

## МОИТЕ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ ПРАВА В ОБЕДИНЕНА ЕВРОПА

### КАК БЪЛГАРСКИТЕ ГРАЖДАНИ МОГАТ ДА ПОЛЗВАТ МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ПРИ ПРЕБИВАВАНЕ ИЛИ ПРЕСТОЙ В ДЪРЖАВИТЕ ОТ ОБЕДИНЕНА ЕВРОПА

От 1 януари 2007 година за България са директно приложими разпоредбите на европейските регламенти, уреждащи въпросите на социалното и здравното осигуряване - в контекста на правото на свободно придвижване на хора в рамките на Обединена Европа.

При евентуално противоречие между националното и европейското законодателства в социално- и в здравноосигурителната сфера, се прилагат разпоредбите на европейското право.

Българските граждани, които са с **непрекъснати здравноосигурителни права** съгласно българското законодателство, могат да ползват при необходимост медицинска помощ в държавите от Европейската общност – когато пребивават на различно основание в останалите държави от Европейския съюз (ЕС), държавите по Споразумението за Европейското икономическо пространство (ЕИП) и Конфедерация Швейцария: краткосрочно (временен престой) или дългосрочно (пребиваване).

Правото на медицинска помощ в ЕС зависи от непрекъснатите здравноосигурителни права, придобити в компетентната държава. Определянето на компетентната държава за социалното и здравното осигуряване на гражданите се извършва съгласно разпоредбите на Регламент (ЕО) № 883/2004 за координация на системите за социална сигурност и регламента за неговото прилагане № 987/2009. На територията на Република България определянето на приложимото законодателство се извършва от Националната агенция за приходите (НАП) – [www.nap.bg](http://www.nap.bg).

Основно правило за определяне на компетентната държава е, че това е държавата по основната трудова заетост – като наети или самостоятелно заети лица. В тези категории попадат:

- всички граждани, които извършват (активно население), или са извършвали (пенсионери) някаква трудова дейност на територията на някоя от държавите от Обединена Европа;
- лицата в нетрудоспособна възраст или положение (непълнолетни, ученици, редовни студенти и редовни докторанти на държавна издръжка);
- безработните граждани в процес на търсене на работа (за срок до 3 месеца).

**Всички граждани подлежат на задължително здравно осигуряване само в една (компетентната) държава.** Ако правата на здравно осигуряване са непрекъснати в компетентната държава, гражданите имат право при необходимост да ползват медицинска помощ от пакета на публичното здравеопазване (базов пакет здравни услуги) от държавата по престоя или пребиваването им.

При временен престой в друга държава от ЕС, медицинската помощ за сметка на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) може да бъде получена от чужди лечебни заведения или лекари само след представяне на валиден удостоверителен (документ за наличие на непрекъснати права в България – Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК) или Удостоверение за временно заместване на ЕЗОК (УВЗ на ЕЗОК).

Правото се реализира по следния начин:

## **ВРЕМЕНЕН ПРЕСТОЙ: ТУРИЗЪМ - КРАТКОСРОЧНА КОМАНДИРОВКА – ГОСТУВАНЕ**

При временен престой (туризъм, краткосрочна командировка, гостуване и др. под.) на български здравноосигурени граждани в ЕС/ЕИП/Швейцария:

- Българските граждани следва да разполагат с валидна Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК), издадена от компетентната българска здравноосигурителна институция (НЗОК). При възникване на неотложна необходимост от медицинска помощ българските граждани следва да представят своята ЕЗОК на лекуващия ги лекар/лечебно заведение и следва да бъдат равно третираны с местните здравноосигурени лица. Целта на тази помощ е да не се прекъсва по медицински причини предварително планираният временен престой в съответната държава. Ако местната здравноосигурителна система предвижда доплащане от пациентите за определени видове медицински услуги, или законово регламентирана потребителска такса, тя се заплаща и от българските граждани, като заплатената сума не подлежи на възстановяване при завръщането в България;
- Когато българското осигурено лице трябва да бъде прието по спешност в болнично заведение, но не носи у себе си своята ЕЗОК, то съответната болница (или осигурителната институция в мястото на престоя) може да се обърне към НЗОК или РЗОК в България с искане (чрез писмо или със съответен формуляр) за изпращане на Удостоверение за временно заместване на ЕЗОК. Срокът на валидност на удостоверението е за срока на необходимото спешно лечение, но за не повече от два месеца. Районната здравноосигурителна каса (РЗОК), или НЗОК, следва да изпрати исканото удостоверение в болницата (или на осигурителната институция), с което ще удостовери, че лечението ще е за сметка на НЗОК – само в случаите, когато пациентът е с непрекъснати здравноосигурителни права в България. Ако пациентът не разполага с координатите на своята РЗОК, той може да ги потърси на официалния сайт на НЗОК [www.nhif.bg](http://www.nhif.bg) или да се свърже с българския орган за връзка по въпросите на здравното осигуряване – Централното управление на НЗОК (на информационен телефон 00359 2 965 91 16).
- Когато законодателството на държавата по временния престой предвижда за съответното лечение местните осигурени лица да заплащат предварително на лекаря или лечебното заведение, а след получаване на необходимата помощ да се обърнат към местния осигурител за възстановяване на направените разходи (напр. във Франция или Белгия), същите разпоредби важат и за българските осигурени лица, пребиваващи временно в тази държава. Българските граждани могат да се обърнат за възстановяване на направените разходи към местния здравен фонд, или при завръщане в България могат да кандидатстват пред НЗОК за възстановяване на разходите - срещу представяне на оригиналните финансови и медицински документи от чужбина. Информация за реда за възстановяване на заплатени разходи за необходима медицинска помощ в ЕС е публикувана на сайта на НЗОК [www.nhif.bg](http://www.nhif.bg), меню „Международно сътрудничество“, подменю „Европейска интеграция“, статията за възстановяване на разходи.

## **ПРЕБИВАВАНЕ В ЕС: РАБОТА – ДЪЛГОСРОЧНА КОМАНДИРОВКА – ЧЛЕНОВЕ НА СЕМЕЙСТВОТО - ПЕНСИОНЕРИ**

Дългосрочно пребиваване на български здравноосигурени граждани в ЕС/ЕИП/Швейцария (регистрационни формуляри за обезщетения в натура S1/S072) :

- Когато работещ български здравноосигурен гражданин е командирован от български работодател за извършване на определена работа за сметка на работодателя си в друга държава членка (ДЧ) на ЕС, той може да се регистрира към местната

здравноосигурителна система с европейски формуляр S1/S072. Командирваният гражданин и придружаващите го членове на семейството му (с непрекъснати здравноосигурителни права) се регистрират към чуждата здравноосигурителна система за срока на командироването. За всеки придружаващ командированото лице член на семейството се издава отделен регистрационен формуляр.

Членове на семейството са: съпруг, съпруга, деца до 18-годишна възраст, а ако продължават образованието си - до 26-годишна възраст, а ако са недееспособни или трайно нетрудоспособни - независимо от възрастта.

Тези лица ползват в държавата по пребиваване медицинска помощ в пълен обем, гарантиран и за местните осигурени лица. Ако командирваният българин и семейството му отидат временно в трета държава, спешната и неотложна медицинска помощ там може да се получи срещу представяне на валидни ЕЗОК, издадени от НЗОК.

Командированото лице следва да подаде документи в Националната агенция за приходите (НАП) – [www.nap.bg](http://www.nap.bg). за издаване на формуляр за приложимо законодателство А1. Копие от този формуляр се прилага към заявлението пред РЗОК (по местоживееене) за издаване на регистрационен формуляр за право на обезщетения в натура - S1/S072. В РЗОК се попълва заявление по образец на НЗОК, прилага се копие от личната карта или от задграничния паспорт на заявителя и копие от заповедта за командироване в другата държава.

- Формуляр S1/S072 се използва и в следните случаи:
  - за погранични работници, когато е налице условието за пограничен работник, като за такъв се счита: всяко лице, упражняващо дейност като заето или като самостоятелно заето лице в една държава-членка и което пребивава (живее) в друга държава-членка, в която се завръща по правило всекидневно или поне веднъж седмично;
  - за дипломати и консулски служители, и за членове на семействата им, командировани в друга ДЧ (с копие от заповедта за командироване или служебна бележка от МВнР);
  - за моряци, живеещи в една държава от ЕС, но плаващи под флага на кораб, регистриран в друга държава от ЕС (с формуляр А1 от НАП);
  - за държавни служители, командировани от българска държавна институция на работа друга европейска държава (с копие от заповедта за командироване);
  - за регистрация в здравноосигурителната система на друга държава от ЕС на членове на семейството на работещо лице, които живеят в държава членка различна от държавата по осигуряване на титуляра. Тъй като в България здравноосигурителните права са лични, членовете на семейството не трябва да прекъсват заплащането на здравните си вноски в България. В противен случай, при прекъсване на правата им у нас РЗОК издава формуляр за прекратяване на регистрацията в чуждата здравноосигурителна система;
  - за регистрация на пенсионери и придружаващите ги членовете на семействата им, в здравноосигурителните системи на държавите от ЕС/ЕИП/Швейцария. Формулярът е личен и се издава за всеки придружаващ пенсионера член на семейството му, ако е с непрекъснати здравноосигурителни права.
  - за регистрация на лица, претендиращи/кандидатстващи за отпускане на пенсия.

Следва да се има предвид, че самостоятелното право на обезщетения в натура въз основа на законодателството на държава членка (т.е. личните здравноосигурителни

права) има предимство пред производно право на обезщетения за членовете на семейството.

### **ПЛАНОВО ЛЕЧЕНИЕ В ЕС (ЛЕЧЕНИЕ ПО ГРАФИК)**

Български граждани, които желаят да получат планово болнично лечение в ЕС, следва да представят пред чуждото лечебно заведение (което предварително е потвърдило приема им за планово лечение) формуляр S2, издаден от компетентната българска здравноосигурителна институция НЗОК. С този формуляр НЗОК потвърждава своето съгласие за провеждане на посоченото във формуляра лечение в чужбина - за нейна сметка.

На заплащане от здравноосигурителните институции подлежат единствено разходите за лечебни дейности. За сметка на пациента остават потребителските такси, хонорарите на някои лекари, допълнителните непланирани изследвания, нощувките на пациента извън лечебното заведение (ако има такива), транспортните разходи, всички разходи за придружител, както и цената на всички допълнителни непланирани процедури, които не се покриват от задължителното здравно осигуряване в другата държава, и които се заплащат лично от местните осигурени лица (или се покриват от тяхно допълнително/доброволно здравно осигуряване). Ако медицинската помощ в другата държава е получена от лекар или лечебно заведение, които не работят с местен здравноосигурителен фонд, цената на получената помощ остава за сметка на пациента. Разрешение за получаване на лечение на територията на друга държава членка на Европейския съюз, 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. Преценката за горното се извършва от националните консултанти по съответните заболявания, и от председателите на съответните научни дружества, които дават писмени становища относно основателността на предявените искания – в съответствие с тяхната експертна медицинска преценка за състоянието на всеки пациент и възможността/невъзможността за провеждане на лечението в разумен медицински срок, в България.

Информация за реда за кандидатстване и необходимите документи за формуляр за планово лечение в ЕС е публикувана на сайта на НЗОК [www.nhif.bg](http://www.nhif.bg), меню „Международно сътрудничество“, подменю „Европейска интеграция“, статията за планово лечение в чужбина.

### **ОБРАЗОВАНИЕ – ОБУЧЕНИЕ В ЕС**

Ползване на медицинска помощ в ЕС/ЕИП/Швейцария от български ученици, редовни студенти и докторанти по държавна поръчка:

- Медицинската помощ се ползва срещу предоставяне на валидна българска ЕЗОК. За целта учащите следва да не прекъсват своето здравно осигуряване в България. Ако те са редовни студенти до 26-годишна възраст, непълнолетни или ученици (до завършване на средното образование), здравните им вноски са за сметка на републиканския бюджет на България. Необходимо е редовните студенти до 26-годишна възраст редовно да представят в Националната агенция за приходите удостоверение от чуждото учебно заведение (със заверен превод на български език), че са студенти там - с цел заплащане на здравните им вноски от републиканския бюджет;

- За редовните студенти над 26-годишна възраст е необходимо ежесечно самоосигуряване в НАП – по сметките за здравно осигуряване.
- Ако български студент в държава от ЕС, ЕИП или Швейцария започне и легална работа там (извън временната студентска почасова заетост), той подлежи на осигуряване в държавата по извършване на трудовата дейност. Тогава компетентна държава за здравното му осигуряване и за издаване на всички необходими европейски документи е държавата по месторабота.;
- Ако студентът разполага с валидна българска ЕЗОК, срещу нея може да получи необходимата му медицинска помощ в другата държава – за времето на обучението му там.

#### **МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В ЕС/ЕИП/ШВЕЙЦАРИЯ В СЛУЧАИТЕ НА БРЕМЕННОСТ И РАЖДАНЕ**

Съгласно Решенията на Административната комисия за координация на системите за социална сигурност (АК), бременността и раждането (**преди определения термин на раждане**) попадат в обхвата на неотложно необходимите медицински грижи. При престой в друга ДЧ необходимата медицинска помощ, свързана с внезапно възникнали проблеми в бременността (прегледи при оплаквания или функционални смущения, изследвания и т.н.), се предоставя срещу представяне на валидна ЕЗОК и документ за самоличност – без ограничения във вида на необходимата помощ.

При необходимост от медицинска помощ по време на престой в България бременната жена, с валидна ЕЗОК от друга ДЧ, се обръща към ОПЛ - договорен партньор на НЗОК, който преценява вида и обема на необходимите прегледи, изследвания, консултации и т.н. и издава съответните медицински направления за тях. Отчитането в ЕЗОК се извършва по утвърдения за ЕЗОК ред, с представяне на копия от ЕЗОК и попълнена от пациентката декларация, че престоят ѝ в България не е с медицинска цел.

Редовните студентки от други ДЧ, обучаващи се в български ВУЗ, на които предстои проследяване на бременността и раждане в България, следва да направят временен избор на личен лекар – за времето на обучението си у нас. След включването им в пациентската листа на ОПЛ, те ползват необходимите им медицински грижи, свързани с бременността и раждането, по програма „Майчино здравеопазване” – като български осигурени лица. ЕЗОК покрива и медицинските грижи, свързани със самото раждане (по съответната Клинична пътека). В случаите, когато е необходимо по-продължително проследяване състоянието на новороденото (напр. при поставяне в кувьоз), е необходимо за детето да бъде изискано Удостоверение за временно заместване на ЕЗОК от държавата, в която се осигурява майката.

#### **ОТНОВО В БЪЛГАРИЯ**

Удостоверяване на здравноосигурителни периоди, придобити в друга държава от ЕС/ЕИП - за български граждани, които се завръщат в България:

- С формуляр Е 104 или S041 съответната осигурителна система удостоверява пред българската система (пред териториалната дирекция на Националната агенция за приходите – по местоживеење в България) какви са периодите на трудова заетост или периоди на пребиваване в конкретната ДЧ, през които лицето е било социално и/или здравно осигурявано там. По този начин периодите на здравно осигуряване от

ЕС/ЕИП/Швейцария се признават и лицето отново „влиза“ в българската здравноосигурителна система.

#### **ПРОМЯНА В ОБСТОЯТЕЛСТВАТА ИЛИ В ОСИГУРИТЕЛНИЯ СТАТУТ**

- Ако осигуреното лице е било регистрирано в чужбина с S1/S072, при окончателното си завръщане в България то трябва да се обърне към РЗОК по местоживееене и да удостовери, че действието на издадения формуляр следва да се прекрати.
- При временно пребиваване в България (отпуск, екскурзия, гостуване при роднини и др.), осигурените в други държави от ЕС/ЕИП/Швейцария български граждани, могат да ползват само спешна и неотложна медицинска помощ в рамките на пакета на задължителното здравно осигуряване - срещу представяне на валидна ЕЗОК или Удостоверение за временно заместване на ЕЗОК, издадени от другата държава по осигуряването.
- Български граждани, които се осигуряват в друга държава членка, и желаят да получат планово болнично лечение в България, следва да представят пред българското лечебно заведение (което предварително е потвърдило приема им за планово лечение и периода на плановия прием) формуляр S2, издаден от компетентната чужда осигурителна институция. С този формуляр институцията потвърждава своето съгласие за провеждане на посоченото във формуляра планово лечение в България - за нейна сметка.

#### **ВАЖНО Е ДА ЗНАЕТЕ:**

- Съгласно Регламент (ЕО) № 883/2004, всички здравноосигурени граждани в Обединена Европа са длъжни да информират компетентните си здравноосигурителни институции за всяка промяна в своето състояние (осигурително, здравно, семейно) и за промените на местопребиваването си.
- Ако в държавата по пребиваване или престой местното законодателство изисква от местните осигурени граждани да заплащат определена потребителска такса, или има регламентирано доплащане за медицинска помощ, това се прилага и спрямо гражданите на останалите държави от ЕО. Тези суми са за сметка на осигуреното лице.
- Ако в държавата по временния престой се наложи ползване на медицинска помощ от публичния здравноосигурителен пакет срещу заплащане (когато не може своевременно да бъде представена ЕЗОК или удостоверение за временното ѝ заместване, или по други обективни причини), впоследствие НЗОК може да възстанови направения в чужбина разход след завръщането на лицето в България. В България документите за това се подават в ЦУ на НЗОК. Сумите, подлежащи на възстановяване, се уточняват между НЗОК и местната здравна институция в чужбина. Процедурата по възстановяване на направените разходи е продължителна и отнема време, заради обмена на информация между здравноосигурителните институции в ЕС.
- При необходимост от спешна, или при разрешена планова болнична помощ, компетентната здравноосигурителна институция покрива само стойността на влизашите в здравноосигурителния пакет медицински (лечебни) грижи.

Полезни координати за връзка:

НЗОК:

Сайт: [www.nhif.bg](http://www.nhif.bg), меню „Международно сътрудничество“, подменю „Европейска интеграция“

Тел.: 00359 2 965 91 16; факс: 00359 2 965 91 24  
Информационен телефон за цялата страна: 0800 14 800

НАП

(приложимо осигурително законодателство)

Сайт: [www.nap.bg](http://www.nap.bg)

Информационен телефон за цялата страна: 0700 18 700

НОИ

(пенсионни обезщетения, парични обезщетения за болест и майчинство, парични обезщетения за трудови злополуки и професионални болести, парични обезщетения за безработица)

Сайт: [www.noi.bg](http://www.noi.bg)

Информационен телефон за цялата страна: 02/926 10 10

Министерство на здравеопазването (МЗ)

Сайт: [www.mh.government.bg](http://www.mh.government.bg)

Информационни телефони: 02 / 9301 152; 02 / 9301 253; 02 / 9301 259