**ОБЩИ ВЪПРОСИ ЗА ПРИЛАГАНЕ НА ДИРЕКТИВА 2011/24/ЕС**

**НА ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ И НА СЪВЕТА**

**ЗА УПРАЖНЯВАНЕ ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ПРИ ТРАНСГРАНИЧНО ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ**

***Въпрос: При отчитане на правилата за възстановяване на разходи съгласно директивата, могат ли здравноосигурените в България лица да получават всяко желано от тях лечение в чужбина?***

**Отговор:** Не. На възстановяване подлежат само разходите за лечение, което е включено в обхвата на задължителното здравно осигуряване в България (НЗОК), или разходите за медицинската помощ, финансирана чрез бюджета на Министерството на здравеопазването (МЗ). Така например, няма да се поемат разходите за предимплантационна генетична диагностика, за заплащане на органи, тъкани и клетки с цел трансплантация, за дългосрочни грижи, за ваксини или разходи за други здравни услуги, които не са включени в списъка на публичните здравни услуги, нямат извършено остойностяване, или не се извършват на територията на България.

***Въпрос: Трябва ли здравната каса да поема и други разходи, извършени по повод получено лечение в друга държава на ЕС?***

**Отговор:** На възстановяване подлежат заплатени в държавите от ЕС разходи за здравни услуги, които здравната каса или МЗ поемат за съпоставимо лечение в България.

***Въпрос: Кой поема разходите за лечението на българските осигурени лица в чужбина?***

**Отговор:** Здравната каса или Министерството на здравеопазването поемат разходите за лечение в друга държава-членка на ЕС, при условие, че са изпълнени условията на директивата за възстановяване на разходите. За лечение, което изисква планиране в собствената държава (например - при стационарно лечение в България, свързано с поне една нощувка в лечебното заведение, както и за високоспециализирано лечение, свързано със значителни разходи за специализирана медицинска апаратура и инфраструктура) осигуреното лице трябва да разполага преди това с разрешение от осигурителната институция (НЗОК или МЗ) за последващо възстановяване на разходите за това лечение. Здравната каса е задължена да възстанови разходите срещу представяне на подробна фактура за съответната сума, която е била изплатена, включваща ползваните здравни услуги. Сумата подлежи на възстановяване до нивото на заплащане за същите здравни услуги в България.

***Въпрос: Съществува ли правило, съгласно което българските пациенти трябва да поемат част от разходите за лечението им в чужбина?***

**Отговор:** Когато има предварително разрешение за възстановяване на разходите за болнично или високоспециализирано лечение, разходите трябва да бъдат възстановени в размера, за който е издадено предварителното разрешение – т.е. съгласно цените на НЗОК или МЗ.

При лечение в амбулаторни условия (т.е. в извънболничната помощ, без високоспециализираните медицински дейности) здравната каса е задължена да възстанови разходите също в размера, който тя би поела за подобно лечение в България, без за възстановяването им да е необходимо предварително разрешение от НЗОК.

***Въпрос: Кои правила се прилагат когато лице, което е получило здравни грижи в чужбина, има необходимост от последващо лечение/контролни прегледи в България?***

**Отговор:** Всяко осигурено лице има право на последващо лечение/контролни прегледи в България при положение, че те биха били необходими в случай, че въпросното лечение е било получено в България. За да се осигури непрекъснатост на лечението е необходимо държавата, в която са предоставени здравните грижи (респ. лечебното заведение в другата държава) да осигури на пациента копие на неговото медицинско досие/подробна епикриза, с данни относно грижите, които пациентът е получил там.

***Въпрос: Поставени ли са  заможните пациенти в по-благоприятно положение спрямо по-ниско платените, когато се прилагат разпоредбите за възстановяване на разходи по директивата?***

**Отговор:** Не. Независимо от финансовите възможности на осигурените лица, на тях ще им бъде възстановена сумата в размера, който НЗОК/МЗ биха поели за подобно лечение в България.

***Въпрос: Трябва ли пациентите в България да се притесняват, че ще чакат по-продължително време за необходимите им здравни грижи, в случай на повишен приток на осигурени лица от други държави-членки на ЕС?***

**Отговор:** Не се предвижда чуждестранните пациенти да бъдат лекувани приоритетно, за сметка на собствените осигурени лица на територията на България. Държавите членки на ЕС са длъжни да гарантират недискриминационни мерки при предоставяне на здравните услуги на собствените осигурени лица.

***Въпрос: Кой носи отговорност, когато е отчетена грешка при лечението, предоставено в чужбина?***

**Отговор:** Прилага се законодателството на държавата, в която е проведено лечението и отговорността е на лечебното заведение и/или медицинския/здравния специалист, оказал помощта.

***Въпрос: Кои стандарти за качество и безопасност се прилагат по време на лечение в чужбина?***

**Отговор:** Прилагат се стандартите за качество и безопасност на държавата, в която се провежда лечението.

***Въпрос: В какви лечебни заведения в ЕС може да бъде ползвана здравната помощ по реда на директивата?***

**Отговор:** Директивата важи в еднаква степен за здравни услуги, ползвани както в публични лечебни заведения, така и в частни такива. Лекарите или лечебните заведения могат да работят, или да не работят по договор със здравната каса в държавата, в която се ползва здравната услуга. При възстановяване на разходи от собствената осигурителна институция обаче се възстановяват разходи само за здравните услуги, включени в пакета на задължителното здравно осигуряване – до размера, който се покрива в държавата по осигуряването.

***Въпрос: Какви са разликите при ползването на медицинска помощ по реда на директивата и медицинската помощ, предоставяна по реда на европейските регламенти за координация на системите за социална сигурност в ЕС?***

**Отговор:** Директивата предвижда възстановяване на разходи за здравни услуги в ЕС само до нивото на разходите, които заплаща компетентната за лицето осигурителна институция за същата услуга в собствената държава, независимо дали става дума за извънболнично лечение, високоспециализирано изследване или лечение, или за лечение в болнична среда. Когато ползваната в друга държава услуга не се предоставя в собствената държава, и по тази причина за нея не може да бъде направено остойностяване, разходите остават за сметка на пациента.

По реда на регламентите, заплатените от пациентите разходи за медицинска помощ, оказана при временен престой в друга държава от ЕС, когато престоят в нея не е бил с медицинска цел, могат да бъдат възстановени съгласно законодателството, и до размера на цените, които местните здравни фондове заплащат за същата услуга за местните осигурени лица. Здравноосигурителният фонд в другата държава следва да бъде официално запитан от компетентната за пациента осигурителна институция относно нивото на заплащане за ползваната медицинска услуга. Чуждият здравноосигурителен фонд остойностява ползваните здравни услуги по своите цени и потвърждава писмено сумата, която местното задължително здравно осигуряване покрива (или не покрива) за своите осигурени лица. Процедурата отнема повече време.

При получено разрешение за ползване на планова медицинска помощ по реда на европейските регламенти, пациентът представя пред чуждото лечебно заведение формуляр S2, доказващ съгласието на неговата здравноосигурителна институция да поеме разходите за планираното лечение. За сметка на пациента остават потребителските такси, регламентираните хонорари на лекуващите лекари, допълнителните изследвания и „екстри“, транспортът и разходите за нощувки извън лечебното заведение (ако има), които не се покриват от задължителното здравно осигуряване и в държавата по лечението. Цената на разрешените лечебни дейности се покрива от издадения формуляр за планово лечение в другата държава – S2.