**Какво трябва да знаят здравноосигурените лица, желаещи да получат разрешение (формуляр S2) за планирано лечение извън държавата по осигуряване/пребиваване** (в съответствие с Регламент (ЕО) № 883/2004)

Съгласно Регламент (ЕО) 883/2004 за координация на системите за социална сигурност в Обединена Европа, здравноосигурените граждани от една държава-членка на ЕС могат да кандидатстват за разрешение за планова болнична медицинска помощ в друга държава от ЕС (с европейски формуляр S2, който се издава от компетентната здравноосигурителна институция), ако са изпълнени следните условия:

- медицинската помощ, за чието разрешение за лечение в чужбина се кандидатства, трябва да е включена в пакета медицински дейности, финансирани от публичната система на здравеопазване в компетентната държава, както и в пакета от дейности, финансиран от публичната система в държавата на планираното лечение. Чуждото лечебно заведение следва да предоставя необходимото лечение по договор с местен здравен фонд. Ако необходимата медицинска помощ не попада в горния обхват, пациентът сам заплаща стойността на помощта в чужбина, тъй като тя остава извън обхвата на действието на цитирания европейски Регламент;

- съответната помощ да не може да бъде предоставена в компетентната държава в безопасен за здравословното състояние на пациента срок.

Разрешение за получаване на лечение на територията на друга държава членка на Европейския съюз, Европейското икономическо пространство и Конфедерация Швейцария за сметка на НЗОК, се издава, когато въпросното лечение е сред обезщетенията, предвидени в законодателството на Република България и заплащани чрез системата на задължителното здравно осигуряване, и когато лицето не може да получи лечението в рамките на обичайно необходимото време за получаването му в Република България, като се има предвид текущото здравословно състояние и вероятното развитие на болестта.

Издадените формуляри S2 покриват само стойността на здравните услуги, които са покрити от задължителното здравно осигуряване и за местните осигурени лица. За сметка на пациента остават потребителските такси, хонорарите на някои лекари, допълнителните изследвания, нощувките в хотел или болничен хостел/общежитие, транспортните разходи, разходите за придружител, както и цената на всички допълнителни процедури, които не се покриват от задължителното здравно осигуряване в другата държава, и които се заплащат лично от местните пациенти (или се покриват от тяхно допълнително/доброволно здравно осигуряване).