридневен срок от получаването им.

(3) Заявлението се подава от лицето, което е ползвало и е заплатило оказаната здравна услуга, съответно от негов родител, настойник или попечител, или от техен пълномощник, не по-късно от 5 години от ползването на съответната здравна услуга.

(4) При подаване на заявлението от лице на възраст от 14 до 18 години, както и от ограничено дееспособно лице, заявлението и останалите документи, които изискват подпис на лицето, се приподписват и от неговите родители, съответно попечители.

(5) За възстановяване на разходи, заплатени в друга държава-членка за ползвани здравни услуги по ал. 1 от дете, настанено по съдебен или по административен ред извън семейството, заявлението се подава от:

1. лицата, при които детето е настанено по съдебен ред - след положително становище на дирекция "Социално подпомагане";

2. директора на Дирекция "Социално подпомагане", със заповед на който детето е настанено по административен ред.

(6) Когато лицето, на което е оказана необходимата медицинска помощ или подходящото планово лечение впоследствие е починало, заявлението се подава от негов/и наследник/ци.

(7) Към заявлението за възстановяване на разходи по реда на Регламент (ЕО) № 987/2009 и двустранни спогодби/договори за социално осигуряване, включващи в обхвата си здравно осигуряване, се прилагат следните документи:

1. Декларация в свободен текст за съгласие за предоставяне на лични данни на лицето, на което е оказана медицинска помощ, и на заявителя, в случаите когато заявлението е подадено от упълномощен представител на лицето, на което е оказана медицинска помощ.

2. Оригинали на разходооправдателни документи, доказващи оказаната медицинска/дентална помощ или закупени лекарствени продукти (фактури, сметки и др.) с превод на български език;

3. Оригинали на платежни документи (квитанция, касов бон, извлечение от банкова сметка и др.) с превод на български език, удостоверяващи извършено плащане по представените разходооправдателни документи за получената медицинска/дентална помощ или закупени лекарствени продукти;

4. Копие на медицинска документация с превод на български език, удостоверяваща получената медицинска/дентална помощ или закупени лекарствени медикаменти и периода на извършването ѝ;

5. Заверено копие от документ, издаден от банка, в потвърждение на данните за личния IBAN номер на банкова сметка в български левове на лицето;

6. Заверено копие от документ, удостоверяващ качеството на настойник (за напълно недееспособните лица), попечител, родител;

7. Заверено копие от Акт за раждане и задграничен паспорт (лична карта) на дете (при подаване на заявлението от родител).

8. Нотариално заверено пълномощно – оригинал или нотариално заверено копие (при подаване на заявлението от пълномощник), в което изрично е посочено, че пълномощникът се упълномощава да подаде в НЗОК заявление и съответни документи към него за възстановяване на разходи за оказана необходима медицинска помощ/оказано подходящо (планово) лечение в конкретен случай, както и на каква база да бъде извършено възстановяването, както и да получи по своя сметка определената сума за възстановяване по съответното заявление (в случай, че това е желанието на заявителя);

9. Актуално удостоверение за наследници на лицето, на което е оказана медицинската помощ;

(8) В случаите, когато е заявено възстановяване на пълния размер или на част от разходите за получено подходящо (планово) лечение, към документите се прилагат заверено копие на издадено от НЗОК разрешение за подходящо (планово) лечение и приложен формуляр S2 „Право на планирано лечение” в чужбина.

(9) При подаване на заявлението от наследник/ци, те представят:

1. Заверено копие на документ издаден от съответна банка, в потвърждение на данните за личния IBAN номер на открита обща банкова сметка в български лева на всички от наследниците или

2. Оригинален документ, издаден от съответна банка, в потвърждение на данните за личния IBAN номер на лична банкова сметка на определен наследник и нотариално заверени декларации от останалите наследници, че са съгласни сумата, подлежаща на възстановяване от бюджета на НЗОК по съответното подадено заявление, да бъде преведена по личната банкова сметка на този определен наследник.

(10) При подаване на заявлението от лице на възраст от 14 до 18 години, както и от ограничено дееспособно лице, заявлението се приподписва от негов родител, респективно попечител.

(11) Образците на заявления и другите изискуемите документи за възстановяване на разходи и изискванията към тях се обявяват на официалната интернет страница на НЗОК с цел достъпност на заинтересованите лица.

Чл. 10. (1) Постъпилите в ЦУ и НЗОК и РЗОК заявления с приложените към тях документи се завеждат в деловодството на ЦУ на НЗОК под номера за документи, свързани с прилагане на чл. 25 (Б) параграф 5-9, чл. 26 (Б) параграф 6-7 от Регламент (ЕО) № 987/2009, двустранни спогодби/договори или по реда на Директива 2011/24/ЕС, транспонирана с Наредба № 5 от 21.03.2014 г. за условията и реда за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване (Наредба № 5).

(2) Запитванията за ставки за обезщетения в натура с формуляр E126 BG се изготвят от служител от отдел ВРОЗ ведно с приложените документи се изпращат за подпис до Управителя на НЗОК. Същите се извеждат в деловодството на ЦУ на НЗОК и се изпращат към съответните институции в чужбина с обратна разписка.

(3) Отговорите от съответните чужди институции към запитванията по ал. 2 се завеждат и качват в електронната информационна система Архимед с входящ номер към съответното заявление и се насочват към отговорните служители в дирекция МДКССС.

(4) Запитванията от чуждестранни осигурителни институции за ставките по чл. 2, т. 3 се завеждат в деловодството на ЦУ на НЗОК с входящ номер, и след като се качат в електронната информационна система Архимед, се насочват към отговорните служители от дирекция МДКССС.

(5) Оригиналите на преписките по ал. 1-4 се предават в отдел ВРОЗ към дирекция МДКССС за разглеждане по реда на настоящите правила.

(6) В случаите, когато информацията по изпращане на запитване за ставки и получаване на отговор постъпва и се изпраща чрез системата за електронен обмен на

социалноосигурителна информация (EESSI) между държавите-членки на ЕС, страните от ЕИП и Конфедерация Швейцария, тя се отразява в електронната информационна система Архимед на НЗОК и обработка от служител на отдел ВРОЗ.

Чл. 11. (1) При разглеждане на заявление по чл. 2, служител от отдел ВРОЗ проверява предпоставките за неговата допустимост:

1. Липса на влязъл в сила индивидуален административен акт - решение на Управителя на НЗОК по заявление на същото лице със същия предмет;

2. Липса на висящо административно производство със същия предмет, пред същия орган, и с участието на същата страна, независимо дали е във фазата на издаване или оспорване;

3. Наличие на правен интерес на лицето/лицата, което/които претендира/т възстановяване на разходи.

4. Да не са изминали повече от 5 години от оказване на съответната здравна помощ.

(2) При установяване на недопустимост на заявлението управителят на НЗОК оставя без разглеждане заявлението и прекратява производството по преписката. Заповедта за прекратяване на производството се изпраща на заявителя в тридневен срок от издаването ѝ. При подадено писмено искане от заявителя му се връщат представените към заявлението документи.

(3) В случай че се установи, че лицето иска възстановяване на разходи за здравни услуги, които се заплащат от бюджета на Министерството на здравеопазването, преписката се препраща по компетентност на Министерството на здравеопазването, с изключение на услугите по чл. 82, ал. 1а и 3 от Закона за здравето.

Чл. 12. (1) Запитванията по чл. 2, т. 3 се обработват от служител на отдел ВРОЗ по реда на Регламент (ЕО) № 987/2009 . Доколкото в Регламент (ЕО) № 987/2009 не е посочен срок и начин за тяхната обработка, запитванията се обработват по реда на тяхното пристигане или по план-график, определен от началника на отдел ВРОЗ, и се изпраща отговор в разумен срок и съгласно правото на добра администрация.

(2) Запитванията могат да бъдат получени по поща, по ел. поща или през електронната система за обмен на осигурителна информация EESSI. В зависимост от начина на тяхното постъпване в НЗОК, запитванията се обработват по следния начин:

1. При получаване по поща, запитванията се завеждат с пореден номер от регистъра на базата данни на отдел ВРОЗ, извършва се проверка за наличие на договор между НЗОК и доставчика на медицински услуги и продукти, извършва се и проверка за проведено лечение на лицето, подало заявлението до чуждата институция.

2. При получаване по електронна поща, запитванията се завеждат с пореден номер съобразно регистъра с базата данни на отдел ВРОЗ, извършва се проверка за наличие на договор между НЗОК и доставчика на медицински услуги и продукти, извършва се и проверка за проведеното лечение от лицето, подало заявлението до чуждата институция.

3. При получаване по системата EESSI, запитванията се завеждат с пореден номер от регистъра с базата данни на отдел ВРОЗ, както и с входящ номер от EESSI, извършва се проверка за наличие на договор между НЗОК и доставчика на медицински услуги и продукти, извършва се и проверка за проведено лечение на лицето, подало заявлението до чуждата институция.

4. Обработеното запитване се предоставя на лице с висше медицинско образование за остойностяване и медицинска обосновка.

(3) Служител от отдел ВРОЗ изготвя Лист за установяване на основанието и оценка на заявените суми, подлежащи на възстановяване/отказ и докладна записка, в които са отразени всички данни от запитването, направените проверки и оценката на медицинската документация и заедно със запитването ги изпраща за съгласуване с

началника на отдел ВРОЗ, директор на дирекция МДКССС и Управителя на НЗОК.

(4) В зависимост от начина на постъпването на запитванията в НЗОК, отговорите на запитванията се изпращат по следния начин:

1. Едно копие от преписката с отговореното и съгласувано запитване, получено по поща, се изпраща по поща до съответната институция с обратна разписка, а другото копие от запитването се връща към отдел ВРОЗ за съхранение.

2. Едно копие от преписката с отговореното и съгласувано запитване, получено по електронната поща, се изпраща по поща, а другото копие от запитването се връща към отдел ВРОЗ, за да бъде изпратено по електронна поща и за съхранение.

3. Отговореното и съгласувано запитване, получено по EESSI, се връща към отдел ВРОЗ, за да бъде изпратено по EESSI и за съхранение.

Чл. 13. (1) В случаите, когато е установена непълнота или несъответствие на изискуемите документи, служител от отдел ВРОЗ изготвя и изпраща писмено уведомление до заявителя за това обстоятелство, в което му се определя срок до 2 (два) месеца, считано от датата на получаване на писмото, за представяне на съответните документи. В тези случаи, сроковете за разглеждане и решаване на преписката спират да текат до представяне на необходимите документи.

(2) При неотстраняване на непълнотата или несъответствието в указания срок по ал. 1, управителят на НЗОК прекратява производството по преписката. Заповедта за прекратяване на производството се изпраща на заявителя в тридневен срок от издаването ѝ. При подадено писмено искане от заявителя му се връщат представените към заявлението документи.

Чл. 14. Постъпилите заявления по чл. 2 се обработват в следните срокове:

1. Обработката на заявленията по чл. 2 започва в срок от три дни от постъпването му в отдел ВРОЗ;

2. За проверка на здравноосигурителния статус на лицето към момента на оказване на необходимата медицинска помощ/подходящото (планово) лечение, служител от отдел ВРОЗ изпраща заявка към дирекция "Информационни технологии и системи за здравноосигурителни плащания" (ИТСЗОП) в ЦУ на НЗОК в срок до три дни от започването на обработката на заявлението;

3. Служител от Дирекция ИТСЗОП извършва проверка на здравноосигурителния статус на лицето към момента на оказване на необходимата медицинска/дентална помощ и връща резултата на служител на отдел ВРОЗ.

4. При установена непълнота на изискуемата документация, служител от отдел ВРОЗ в срок до пет дни от получаване на информацията по т. 3 изпраща писмо до заявителя по реда на чл.13;

5. При установяване на недопустимост на заявлението, в срок до три дни от получаване на информацията по т. 3, служител от отдел ВРОЗ изпраща писмо до заявителя, с което се уведомява относно това обстоятелство;

6. В срок до пет дни от получаване на информацията по т. 3, служител от отдел ВРОЗ подготвя и изпраща „Запитване за ставките за възстановяване на обезщетения в натура - престой”, отправено с S067/E126 до институцията по място на оказване на помощта, придружено от копия на платежните и медицински документи, за лицата с установени непрекъснати здравноосигурителни права или S069 „Запитване за ставки за възстановяване – лечение по график”, придружено от копия на платежните и медицински документи.

7. Преписка по заявление по чл. 2, т. 1 се разглежда от служител в отдел ВРОЗ в срок до пет дни от постъпване на S068 „Отговор за ставките за възстановяване на обезщетения в натура - престой” или E126;

8. Преписка по заявление по чл. 2, т. 4 се разглежда от служител в отдел ВРОЗ в

срок до пет дни от постъпване на S070 „Отговор за ставки за възстановяване – лечение по график”;

Чл. 15. (1) При разглеждане на преписка по чл. 2, служител в отдел ВРОЗ може да извърши преценка, че е налице необходимост от:

- а) допълнителна информация от компетентността на РЗОК или друга институция;
- б) превод на български език;
- в) **отм.**

(2) При разглеждане на преписка по чл. 2, служител в отдел ВРОЗ може да извърши преценка, че е налице необходимост от:

- а) допълнителна информация от компетентността на РЗОК или друга институция;
- б) превод на български език
- в) писмени становища от експертните съвети определени със заповед на Министъра на здравеопазването; председателите на научните дружества по съответните медицински специалности, относно съответствието на реално оказаното на лицето лечение в чужбина и лечението, посочено в разрешението за подходящо (планово) лечение (формуляр S2).

(3) Служител от отдел ВРОЗ изготвя и изпраща писмата с искане на допълнителна информация по ал. 1 и ал. 2, в срок до три дни след като е установена необходимостта от допълнителна информация/писмени становища.

Чл. 16. (1) В случай, че заявлението е редовно и допустимо преписката се разглежда по същество.

(2) При всички случаи възстановяването на разходи на осигуреното лице не следва да превишава сумата на реално извършените от него разходи.

(3) В случаите, когато заявлението не е от компетентността на НЗОК, то се изпраща на съответния компетентен орган.

(4) **Отм.**

(5) **Отм.**

(6) **Отм.**

(7) **Отм.**

(8) **Отм.**

Чл. 17. (1) При разглеждане на преписка по чл. 2, при която заявителят е дал съгласие в заявлението за възстановяване на разходи „по цени на чужда институция”, в случай, че законодателството на държавата-членка, в която е оказана медицинската помощ, не предвижда ставки за възстановяване съгласно отговор (E126/S068), началникът на отдел ВРОЗ по своя преценка може да даде положително становище разходите да бъдат възстановени по цени на НЗОК, без съгласието на заявителя.

(2). При разглеждане на преписка по чл. 2, при която заявителят е дал съгласие в заявлението за възстановяване на разходи „по цени на НЗОК”, служител с висше медицинско образование от отдел ВРОЗ проверява дали заплатената необходима медицинска помощ е включена в пакета на компетентните институции в Република България, относно обезщетенията в натура по Регламент (ЕО) № 883/200 и ако е тя е включена, дава положително становище за извършване на плащане.

(3). Служител на отдел ВРОЗ с висше медицинско образование определя размера на подлежащите на възстановяване суми по цени на заплащане от НЗОК.

Чл. 18. (1) При констатирано наличие на основание за възстановяване на разходи по разглеждано заявление по чл. 2, т. 1 или т. 4 началникът на отдел ВРОЗ представя на директора на дирекция МДКССС проект на докладна записка до управителя на НЗОК с

приложен към нея проект на мотивирано решение за възстановяване на разходи, в което се посочва основанието и конкретния размер на сумата подлежаща на възстановяване.

(2) При липса на основание за възстановяване на разходи по разглежданото заявление по чл. 2, т. 1 или т. 4, началникът на отдел ВРОЗ представя на директора на дирекция МДКССС проект на докладна записка до Управителя на НЗОК с приложен към нея проект на мотивирано решение за отказ от възстановяване на средства.

(3) Директорът на дирекция МДКССС подписва представения проект на докладна записка след съгласуването му от началника на отдел ВРОЗ и го изпраща до управителя на НЗОК ведно с приложенията или го връща на началника на отдел ВРОЗ за преразглеждане с писмени указания.

(4) Докладната записка по ал. 1 и ал. 2 се изготвя от служител на отдел ВРОЗ.

Чл. 19. (1) При основателност на заявление по чл. 2, т. 1 Управителят на НЗОК издава мотивирано решение, с което се разрешава възстановяване на разходите на заявителя за оказаната необходима медицинска помощ или оказаното подходящо (планово) лечение. В него се посочва размера на подлежащата на възстановяване сума, съответстваща на сумата, посочена в докладната записка по чл. 18.

(2) Управителят на НЗОК издава мотивирано решение за отказ за възстановяване на разходи при неоснователност на заявление по чл. 2, т. 1 за спешно и неотложно лечение, когато:

1. На лицето не е оказана необходима медицинска помощ при временния му престой в друга държава-членка на ЕС, държава от ЕИП, Конфедерация Швейцария, съгласно Споразумението за оттегляне на Обединеното кралство и Северна Ирландия от ЕС или по Споразумението за търговия и сътрудничество между Европейския съюз и Европейската общност за атомна енергия и Обединеното кралство Великобритания и Северна Ирландия или в трета страна, с която Република България има сключена спогодба/договор в областта на здравното осигуряване;

2. Оказаната медицинска помощ не фигурира в пакета от медицински дейности, заплащани от публичната система на здравеопазване на държавата по временно пребиваване;

3. Медицинската помощ не е оказана от изпълнител на медицинска помощ чрез публичната система на здравеопазване на държавата по временно пребиваване;

4. Заплатената сума за оказаната медицинска помощ представлява потребителска такса или е дължимата от пациента част от стойността на лечението, установена в законодателството на държавата по място на оказване на помощта;

5. Оказаната медицинска помощ е планова помощ;

6. Лицето е с прекъснати здравноосигурителни права към момента на получаване на медицинската помощ.

7. Полученият отговор по чл. 14, т. 7 от институцията по мястото на престой съдържа отказ за възстановяване на разходи.

(3) Управителят на НЗОК издава мотивирано решение за отказ за възстановяване на разходи, при неоснователност на заявление по чл. 2, т. 1 за проведено подходящо (планово) лечение, когато:

1. Няма издадено разрешение за подходящо (планово) лечение;

2. Оказаното подходящо (планово) лечение не фигурира в пакета от медицински дейности, заплащани от публичната система на здравеопазване на държавата по мястото на оказване на лечението;

3. Лечението не е оказано от изпълнител на медицинска помощ чрез публичната система на здравеопазване на държавата по мястото на предоставянето му;

4. Заплатената сума за оказаното подходящо (планово) лечение представлява потребителска такса или е дължимата от пациента част от стойността на лечението, установена в законодателството на държавата по място на оказване на помощта;

5. Лицето е с прекъснати здравноосигурителни права към момента на получаване на лечението.

(4) Управителят на НЗОК може да върне докладната записка по чл. 18 на директора на дирекция МДКССС за преразглеждане, с писмено указване на мотивите за това.

(5) Решенията по ал. 1, ал. 2 или ал. 3 се изпращат на заявителя в тридневен срок от издаването им, с придружително писмо. В приложимите случаи към писмото се прилага и копие на отговора по чл. 14, т. 7 от институцията по мястото на престой.

(6) При подадено писмено искане от заявителя му се връщат представените към заявлението оригинали и копия на документи.

(7) Решенията по ал. 1, ал. 2 и ал. 3 подлежат на обжалване по реда на Административнопроцесуалния кодекс.

Чл. 20. Управителят на НЗОК може да делегира със заповед до директора на дирекция МДКССС подписване на следната изходяща кореспонденция, свързана с дейността определена в чл. 1:

1. Запитвания за ставки към чужди институции - формуляри E126 или структурирани електронни документи (СЕД) S067 или S069 към органите за връзка на другите държави-членки или искане за възстановяване на обезщетения в натура по договор/спогодба, за ставките на заплащане на институцията по мястото на получаване на помощта;

2. Отговорите (E126/S068/S070) по изпратени справки (E126/S067/S069);

3. Исканията за допълнителна информация или писмени становища;

4. Друга текуща информация извън изброената в т. 1-3.

Чл. 21. (1) Отговорите (E126/S068/S070), по изпратени справки към институцията - подател се състоят от:

1. Попълнен S068 или единият екземпляр от изпратените справки E126 с попълнена част В, или искане за възстановяване на обезщетения в натура по договор/спогодба.

2. Копия на придружаващата го документация с отбелязани финансови и медицински документи, по които се дължи възстановяване.

3. Попълнен S070, копие на придружаващата го документация и копие на S069.

(2) Копие S068/S070, копие на S067/S069 или вторият екземпляр на E126 по изпратени справки и копие на придружаващата документация се запазват в архива на дирекция МДКССС.

Чл. 22 (1) При разрешено възстановяване на разходи по заявление по чл. 2, т. 1 дирекция МДКССС стартира процедурата за извършване на разход. Заявката за извършване на разход се придружава от:

1. Копие на решението на управителя на НЗОК за извършване на разхода по възстановяване на лицето на определената сума;

2. Оригинал на докладна записка от директора на дирекция МДКССС до Управителя на НЗОК;

3. Оригинал на заявлението по чл. 2, т. 1 на лицето, и придружаващите го финансови документи, по които е разрешено възстановяване на разходи, като плащанията се извършват по посочения от титуляра по заявлението, IBAN номер на банкова сметка;

4. Копие на справка за здравноосигурителния статус на лицето за периода на получаване на помощта;

5. Копие на отговора (S068 или E126) по запитване за информация (S067 или E126), или искане за възстановяване на обезщетения в натура по договор/спогодба от институцията по мястото на временното пребиваване;

6. Копие на утвърдените от Административната комисия на Европейския съюз обменни курсове на валутите, приложими за съответния период на възстановяване на

разходите или референтен обменен курс на валутите, приложим за съответния период на възстановяване на разходите, публикуван от Европейската централна банка.

(2) Плащанията се извършват по посочен от титуляра по заявлението актуален IBAN номер на банкова сметка в български лева.

(3) В случай, че плащанията се извършват по посочен от титуляра по заявлението актуален IBAN номер на банкова сметка в чужда валута всички банкови такси за превалутиране и банков превод са за сметка на заявителя.

Чл. 23 При разглеждане на заявления по чл. 2, т. 4 се прилагат разпоредбите на този раздел доколкото не противоречат на съответната двустранна спогодба/договор за социално осигуряване.

Раздел IV

Условия и ред за възстановяване от НЗОК на разходи при упражняване на правото на трансгранично здравно обслужване

Чл. 24. (1) Трансграничното здравно обслужване в ЕС е здравно обслужване, предоставено или предписано в държава-членка, различна от държавата-членка по осигуряване.

(2) Здравното обслужване по ал. 1 може да бъде предоставено или предписано от всяко лечебно заведение, независимо от неговата собственост, организация или финансиране.

Чл. 25. (1) Право на трансгранично здравно обслужване имат всички здравноосигурени в НЗОК лица по отношение на медицинската помощ по чл. 45, ал. 1, т. 1-14 от Закона за здравното осигуряване.

(2) По отношение на здравните услуги, заплащани от бюджета на Министерството на здравеопазването, право на трансгранично здравно обслужване имат всички български граждани и лица по чл. 83, алинеи 1 и 3 от Закона за здравето.

Чл. 26. (1) Правото на трансгранично здравно обслужване не включва:

1. Предоставянето на органи с цел трансплантация и достъпа до такива органи;

2. Дългосрочните грижи за пациенти с хронични физически или психически увреждания, които включват услуги, чиято цел е оказване на подкрепа и съдействие при извършването на рутинни, ежедневни задачи за продължителен период от време;

3. Дейностите по национални и общински имунизационни програми;

4. Случаите, в които се прилагат механизмите/правилата за координация на системите за социална сигурност или действащи двустранни спогодби за социална сигурност с други държави, включващи в обхвата си здравно осигуряване;

5. Продажбата на лекарствени продукти и медицински изделия по интернет.

(2) Правото на трансгранично здравно обслужване не включва и здравните услуги, които се заплащат по реда на Наредба № 2 от 27.03.2019 г. за медицинските и други услуги по чл. 82, ал. 1а и 3 от Закона за здравето и за реда и условията за тяхното одобряване, ползване и заплащане (ДВ, бр. 26 от 2019 г.) с изключение на заплащаните по нея медицински изделия, необходими за осъществяването на здравни услуги, за които е получено предварително разрешение за възстановяване на разходите по чл. 25, ал. 1.

Чл. 27. (1) При упражняване правото на трансгранично здравно обслужване лицата по чл. 25 заплащат на лечебното заведение в държавата членка по местолечение стойността на предоставеното им здравно обслужване.

(2) Лицата по ал. 1 имат право да им бъдат възстановени разходите за предоставеното им здравно обслужване в държавата членка по местолечение, до размера на разходите, които НЗОК заплаща за съответното здравно обслужване, ако е извършено на територията на България.

(3) В случай, че стойността на предоставеното в друга държава-членка здравно обслужване е по-малка от стойността, която НЗОК заплаща за съответното здравно обслужване, ако е извършено на територията на България, на лицата по ал. 1 се възстановява не повече от действително направените разходи.

(4) Не се възстановяват разходи за:

1. Здравни услуги, които не са в обхвата на чл. 25 или са изключени от правото на трансгранично здравно обслужване с чл. 26;

2. Лекарствени продукти, които не са включени в Позитивния лекарствен списък по чл. 262, ал. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ);

3. медицински изделия, които не са включени в списъците по чл. 13, ал. 2 от Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК (обн., ДВ, бр. 24 от 2009 г.), с изключение на медицинските изделия, които се заплащат по реда на Наредба № 2 от 2019 г., необходими за осъществяването на здравни услуги, за които е получено предварително разрешение за възстановяване на разходите по чл. 25, ал. 1;

4. диетични храни за специални медицински цели, които не са определени от надзорния съвет на НЗОК съгласно чл. 56, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване.

Чл. 28. (1) За възстановяване на разходи, заплатени в друга държава-членка за ползвани извънболнични здравни услуги по чл. 25, ал. 1, лицата подават в Централно управление (ЦУ) на НЗОК или в съответната Районна здравноосигурителна каса заявление по образец, утвърден от управителя на НЗОК.

(2) В случаите, когато заявленията са подадени в Районна здравноосигурителна каса, същата е длъжна да ги препрати в оригинал в ЦУ на НЗОК, в 3-дневен срок от получаването им.

(3) Заявленията се подават от лицето, което е ползвало и заплатило оказаната здравна услуга, съответно от негов родител, настойник или попечител, или от техен пълномощник, не по-късно от 5 години от ползването на съответната здравна услуга.

(4) При подаване на заявлението от лице на възраст от 14 до 18 години, както и от ограничено дееспособно лице, заявлението и останалите документи, които изискват подпис на лицето, се преподписват от неговите родители, съответно попечители.

(5) За възстановяване на разходи, заплатени в друга държава-членка за ползвани здравни услуги по ал. 1 от дете, настанено по съдебен или по административен ред извън семейството, заявлението се подава от:

1. Лицата, при които детето е настанено по съдебен ред - след положително становище на дирекция "Социално подпомагане";

2. Директора на Дирекция "Социално подпомагане", със заповед на който детето е настанено по административен ред.

(6) Когато лицето, което е заплатило за оказаната здравна услуга впоследствие е починало, заявлението се подава от негов/и наследник/ци.

(7) Към заявлението се прилагат следните документи:

1. Декларация в свободен текст за съгласие за предоставяне на лични данни на лицето, на което е оказана медицинска помощ, и на заявителя, в случаите когато заявлението е подадено от упълномощен представител на лицето, на което е оказана медицинска помощ.

2. **Отг.;**

3. Оригинали на платежни документи (квитанция, касов бон, извлечение от банкова сметка и др.) с превод на български език, удостоверяващи извършено плащане по представените разходооправдателни документи за получената медицинска/дентална помощ

или закупени лекарствени медикаменти;

4. Копие на медицинска документация с превод на български език, удостоверяваща получената медицинска/дентална помощ или закупени лекарствени медикаменти и периода на извършването ѝ;

5. Оригинал на документ, издаден от съответна банка, в потвърждение на данните за личния IBAN номер на банкова сметка в български лева на лицето;

6. Заверено копие от документ, удостоверяващ качеството на настойник (за напълно недееспособните лица), попечител, родител;

7. Заверено копие от Акт за раждане и задграничен паспорт (лична карта) на дете (при подаване на заявлението от родител).

8. Нотариално заверено пълномощно – оригинал или нотариално заверено копие (при подаване на заявлението от пълномощник), в което изрично е посочено, че пълномощникът се упълномощава да подаде в НЗОК заявление и съответни документи към него за възстановяване на разходи за оказана необходима медицинска помощ/оказано подходящо (планово) лечение в конкретен случай, както и на каква база да бъде извършено възстановяването, както и да получи по своя сметка определена сума за възстановяване по съответното заявление (в случай, че това е желанието на заявителя);

9. Актуално удостоверение за наследници на лицето, на което е оказана медицинската помощ.

(8) В случаите, когато е заявено възстановяване на пълния размер или на част от разходите за получено подходящо (планово) лечение, към документите по ал. 5 се прилага издадено разрешение за подходящо (планово) лечение, издадено от НЗОК

(9) При подаване на заявлението от наследник/ци, те представят:

1. Оригинал от документ, издаден от съответна банка, в потвърждение на данните за личния IBAN номер на открита обща банкова сметка в български лева на всички от наследниците или

2. Оригинал от документ, издаден от съответна банка, в потвърждение на данните за личния IBAN номер на лична банкова сметка в български лева на определен наследник и нотариално заверени декларации от останалите наследници, че са съгласни сумата, подлежаща на възстановяване от бюджета на НЗОК, да бъде преведена по личната банкова сметка на този определен наследник.

(10) При подаване на заявлението от лице на възраст от 14 до 18 години, както и от ограничено дееспособно лице, заявлението се преподписва от негов родител, респективно попечител.

(11) Изискуемите документи за възстановяване на разходи и изискванията към тях се обявяват на официалната интернет страница на НЗОК с цел достъпност на заинтересованите лица.

Чл. 29 (1) За възстановяване на разходи, заплатени в друга държава-членка за предоставена високоспециализирана извънболнична здравна услуга по приложение № 2 от Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, и болнична здравна услуга, изпълнявана по амбулаторна процедура от приложение № 7 от посочената наредба, с изключение на амбулаторните процедури по приложението към чл. 19, ал. 1 от Наредба № 5, за ползването на която на територията на Република България се изисква (съгласно НРД) получаване на направление/разрешение за извършване, освен документите по чл. 9 от настоящите правила, лицата представят и:

1. Оригинал на направление за извършване на здравната услуга, издадено при условията и по реда на националните рамкови договори по чл. 53, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване от лекар/лекар по дентална медицина, работещ в лечебно заведение, сключило договор с НЗОК;

2. Медицинската документация, свързана с резултатите от извършването на здравната услуга в другата държава-членка (епикризи, резултати от изследване и др.).

(2) Списъкът със здравните услуги по ал. 1 се обявява и на официалната Интернет страница на НЗОК.

Чл. 30. (1) Всички документи на чужд език следва да са придружени с превод на български език.

Чл. 31. (1) При разглеждане на заявлението служител в отдел ВРОЗ на дирекция МДКССС проверява предпоставките за неговата допустимост:

1. Липса на влязъл в сила индивидуален административен акт - решение по заявление на същото лице със същия предмет;

2. Липса на висящо административно производство със същия предмет, пред същия орган и с участието на същата страна независимо дали е във фазата на издаване или оспорване;

3. Наличие на правен интерес на лицето, което претендира възстановяване на разходи;

4. Да не са изминали повече от 5 години от ползването на съответното здравно обслужване.

(2) При установяване на недопустимост на заявлението управителят на НЗОК прекратява производството по преписката. Заповедта за прекратяване на производството се изпраща на заявителя в тридневен срок от издаването ѝ. При подадено писмено искане от заявителя му се връщат представените към заявлението документи.

(3) В случай че се установи, че лицето иска възстановяване на разходи за здравни услуги, които се заплащат от бюджета на Министерството на здравеопазването, с изключение на услугите по чл. 82, ал. 1а и 3 от Закона за здравето, преписката се препраща по компетентност на Министерството на здравеопазването.

Чл. 32. (1) В случаите, когато е установена непълнота или несъответствие в изискуемите документи, заявителят писмено се уведомява за това обстоятелство, като му определя срок до 2 месеца, считано от датата на получаване на писмото, за представяне на съответните документи. В тези случаи, срокът за разглеждане и произнасяне по заявлението спира да тече до представяне на необходимите документи.

(2) При неотстраняване на непълнотата или несъответствието в указания срок по ал. 1 управителят на НЗОК прекратява производството по преписката. Заповедта за прекратяване на производството се изпраща на заявителя в тридневен срок от издаването ѝ. При подадено писмено искане от заявителя му се връщат представените към заявлението документи.

Чл. 33 Постъпилите заявления се обработват в следните срокове:

1. Обработката на заявленията по чл. 2 започва в срок от три дни от постъпването му в отдел ВРОЗ;

2. За проверка на здравноосигурителния статус на лицето към момента на оказване на необходимата медицинска помощ/подходящото (планово) лечение, служител от отдел ВРОЗ изпраща заявка към дирекция "Информационни технологии и системи за здравноосигурителни плащания" (ИТСЗОП) в ЦУ на НЗОК в срок до три дни от започването на обработката на заявлението;

3. Служител от Дирекция ИТСЗОП извършва проверка на здравноосигурителния статус на лицето към момента на оказване на необходимата медицинска помощ и връща резултата на служител на отдел ВРОЗ.

4. При установена непълнота на изискуемата документация, служител от отдел ВРОЗ в срок до пет дни от получаване на информацията по т. 3 изпраща писмо до заявителя по реда на чл.32;

5. При установяване на недопустимост на заявлението в срок до три дни от

получаване на информацията по т. 3, служител от отдел ВРОЗ изпраща писмо до заявителя по чл. 31;

6. Преписката по заявлението се разглежда от служител от отдел ВРОЗ в срок до пет дни от постъпване на справката по т. 3.

Чл. 34. При разглеждане на преписката по чл. 28 и чл. 29, служител от отдел ВРОЗ при необходимост подготвя за изпращане писмата с искане на допълнителна информация по чл. 15 в срок до пет дни, след като е установена необходимостта от допълнителна информация/писмени становища.

Чл. 35. (1) Управителят на НЗОК издава писмено разрешение за възстановяване на разходи за предоставено здравно обслужване в друга държава-членка, в което се посочва основанието и конкретния размер на сумата, подлежаща на възстановяване.

(2) Плащането се извършва по посочения от заявителя IBAN номер на банкова сметка в български левове от дирекция ФСД.

Чл. 36. (1) Управителят на НЗОК издава мотивиран отказ за възстановяване на разходите, когато:

1. лицето, на което са предоставени здравните услуги в друга държава-членка, не е здравноосигурено или е с прекъснати здравноосигурителни права към момента на получаване на здравните услуги;

2. предоставените здравни услуги не са в обхвата на медицинската помощ по чл. 45, ал. 1, т. 1 - 14 от Закона за здравното осигуряване;

3. предоставените здравни услуги подлежат на предварително разрешение за възстановяване на разходите съгласно чл. 19 от Наредба № 5 и такова не е издадено;

4. е поискано възстановяване на разходи за здравно обслужване по друг ред.

(2) След подписване и извеждане на решението по ал. 1, същото се изпраща незабавно на заявителя с придружително писмо с обратна разписка. При подадено писмено искане от заявителя му се връщат представените към заявлението оригинали и копия на документи.

(3) Отказът по ал. 1 подлежи на обжалване по реда на Административно процесуалния кодекс.

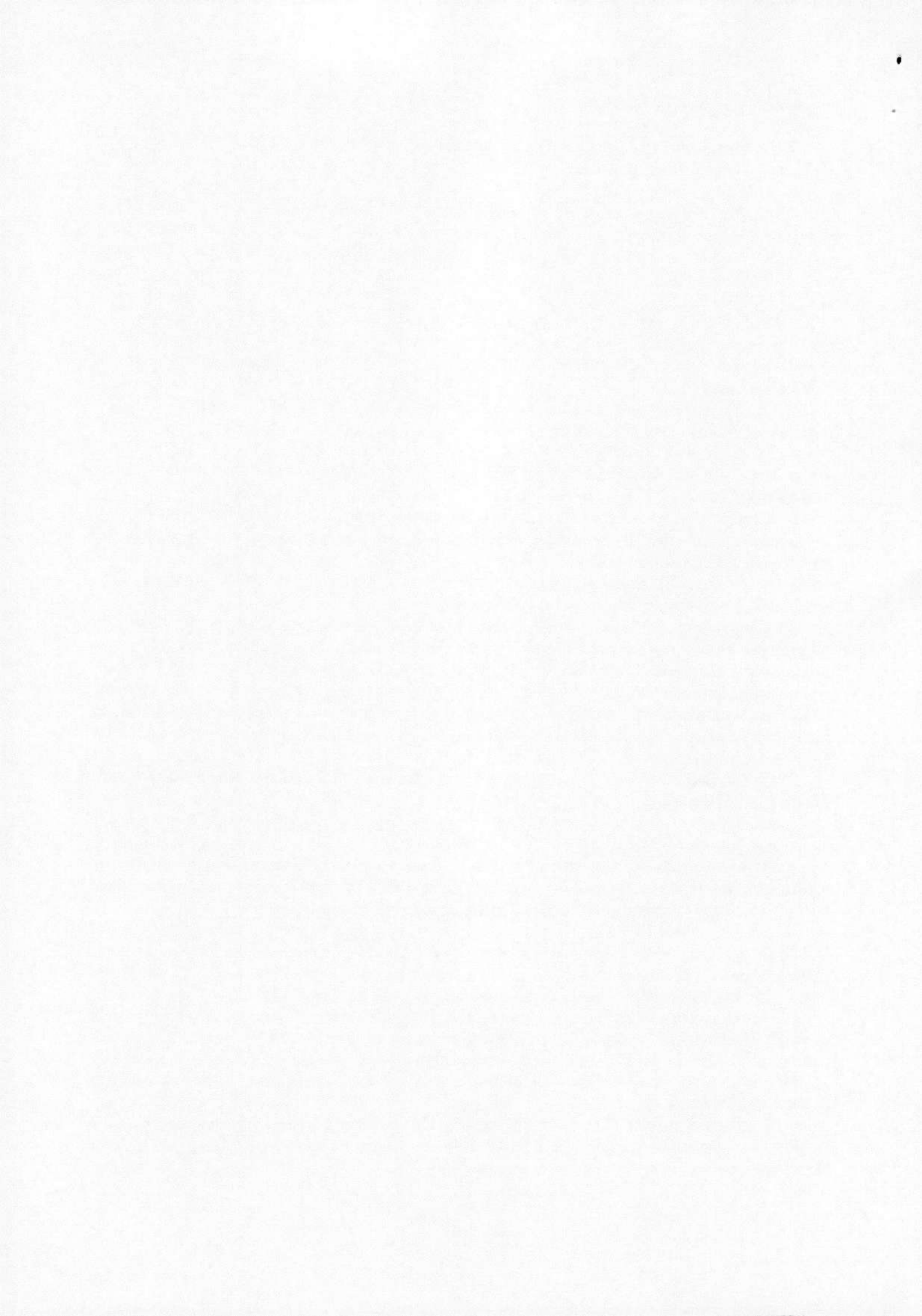
Раздел V.

Условия и ред за възстановяване от НЗОК на разходите за лекарствени продукти, диетични храни за специални медицински цели и медицински изделия по медицински предписания, изпълнени в друга държава-членка

Чл. 37. (1) На възстановяване от НЗОК подлежат разходите, заплатени в друга държава-членка, за лекарствени продукти, включени в приложение № 1 на ПЛС, предписани за заболявания, включени в списъка по ч. 45, ал. 4 от ЗЗО.

(2) За възстановяване на разходите по ал. 1 лицата подават в ЦУ на НЗОК или в съответната районна здравноосигурителна каса документите по чл. 28, както и копие на рецептурна бланка с всички попълнени в нея реквизити, включително дата на отпускане на лекарствените продукти, заверена от лицето с гриф "Вярно с оригинала", дата, три имена и подпис на заявителя.

(3) Рецептурната бланка по ал. 2 може да е издадена от лекар или лекар по дентална медицина от лечебно заведение за извънболнична помощ, сключило договор с НЗОК, или от лечебно заведение в друга държава-членка.



Чл. 38. (1) Разходите за заплатени в друга държава-членка лекарствени продукти се възстановяват до стойността, която НЗОК заплаща за съответния лекарствен продукт.

(2) Когато лекарственият продукт е предписан по международно непатентно наименование (INN), НЗОК заплаща стойност, равна на референтната стойност (в левове) за съответното INN, посочена в ПЛС, определена по реда на Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, приета с Постановление № 97 на Министерския съвет от 2013 г. (ДВ, бр. 40 от 2013 г.).

(3) Когато лекарственият продукт е предписан с търговско наименование, НЗОК заплаща стойност, равна на стойността на заплащане на съответния продукт, определена в приложение № 1 на ПЛС.

Чл. 39. (1) На възстановяване от НЗОК подлежат разходите, заплатени в друга държава-членка за медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, които отговарят на следните условия:

1. предназначени са за заболявания за домашно лечение, включени в списъка по чл. 45, ал. 4 от ЗЗО;

2. включени са в Списъка по чл. 13, ал. 2, т. 1 от Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК, и са определени за заплащане от Надзорния съвет на НЗОК съгласно чл. 56, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване.

(2) За възстановяване на разходите по ал. 1 лицата подават в ЦУ на НЗОК или в съответната районна здравноосигурителна каса документите по чл. 28, както и копие от рецептурна бланка с всички попълнени в нея реквизити, включително дата на отпускане на съответното медицинско изделие или диетична храна, заверена от лицето с гриф "Вярно с оригинала", дата, три имена и подпис на заявителя.

(3) Националната здравноосигурителна каса възстановява разходите за медицински изделия по ал. 1 до стойността, определена по реда на наредбата по чл. 30а, ал. 3 от Закона за медицинските изделия.

(4) Националната здравноосигурителна каса възстановява разходите за диетични храни по ал. 1 до стойността, определена за диетичната храна в списъка по чл. 18, ал. 2 от Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК.

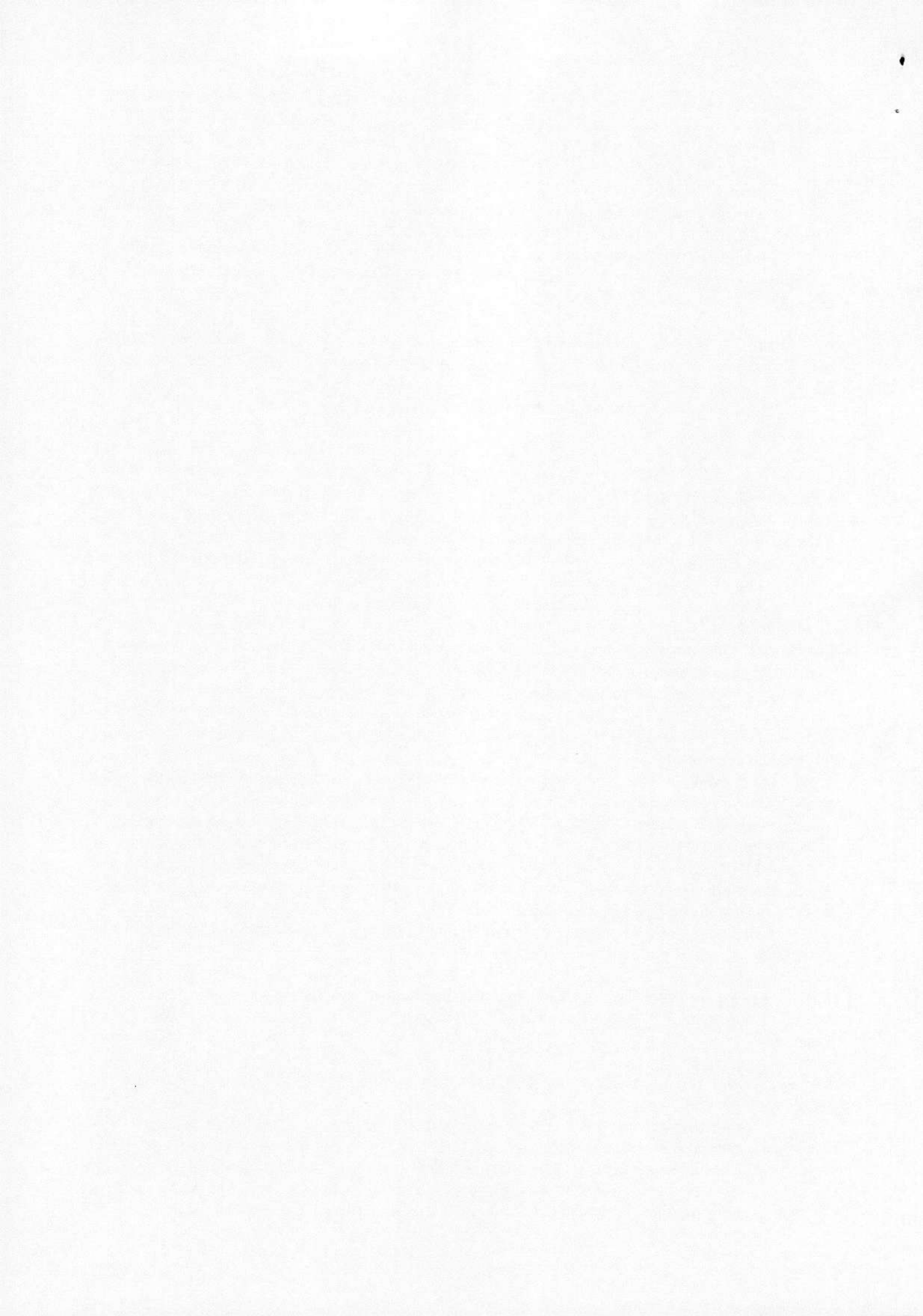
(5) Лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни, заплащани от НЗОК, се публикуват и на интернет страницата на НЗОК.

Чл. 40. По отношение на процедурата и сроковете за възстановяване на разходите по чл. 37, ал. 1 и чл. 39, ал. 1 се прилагат съответно разпоредбите на чл. 31 - 36 от тези правила.

Чл. 41. (1) Управителят на НЗОК издава мотивиран отказ за възстановяване на разходите, когато:

1. лицето, което е закупило лекарствените продукти, медицински изделия или диетични храни за специални медицински цели в друга държава-членка, не е здравно осигурено или е с прекъснати здравноосигурителни права към момента на закупуването им;

2. лекарствените продукти не са включени в приложение № 1 на ПЛС и/или не са за заболявания, включени в списъка по чл. 45, ал. 4 от Закона за здравното осигуряване;



3. медицинското изделие не е включено в списъка по чл. 13, ал. 2, т. 1 от Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК, и/или не е определено за заплащане от Надзорния съвет на НЗОК съгласно чл. 56, ал. 3 от Закона за здравето осигуряване;

4. диетичната храна не е определена със списъка по чл. 18, ал. 2 от Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК;

5. разходите за предоставените лекарствени продукти или медицински изделия подлежат на предварително разрешение за възстановяването им и такова не е издадено;

6. е поискано възстановяване на разходите за лекарствени продукти или медицински изделия по чл. 26.

(2) Отказът по ал. 1 подлежи на обжалване по реда на Административно-процесуалния кодекс.

Раздел VI.

Здравни услуги, лекарствени продукти и медицински изделия, за които се изисква предварително разрешение, за да бъдат възстановени от НЗОК разходите за трансгранично здравно обслужване.

Чл. 42. На предварително разрешение за възстановяване на разходите за трансгранично здравно обслужване подлежат здравните услуги, лекарствените продукти и медицинските изделия, посочени в приложението в Заключителните разпоредби на Наредба № 5.

Чл. 43. (1) Националната здравноосигурителна каса възстановява разходите за предоставеното в друга държава-членка здравно обслужване, за което лицето е получило предварително разрешение в съответствие с приложението в Заключителните разпоредби на Наредба № 5, след представяне в ЦУ на НЗОК на заявление, към което се прилагат:

1. копия от медицински документи за извършеното здравно обслужване;

2. финансова документация за доказване заплащането на пряко свързаните с извършеното здравно обслужване разходи, съответно финансово-отчетен документ с посочени пълното наименование на приложеното медицинско изделие и производителя и с приложени при възможност оригиналните стикери на медицинското изделие;

3. оригинал от документ, издаден от банка, в потвърждение на данните за личния IBAN номер на банкова сметка в български левове на лицето, .

(2) При непълнота или несъответствие в представените документи НЗОК уведомява лицето и определя двумесечен срок за представянето им.

(3) Разходите за предоставеното здравно обслужване се възстановяват в размера на разходите, които НЗОК заплаща за същото здравно обслужване, в случай че се предоставя на територията на Република България. Разходите за приложено медицинско изделие се възстановяват до размер, определен от НЗОК в съответствие със стойността на медицинското изделие, в случай че е приложено на територията на Република България.

(4) Разходите по ал. 3 се възстановяват на лицето в срок до 3 месеца след представяне на документите по ал. 1, съответно отстраняване на непълнотите по ал. 2.

(5) В случай че лицето не представи необходимите документи по ал. 1 в определения срок, производството се прекратява, като заявителят се уведомява писмено за това.



Чл. 44. Постъпилите заявления се обработват в следните срокове:

1. Служител на отдел ВРОЗ започва неговата обработка в срок до три дни от постъпването в отдела;
2. При установяване на недопустимост на заявлението в срок до три дни от установяването ѝ, служител от отдел ВРОЗ, изготвя и изпраща писмо до заявителя с уведомление за това обстоятелство;
3. За проверка на здравноосигурителния статус на лицето към момента на ползване на трансграничните здравни услуги, служител от отдел ВРОЗ изпраща заявка към дирекция ИТСЗОП в ЦУ на НЗОК в срок до три работни дни от започване на обработката на заявлението;
4. Служител в дирекция ИТСЗОП извършва проверка на здравноосигурителния статус на лицето към момента на ползване на трансграничните здравни услуги и връща резултата към служител в отдел ВРОЗ;
5. Преписката по заявлението се разглежда от служител в отдел ВРОЗ пет работни дни от постъпване на справката по т. 4.

Чл. 45. (1) При разглеждане на преписката служител от отдел ВРОЗ може да извърши преценка, че е налице необходимост от:

- а) допълнителна информация от компетентността на РЗОК или друга институция;
- б) превод на български език;
- в) писмени становища от експертните съвети определени със заповед на Министъра на здравеопазването; председателите на научните дружества по съответните медицински специалности, относно съответствието на реално оказаното на лицето лечение и лечението, посочено в предварителното разрешение за възстановяване на разходи за трансгранично здравно обслужване.

(2) Плащането се извършва по посочения от заявителя IBAN номер на банкова сметка в български левове от дирекция ФСД.

Чл. 46. (1) Управителят на НЗОК издава мотивиран отказ за възстановяване на разходите, когато:

1. лицето, което е закупило лекарствените продукти, медицински изделия или диетични храни за специални медицински цели в друга държава-членка, не е здравно осигурено или е с прекъснати здравноосигурителни права към момента на закупуването им;
2. предоставените здравни услуги не са в обхвата на медицинската помощ по чл. 45, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване;
3. предоставените трансгранични здравни услуги подлежат на предварително разрешение за възстановяване на разходите и такова не е издадено;
4. е поискано възстановяване на разходи за здравно обслужване по друг ред.
5. лекарствените продукти не са включени в приложение № 1 на ПЛС и/или не са за заболявания, включени в списъка на заболяванията по чл. 45, ал. 4, ЗЗО;
6. медицинското изделие не е включено в Списъка на медицинските изделия по чл. 13, ал. 2, т. 1 от Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК, и са определени за заплащане от Надзорния съвет на НЗОК съгласно чл. 56, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване.

(2) Отказът по ал. 1 подлежи на обжалване по реда на Административнопроцесуалния кодекс.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ



§ 1. По смисъла на настоящите правила:

1. „Здравноосигурени лица“ (ЗОЛ) са лицата, осигурени в Република България при условията и по реда на глава втора от Закона за здравното осигуряване.

2. „Необходима медицинска помощ“ е всяка медицинска помощ, която по лекарска преценка следва да се предостави на лицето за времето на престоя му в Република България или друга държава-членка на ЕС, ЕИП, Швейцария, и която не може да се отложи до планираното му завръщане в страната, в която то е осигурено.

3. „Престой“ означава временно пребиваване, съгласно чл.1, б.„к“ от Регламент (ЕО) № 883/2004 за координация на системите за социална сигурност;

4. „Разрешение за подходящо (планово) лечение“ е разрешението, издадено от управителя на НЗОК, при условията и по реда на чл. 20 от Регламент (ЕО) № 883/2004 за координация на системите за социална сигурност, чл.26 (А) от Регламент (ЕО) № 987/2009 за установяване процедурата за прилагане на Регламент (ЕО) № 883/2004 за координация на системите за социална сигурност.

5. „Трансгранично здравно обслужване“ е здравно обслужване, предоставено или предписано в държава-членка на ЕС, различна от държавата-членка по осигуряване

§ 2. Процедурните правила, регламентирани в Раздел III на Глава II от настоящите вътрешни правила, се прилагат и за процедурите, описани съответно в раздели IV, V и VI, доколкото не им противоречат.

§ 3. За всички случаи, когато писмо изпратено от отдел ВРОЗ не може да бъде връчено на адресата и се върне обратно от съответния пощенски клон или куриерска фирма като непотърсено, по-нататъшната кореспонденция със заявителя се осъществява по реда на Вътрешните правила за организация и управление на документооборота в ЦУ на НЗОК.

§ 4. В отдел ВРОЗ се поддържат следните вътрешни електронни регистри, утвърдени със Заповед № РД-09-1037/02.11.2021 г. на Управителя на НЗОК:

1. Регистър на получени заявления от български граждани за възстановяване на разходи по реда на чл. 25 и чл. 26 от Регламент (ЕО) № 987/2009, Директива 2011/24/ЕС и действащи двустранни спогодби/договори за социално осигуряване и по реда Директива 2011/24/ЕС, транспонирана с Наредба № 5 от 21.03.2014 г. за условията и реда за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване.

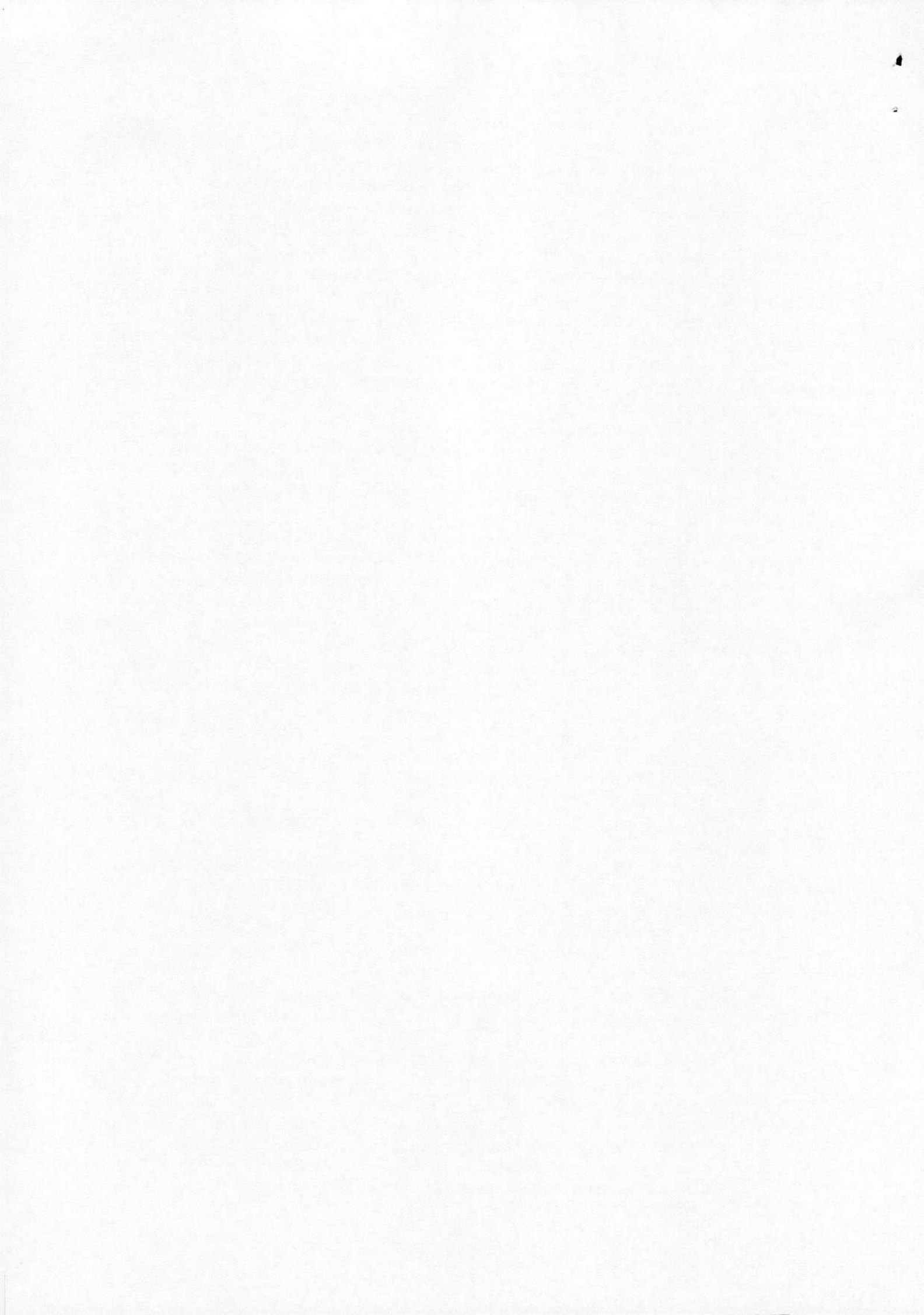
2. Регистър за постъпили запитвания за ставки за възстановяване на обезщетения в натура от други държави.

3. Регистър за проверка за наличие или липса на договор на лечебните заведения по реда на чл. 20, ал. 1, т. 4 от ЗЗО.

§ 5. По реда на раздел VI се възстановяват разходите за медицинските изделия, заплащани по реда на Наредба № 2 от 2019 г. за медицинските и други услуги по чл. 82, ал. 1а и 3 от Закона за здравето и за реда и условията за тяхното одобряване, ползване и заплащане, необходими за осъществяването на здравни услуги, за които е получено предварително разрешение за възстановяване на разходите от НЗОК по реда на Наредба № 5.

§ 6. При прилагането на тези правила, доколкото в тях не са указани изрични срокове, се прилагат сроковете разписани в чл. 57 от Административнопроцесуалния кодекс.

§ 7. При отправени запитвания до чуждестранни осигурителни институции за ставките за възстановяване на обезщетения в натура, отправени с формуляр E126 или структурирани електронни документи (СЕД) S 067 “Запитване за ставки за възстановяване на обезщетения в натура - престой” – за медицинска помощ, оказана извън България срещу заплащане на осигурени лица в друга държава-членка на ЕС, страна по Споразумението за ЕИП или Конфедерация Швейцария, сроковете разписани в чл. 57 от Административнопроцесуалния кодекс се удължават до получаване на отговора от чуждестранната компетентна институция.



§ 8. Решенията на Управителя на НЗОК, издавани по реда на настоящите Вътрешни правила се изготвят задължително от служител с висше юридическо и/или висше медицинско и/или висше икономическо образование и се съгласуват от служители с висше юридическо, висше медицинско и висше икономическо образование .

§ 9. Отм.

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 1. Настоящите правила са в сила и се прилагат от датата, следваща тази на утвърждаването им от Управителя, като се публикуват на официалната страница на НЗОК в 30-дневен срок.

§ 2. Тези правила отменят Вътрешните правила за реда, начина и критериите относно възстановяване на извършени разходи по реда на чл. 25 (б) параграф 5-9, чл. 26 (б) параграф 6-7 от регламент (ЕС) № 987/2009 и директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на съвета за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, или по двустранни спогодби/ договори за социално осигуряване, включващи в обхвата си здравно осигуряване № РД-16-29/01.06.2021 (Вътрешни правила № РД-16-29/01.06.2021).

§ 3. До влизането в сила на настоящите Правила, възстановяването на извършени разходи по реда на чл. 25 (б) параграф 5-9, чл. 26 (б) параграф 6-7 от регламент (ЕО) № 987/2009 и Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, или по двустранни спогодби/договори за социално осигуряване, включващи в обхвата си здравно осигуряване, се извършва съгласно Вътрешни правила № РД-16-29/01.06.2021.

§ 4. Съгласно чл. 95, т. 1 от Регламент № 987/2009, формуляри S068/S067 се обменят и по електронен път от момента на въвеждането на система електронен обмен на данни за социалната сигурност в ЕС (EESSI).

§ 5. Отм.

