



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. "Кричим" No 1

www.nhif.bg

тел: +359 2 9659321

УТВЪРЖДАВАМ: (П.)
ДОЦ. Д-Р ПЕТКО СТЕФАНОВСКИ
УПРАВИТЕЛ НА НАЦИОНАЛНАТА
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

ВЯРНО С ОРИГИНАЛА



ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ СЪГЛАСНО ПРАВИЛАТА ЗА КООРДИНАЦИЯ НА СИСТЕМИТЕ ЗА СОЦИАЛНА СИГУРНОСТ, В УСЛОВИЯТА НА ТРАНСГРАНИЧНО ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ ИЛИ ПО ДВУСТРАННИ СПОГОДБИ/ДОГОВОРИ ВКЛЮЧВАЩИ В ОБХВАТА СИ ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

№ РД-16-44/18.07.2025 г.

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 лечение, за провеждането на което има издадено разрешение за провеждане на подходящо лечение извън държавата-членка по пребиваване по смисъла на чл. 20 от Регламент (ЕО) № 883/2004 на Европейския парламент и на Съвета от 29 април 2004 година за координация на системите за социална сигурност (Основен регламент), съответно чл. 26, буква А 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 по прилагане);

3. Трансгранично здравно обслужване.

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

1. Разпоредбите на чл. 19 и чл. 20 от Основния регламент и чл. 25, буква „Б“ параграф 5-9 и чл. 26 буква „Б“ параграф 6-7 от Регламента по прилагане;

2. Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 9 март 2011 година за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, транспонирана в националната правна система с чл. 80д-80з от Закона за здравното осигуряване и 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 съгласно Правилата за координация на системите за социална сигурност 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 съгласно Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване и нормативните актове по нейното транспониране в националната правна система.

3. Запитвания от чуждестранни осигурителни институции за ставките за възстановяване на обезщетения в натура, отправени със структуриран електронен документ (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;

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 „Бюджет и финансови параметри“ (БФП) 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 БФП.

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 БФП 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 БФП.

Чл. 7. (1) При извършване на своята дейност, началникът на отдел ВРОЗ може да поиска чрез директора на дирекция БФП 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 комисии/експертни съвети по специалности, определени със заповед на министъра на здравеопазването; председателите на научните дружества по съответните медицински специалности относно изясняване на въпроси, свързани с проведено конкретно лечение в чужбина, предмет на заявление за възстановяване на разходи.

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 БФП и персоналните длъжностни характеристики на служителите.

Глава II

Процедури и правила за работа

Раздел III

Процедура и правила за работа при разглеждане на заявления за възстановяване на разходи и при запитвания от чуждестранни осигурителни институции

Чл. 9. (1) За възстановяване на разходи за получена необходима медицинска помощ или подходящо (планово, по график) лечение по реда на Регламента по прилагане, лицата подават в Централното управление (ЦУ) на Национална здравноосигурителна каса (НЗОК) заявление по утвърден от управителя на НЗОК образец. 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.

(2) Заявленията могат да се подават и с квалифициран електронен подпис, по електронен път чрез портал EGOV.BG, идентификатор на услуга : 3382 - Възстановяване на разходи при трансгранично здравно обслужване.

(3) За достъп до средата е необходимо заявителят да направи регистрация с ПИК на НОИ, ПИК на НАП или КЕП като физическо лице в средата на портал EGOV (eGov.bg) и в средата на Системата за сигурно електронно връчване (edelivery.egov.bg). За достъп до самата услуга КЕП е задължителен.

(4) 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.

(5) 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.

(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 Регламента по прилагане 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 закупените лекарствени продукти (фактури, сметки и др.).

3. Оригинали на платежните документи за заплатените здравни услуги или закупени лекарствени продукти;

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

5. Оригинал или заверено копие на документ, издаден от банка, в потвърждение на данните за личния IBAN номер на банкова сметка;

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

7. При подаване на заявлението от родител - копие от документ/и, удостоверяващ/и качеството родител, попечител, настойник или лице, осъществяващо заместваща грижа по отношение на пациента – роднина, близък или приеман родител, при който детето е настанено по реда на Закона за закрила на детето, съответно директор на дирекция "Социално подпомагане" (удостоверения от общината, в това число удостоверение за раждане на детето, намиращо се у лицето, заповеди от социалните дирекции, съгласия на дирекциите "Социално подпомагане", съдебни решения, актове за брак и др.); когато родителят не е навършил пълнолетие, заявител е родителят, притежаващ документ за самоличност, или законен техен представител.

8. Оригинал или заверено копие на пълномощно, в което е посочено изрично, че пълномощникът се упълномощава да подава заявлението, необходимите документи към него или да получи обезщетението в натура ако посочената в банкова сметка по т. 5 не е притежание на упълномощителя;

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

(8) За възстановяване на разходи, заплатени в друга държава-членка за ползвани здравни услуги 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.

(9) В случаите на възстановяване на разходи при наличие на разрешение за подходящо (планово, по график) лечение, към документите се прилага оригинал на издадения формуляр S2 „Право на планирано лечение” в чужбина, ако същият не е бил използван.

(10) 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 на всички от наследниците или

2. Оригинал или заверено копие на документ, издаден от съответна банка, в потвърждение на данните за личния IBAN номер на лична банкова сметка на определен наследник и декларации в оригинал 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.

(11) 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.

(12) 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.

(13) Всички документи, свързани със заявлението, следва да бъдат на български език. В случай че са представени документи и на чужд език, същите следва да бъдат придружени с превод на български език.

(14) Документи, които съгласно ал. 7 и 10 се представят като заверени копия се заверяват с гриф "Вярно с оригинала", дата, три имена и подпис на заявителя, респективно на пълномощника.

(15) В случай на непълноти на посочените данни, нечетливост или други несъответствия представените заверени копия на пълномощни могат да се изискат и в оригинал от административния орган по реда на чл. 13, ал. 1.

Чл. 10. 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 Регламента по прилагане, двустранни спогодби/договори.

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 всякащо 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 управителя 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.

Чл. 12. (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) В случаите когато заявлението е подадено по електронен път и приложените към

него документи не отговарят на изискванията за форма съгласно чл. 9, ал. 7 и ал. 10 същите се изискват и на хартиен носител, в изискуемата им форма, по реда на предходната алинея.

(3) При неотстраняване на непълнотата или несъответствието в указания срок по ал. 1 и ал. 2 и в случаите по чл. 15, ал. 3, 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. 13. 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. При установена непълнота на изискуемата документация, служител от отдел ВРОЗ в срок до пет дни от получаване на информацията по т. 2 изпраща писмо до заявителя по реда на чл. 12;

Чл. 14. (1) При разглеждане на преписка по чл. 2, служител в отдел ВРОЗ може да извърши преценка, че е налице необходимост от:

а) превод на български език;

б) писмени становища от комисии/експертни съвети по специалности, определени със заповед на министъра на здравеопазването; председателите на научните дружества по съответните медицински специалности относно изясняване на въпроси, свързани с проведено конкретно лечение в чужбина, предмет на заявление за възстановяване на разходи.

(2) Служител от отдел ВРОЗ изготвя и изпраща писмата с искане на допълнителна информация/станoviща в срок до три дни след като е установена необходимостта за тях.

Чл. 15. (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, в които се установи, че предметът на заявлението не е от компетентността на НЗОК преписката се изпраща на съответния компетентен орган.

Чл. 16. (1) При разглеждане на преписка по чл. 2, при която заявителят е поискал възстановяването на разходи да е съгласно ставките на здравноосигурителния орган по престой и се установи, че законодателството на държавата-членка, в която е оказана медицинската помощ не предвижда ставки за възстановяване, се прилага чл. 25 (Б), параграф 7 от Регламента по прилагане.

(2). При разглеждане на преписка по чл. 2, при която заявителят е дал съгласие в възстановяването на разходи да е по ставки на НЗОК, служител с висше медицинско образование от отдел ВРОЗ проверява дали оказаната необходима медицинска помощ е включена в обхвата на чл. 45, ал. 1, т. 1 - 14 от Закона за здравето осигуряване (ЗЗО) и определя размера за възстановяване на разходи съгласно нормативно определените ставки за периода.

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

Чл. 17. (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 БФП 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 БФП 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 БФП 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. 18. (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, по график) лечение. В него се посочва размера на подлежащата на възстановяване сума, съответстваща на сумата, посочена в докладната записка по чл. 17.

(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. 13, т. 7 от институцията по мястото на престой съдържа отказ за възстановяване на разходи.

8. Предоставените здравни услуги не са в обхвата на медицинската помощ по чл. 45, ал. 1, т. 1 - 14 от Закона за здравното осигуряване. Това основание се прилага само в приложимите случаи, когато се възстановяват разходи съгласно чл. 25 (Б), параграф 6 или 7 от Регламента по прилагане.

9. Лекарствени продукти не са включени в Позитивния лекарствен списък по чл. 262, ал. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина. Това основание се прилага в приложимите случаи, когато се възстановяват разходи съгласно чл. 25 (Б), параграф 6 или 7 от Регламента по прилагане.

(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, по график) лечение, когато:

1. Няма издадено разрешение за подходящо (планово, по график) лечение;
2. Оказаното подходящо (планово, по график) 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, по график) 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 БФП 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. 13, 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. 19. Управителят на НЗОК може да делегира писмено на директора на дирекция БФП подписването на:

1. Запитвания за ставки към чужди институции - формуляри E126 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 по изпратени запитвания на хартиен носител (Формуляр E126);
3. Исканията за допълнителна информация или писмени становища;
4. Друга текуща информация извън изброената в т. 1-3.

Чл. 20. (1) При разрешено възстановяване на разходи по заявление по чл. 2, т. 1 дирекция БФП стартира процедурата за извършване на разход. Заявката за извършване на разход се придружава от:

1. Решението на управителя на НЗОК за извършване на разхода по възстановяване на лицето на определената сума;
2. Докладна записка от директора на дирекция БФП до управителя на НЗОК;
3. 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. Справка за здравноосигурителния статус на лицето за периода на получаване на помощта;
5. 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 актуален IBAN номер на банкова сметка.
- (3) В случай, че плащанията се извършват в чужда валута всички банкови такси за превалутиране и банков превод са за сметка на заявителя.

Чл. 21. 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.

Чл. 22. (1) В случаите на заявления по чл. 2, т. 1 служител на отдел ВРОЗ изготвя структуриран електронен документ (СЕД) S067 (в приложимите случаи формуляр E126) към органа за връзка в държавата, където е получена медицинската помощ за лицата с установени непрекъснати здравноосигурителни права, съгласно чл. 13, т. 2.

(2) СЕД S067/Формуляр E126 по предходната алинея се изготвя и изпраща до институцията по престой, в срок до пет дни от подаване на заявлението, респективно - от попълване на преписката с изискуемите документи, съгласно чл. 12, ал. 1 или ал. 2.

(3) СЕД S067/Формуляр E126 се придружава от копия на разходооправдателните, платежните и медицински документи приложени към преписката, а в приложимите случаи и от формуляр S2, при необходимост и от други документи имащи значение за случая.

(4) Служител от отдел ВРОЗ описва изпратения СЕД S067 в деловодната система със съответния номер от EESSI.

(5) Получените отговори с формуляр E126 или структурирани електронни документи (СЕД) S068 се описват в деловодната система със съответния номер.

(6) В срок до пет дни от постъпване на СЕД S068 „Отговор за ставките за възстановяване на обезщетения в натура - престой” или формуляр E126 се процедира съгласно чл. 17, а в приложимите случаи и съгласно чл. 16.

Чл. 23. (1) Запитванията от чуждите институции по чл. 2, т. 3 се обработват от служител на отдел ВРОЗ съгласно Регламента по прилагане.

(2) Запитванията се обработват по реда на тяхното пристигане или по план-график, определен от началника на отдел ВРОЗ и се изпраща отговор съгласно Правилата за координация на системите за социална сигурност, а в случай, че такива не са установени - в разумен срок и съгласно правото на добра администрация.

(3) Запитванията могат да бъдат получени чрез формуляр E126 или чрез структуриран документ (СЕД) S067 през Системата за електронен обмен на социалноосигурителна информация (Electronic Exchange Of Social Security Information - EESSI). Постъпилите запитвания се завеждат с пореден номер от регистъра на базата данни на отдел ВРОЗ и с входящ локален номер на случая в EESSI.

(4) По всяко запитване служител от отдел ВРОЗ на база приложените документи извършва проверки по отношение на наличие на договор между НЗОК и доставчика на медицински услуги и продукти и наличие на отчетено към НЗОК проведено лечение за лицето, подало заявлението до чуждата институция, както и наличие на предходно запитване от чуждата институция за същото лице и същия предмет на оказана медицинска/дентална помощ, които се отразяват в ДОК 05-01-06 „Лист за установяване на основанието и оценка на заявените суми, подлежащи на възстановяване/отказ“.

(5) Служител на отдел ВРОЗ с висше медицинско образование извършва оценка и остойносттаване на медицинските/дентални дейности в съответствие с приложените документи и съгласно нормативно регламентираните цени, заплащани от НЗОК за аналогични здравни дейности/лечение в България. Оценка и остойносттаването се отразяват в ДОК 05-01-06 „Лист за установяване на основанието и оценка на заявените суми, подлежащи на възстановяване/отказ, който се съгласува от началника на отдел ВРОЗ.

(6) Служител от отдел ВРОЗ изготвя докладна записка до управителя на НЗОК с предложение за признаване/непризнаване на разходи по локалния номер по случая на

запитването, към която се прилагат и листа за установяване на основанието и оценка и получения СЕД S067/формуляр E126. Докладната записка се представя за съгласуване на началника на отдел ВРОЗ и се предава на директора на дирекция БФП за подпис.

(7) След утвърждаване на докладната записка от управителя на НЗОК приложените СЕД S067/формуляр E126 се завеждат в деловодството и се връщат в отдел ВРОЗ, дирекция БФП за изпращане на отговор до чуждата институция.

(8) Служител на отдел ВРОЗ изпраща СЕД S 068 в отговор на запитване за ставка (S 067) от чуждата институция чрез EESSI, в срок до три дни от връщането в отдел ВРОЗ на утвърдената докладна записка по ал. 7, което се отбелязва и регистъра на базата данни на отдела.

(9) В приложимите случаи, служител на отдел ВРОЗ подготвя формуляр E126 за отговор на постъпило еквивалентно запитване от чужда институция, в срок до три дни от утвърждаването на докладната записка по ал. 7, което се отбелязва и регистъра на базата данни на отдел ВРОЗ.

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 Министерство 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.

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. 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.

(2) Заявленията могат да се подават и с квалифициран електронен подпис, по електронен път чрез портал EGOV.BG, идентификатор на услуга : 3382 - Възстановяване на разходи при трансгранично здравно обслужване.

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

3. Копие на медицинска документация удостоверяваща получената медицинска/дентална помощ или закупени лекарствени медикаменти и периода на извършването ѝ с оглед определяне на дължимото обезщетение по национална ставка;

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

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

6. При подаване на заявлението от родител - копие от документ/и, удостоверяващ/и качеството родител, попечител, настойник или лице, осъществяващо заместваща грижа по отношение на пациента – роднина, близък или приеман родител, при който детето е настанено по реда на Закона за закрила на детето, съответно директор на дирекция "Социално подпомагане" (удостоверения от общината, в това число удостоверение за раждане на детето, намиращо се у лицето, заповеди от социалните дирекции, съгласия на дирекциите "Социално подпомагане", съдебни решения, актове за брак и др.); когато родителят не е навършил пълнолетие, заявител е родителят, притежаващ документ за самоличност, или законен техен представител.

7. Оригинал или заверено копие на пълномощно, в което е посочено изрично, че пълномощникът се упълномощава да подава заявлението, необходимите документи към него или да получи обезщетението в натура ако посочената в банкова сметка по т. 4 не е притежание на упълномощителя;

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

(8) В приложимите случаи към заявлението се прилага копие на издадено предварително разрешение за възстановяване на разходи за трансгранично здравно обслужване относно разрешените здравни услуги, лекарствените продукти или медицинските изделия.

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

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

2. Копие от документ, издаден от съответна банка, в потвърждение на данните за личния IBAN номер на лична банкова сметка на определен наследник и декларации в оригинал 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.

(12) Всички документи, свързани със заявлението, следва да бъдат на български език. В случай че са представени документи и на чужд език, същите следва да бъдат придружени с превод на български език.

(13) Документи представени като заверени копия се заверяват с гриф "Вярно с оригинала", дата, три имена и подпис на заявителя, респективно на пълномощника.

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. 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 БФП 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 всяка 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) В случаите когато заявлението е подадено по електронен път и приложените към него документи не отговарят на изискванията за форма съгласно чл. 28, ал. 7 и ал. 9 и чл. 29, ал. 1, т. 1 и 2 същите се изискват и на хартиен носител, в изискуемата им форма, по реда на предходната алинея.

(3) 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 започва в срок до 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 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 за това.

Чл. 35. (1) Управителят на НЗОК издава 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 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 такава не е издадено;

4. е поискано възстановяване на разходи по чл. 26.

(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 здравното 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 Административнопроцесуалния 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 към чл. 19, ал. 1 от Наредба № 5.

Чл. 43. (1) НЗОК възстановява разходите за предоставеното в друга държава-членка здравно обслужване, за което лицето е получило предварително разрешение в съответствие с приложението към чл. 19, ал. 1 от 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 ЗЗО.

(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 (ЗЗО).

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 Основния регламент;

4. „Разрешение за подходящо (планово, по график) лечение” е разрешението, издадено от управителя на НЗОК при условията и по реда на чл. 20 от Основния регламент и чл.26 (А) от Регламента по прилагане.

5. „Предварително разрешение за възстановяване на разходи“ е разрешението съгласно чл. 80ж от ЗЗО и чл. 19 от Наредба № 5 от 21.03.2014 г. за условията и реда за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване.

6. Терминът „Правила за координация на системите за социална сигурност“ се разбира съгласно параграф 1, т. 22 от Допълнителните разпоредби на ЗЗО.

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

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 2. В случай на противоречие на регламентираните с настоящите правила вътрешноделоводни процедури и дейности с действащите Вътрешни правила за документооборота в НЗОК се прилагат последните.

§ 3. В отдел ВРОЗ се поддържат следните вътрешни електронни регистри:

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.

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.

§ 4. 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.

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

§ 6. 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 по чл. 57 от Административнопроцесуалния кодекс се удължават до получаване на отговора от чуждестранната компетентна институция.

§ 7. 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.

§ 8. В срок до една седмица от влизане в сила на Вътрешните правила следва да бъдат актуализирани следните процедури и инструкции:

1. ОП 05-01 “Възстановяване на разходи на ЗОЛ по реда на чл. 25 и чл. 26 от Регламент (ЕО) № 987/2009, Директива 2011/24/ЕС за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване и 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. РИ 05-01 “Възстановяване на разходи на ЗОЛ по реда на чл. 25 и чл. 26 от Регламент (ЕО) № 987/2009, Директива 2011/24/ЕС за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване и 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”;

3. ОП 05-14 „Оценка на запитвания за ставки от други държави членки с формуляр E126/СЕД S067 за възстановяване на разходи, свързани с прилагане на 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”.

4. РИ 05-14 „Оценка на запитвания за ставки от други държави членки с формуляр E126/СЕД S067 за възстановяване на разходи, свързани с прилагане на 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”.

§ 9. Настоящите правила влизат в сила от датата на утвърждаването им от управителя и се публикуват на официалната страница на НЗОК.

§ 10. Тези правила отменят Вътрешни правила за реда, начина и критериите относно възстановяване на извършени разходи по реда на чл. 25, буква Б, параграф 5-9, чл. 26, буква Б, параграф 6-7 от Регламент (ЕО) № 987/2009, 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. с Вътрешни правила №№ РД-16-11/10.03.2022 г. и РД-16-67/01.12.2022 г.



класификация на информацията
ниво 1 TLP-GREEN

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. "Кричим" No 1

www.nhif.bg



УТВЪРЖДАВАМ:
ДОЦ. Д-Р ПЕТКО СТЕФАНОВСКИ
УПРАВИТЕЛ НА НАЦИОНАЛНАТА
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ СЪГЛАСНО ПРАВИЛАТА ЗА КООРДИНАЦИЯ НА СИСТЕМИТЕ ЗА СОЦИАЛНА СИГУРНОСТ, В УСЛОВИЯТА НА ТРАНСГРАНИЧНО ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ ИЛИ ПО ДВУСТРАННИ СПОГОДБИ/ДОГОВОРИ ВКЛЮЧВАЩИ В ОБХВАТА СИ ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

№ РД-16-...44/18.07.2025г.

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:

- 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 лечение, за провеждането на което има издадено разрешение за провеждане на подходящо лечение извън държавата-членка по пребиваване по смисъла на чл. 20 от Регламент (ЕО) № 883/2004 на Европейския парламент и на Съвета от 29 април 2004 година за координация на системите за социална сигурност (Основен регламент), съответно

чл. 26, буква А 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 по прилагане);

3. Трансгранично здравно обслужване.

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

1. Разпоредбите на чл. 19 и чл. 20 от Основния регламент и чл. 25, буква „Б“ параграф 5-9 и чл. 26 буква „Б“ параграф 6-7 от Регламента по прилагане;

2. Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 9 март 2011 година за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, транспонирана в националната правна система с чл. 80д-80з от Закона за здравното осигуряване и 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 съгласно Правилата за координация на системите за социална сигурност 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 съгласно Директива 2011/24/ЕС на Европейския парламент и на Съвета за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване и нормативните актове по нейното транспониране в националната правна система.

3. Запитвания от чуждестранни осигурителни институции за ставките за възстановяване на обезщетения в натура, отправени със структуриран електронен документ (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;

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 „Бюджет и финансови параметри“ (БФП) 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 БФП.

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 БФП 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 БФП.

Чл. 7. (1) При извършване на своята дейност, началникът на отдел ВРОЗ може да поиска чрез директора на дирекция БФП 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 комисии/експертни съвети по специалности, определени със заповед на министъра на здравеопазването; председателите на научните дружества по съответните медицински специалности относно изясняване на въпроси, свързани с проведено конкретно лечение в чужбина, предмет на заявление за възстановяване на разходи.
- 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 БФП и персоналните длъжностни характеристики на служителите.

Глава II **Процедури и правила за работа**

Раздел III **Процедура и правила за работа при разглеждане на заявления за възстановяване на разходи и при запитвания от чуждестранни осигурителни институции**

Чл. 9. (1) За възстановяване на разходи за получена необходима медицинска помощ или подходящо (планово, по график) лечение по реда на Регламента по прилагане, лицата подават в Централното управление (ЦУ) на Национална здравноосигурителна каса (НЗОК) заявление по утвърден от управителя на НЗОК образец. 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.

(2) Заявленията могат да се подават и с квалифициран електронен подпис, по електронен път чрез портал EGOV.BG, идентификатор на услуга : 3382 - Възстановяване на разходи при трансгранично здравно обслужване.

(3) За достъп до средата е необходимо заявителят да направи регистрация с ПИК на НОИ, ПИК на НАП или КЕП като физическо лице в средата на портал EGOV (eGov.bg) и в средата на Системата за сигурно електронно връчване (edelivery.egov.bg). За достъп до самата услуга КЕП е задължителен.

(4) 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.

(5) 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.

(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 Регламента по прилагане 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 закупените лекарствени продукти (фактури, сметки и др.).

3. Оригинали на платежните документи за заплатените здравни услуги или закупени лекарствени продукти;

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

5. Оригинал или заверено копие на документ, издаден от банка, в потвърждение на данните за личния IBAN номер на банкова сметка;

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

7. При подаване на заявлението от родител - копие от документ/и, удостоверяващ/и качеството родител, попечител, настойник или лице, осъществяващо заместваща грижа по отношение на пациента – роднина, близък или приеман родител, при който детето е настанено по реда на Закона за закрила на детето, съответно директор на дирекция "Социално подпомагане" (удостоверения от общината, в това число удостоверение за раждане на детето, намиращо се у лицето, заповеди от социалните дирекции, съгласия на дирекциите "Социално подпомагане", съдебни решения, актове за брак и др.); когато родителят не е навършил пълнолетие, заявител е родителят, притежаващ документ за самоличност, или законен техен представител.

8. Оригинал или заверено копие на пълномощно, в което е посочено изрично, че пълномощникът се упълномощава да подава заявлението, необходимите документи към него или да получи обезщетението в натура ако посочената в банкова сметка по т. 5 не е притежание на упълномощителя;

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

(8) За възстановяване на разходи, заплатени в друга държава-членка за ползвани здравни услуги 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.

(9) В случаите на възстановяване на разходи при наличие на разрешение за подходящо (планово, по график) лечение, към документите се прилага оригинал на издадения формуляр S2 „Право на планирано лечение“ в чужбина, ако същият не е бил използван.

(10) 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 на всички от наследниците или

2. Оригинал или заверено копие на документ, издаден от съответна банка, в потвърждение на данните за личния IBAN номер на лична банкова сметка на определен наследник и декларации в оригинал 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.

(11) 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.

(12) 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.

(13) Всички документи, свързани със заявлението, следва да бъдат на български език. В случай че са представени документи и на чужд език, същите следва да бъдат придружени с превод на български език.

(14) Документи, които съгласно ал. 7 и 10 се представят като заверени копия се заверяват с гриф "Вярно с оригинала", дата, три имена и подпис на заявителя, респективно на пълномощника.

(15) В случай на непълноти на посочените данни, нечетливост или други несъответствия представените заверени копия на пълномощни могат да се изискат и в оригинал от административния орган по реда на чл. 13, ал. 1.

Чл. 10. 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 Регламента по прилагане, двустранни спогодби/договори.

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 всякащо 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 управителя 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.

Чл. 12. (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) В случаите когато заявлението е подадено по електронен път и приложените към него документи не отговарят на изискванията за форма съгласно чл. 9, ал. 7 и ал. 10 същите се изискват и на хартиен носител, в изискуемата им форма, по реда на предходната алинея.

(3) При неотстраняване на непълнотата или несъответствието в указания срок по ал. 1 и ал. 2 и в случаите по чл. 15, ал. 3, 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. 13. 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. При установена непълнота на изискуемата документация, служител от отдел ВРОЗ в срок до пет дни от получаване на информацията по т. 2 изпраща писмо до заявителя по реда на чл. 12;

Чл. 14. (1) При разглеждане на преписка по чл. 2, служител в отдел ВРОЗ може да извърши преценка, че е налице необходимост от:

а) превод на български език;

б) писмени становища от комисии/експертни съвети по специалности, определени със заповед на министъра на здравеопазването; председателите на научните дружества по съответните медицински специалности относно изясняване на въпроси, свързани с проведено конкретно лечение в чужбина, предмет на заявление за възстановяване на разходи.

(2) Служител от отдел ВРОЗ изготвя и изпраща писмата с искане на допълнителна информация/станoviща в срок до три дни след като е установена необходимостта за тях.

Чл. 15. (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, в които се установи, че предметът на заявлението не е от компетентността на НЗОК преписката се изпраща на съответния компетентен орган.

Чл. 16. (1) При разглеждане на преписка по чл. 2, при която заявителят е поискал възстановяването на разходи да е съгласно ставките на здравноосигурителния орган по престой и се установи, че законодателството на държавата-членка, в която е оказана медицинската помощ не предвижда ставки за възстановяване, се прилага чл. 25 (Б), параграф 7 от Регламента по прилагане.

(2). При разглеждане на преписка по чл. 2, при която заявителят е дал съгласие в възстановяването на разходи да е по ставки на НЗОК, служител с висше медицинско образование от отдел ВРОЗ проверява дали оказаната необходима медицинска помощ е включена в обхвата на чл. 45, ал. 1, т. 1 - 14 от Закона за здравето осигуряване (ЗЗО) и определя размера за възстановяване на разходи съгласно нормативно определените ставки за периода.

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

Чл. 17. (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 БФП 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 БФП 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 БФП 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. 18. (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, по график) лечение. В него се посочва размера на подлежащата на възстановяване сума, съответстваща на сумата, посочена в докладната записка по чл. 17.

(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. 13, т. 7 от институцията по мястото на престой съдържа отказ за възстановяване на разходи.

8. Предоставените здравни услуги не са в обхвата на медицинската помощ по чл. 45, ал. 1, т. 1 - 14 от Закона за здравното осигуряване. Това основание се прилага само в приложимите случаи, когато се възстановяват разходи съгласно чл. 25 (Б), параграф 6 или 7 от Регламента по прилагане.

9. Лекарствени продукти не са включени в Позитивния лекарствен списък по чл. 262, ал. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина. Това основание се прилага в приложимите случаи, когато се възстановяват разходи съгласно чл. 25 (Б), параграф 6 или 7 от Регламента по прилагане.

(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, по график) лечение, когато:

1. Няма издадено разрешение за подходящо (планово, по график) лечение;
2. Оказаното подходящо (планово, по график) 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, по график) 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 БФП 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. 13, 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. 19. Управителят на НЗОК може да делегира писмено на директора на дирекция БФП подписването на:

1. Запитвания за ставки към чужди институции - формуляри E126 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 по изпратени запитвания на хартиен носител (Формуляр E126);
3. Исканията за допълнителна информация или писмени становища;
4. Друга текуща информация извън изброената в т. 1-3.

Чл. 20. (1) При разрешено възстановяване на разходи по заявление по чл. 2, т. 1 дирекция БФП стартира процедурата за извършване на разход. Заявката за извършване на разход се придружава от:

1. Решението на управителя на НЗОК за извършване на разхода по възстановяване на лицето на определената сума;
2. Докладна записка от директора на дирекция БФП до управителя на НЗОК;
3. 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. Справка за здравноосигурителния статус на лицето за периода на получаване на помощта;
5. 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 актуален IBAN номер на банкова сметка.
- (3) В случай, че плащанията се извършват в чужда валута всички банкови такси за превалутиране и банков превод са за сметка на заявителя.

Чл. 21. 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.

Чл. 22. (1) В случаите на заявления по чл. 2, т. 1 служител на отдел ВРОЗ изготвя структуриран електронен документ (СЕД) S067 (в приложимите случаи формуляр E126) към органа за връзка в държавата, където е получена медицинската помощ за лицата с установени непрекъснати здравноосигурителни права, съгласно чл. 13, т. 2.

(2) СЕД S067/Формуляр E126 по предходната алинея се изготвя и изпраща до институцията по престой, в срок до пет дни от подаване на заявлението, респективно - от попълване на преписката с изискуемите документи, съгласно чл. 12, ал. 1 или ал. 2.

(3) СЕД S067/Формуляр E126 се придружава от копия на разходооправдателните, платежните и медицински документи приложени към преписката, а в приложимите случаи и от формуляр S2, при необходимост и от други документи имащи значение за случая.

(4) Служител от отдел ВРОЗ описва изпратения СЕД S067 в деловодната система със съответния номер от EESSI.

(5) Получените отговори с формуляр E126 или структурирани електронни документи (СЕД) S068 се описват в деловодната система със съответния номер.

(6) В срок до пет дни от постъпване на СЕД S068 „Отговор за ставките за възстановяване на обезщетения в натура - престой” или формуляр E126 се процедира съгласно чл. 17, а в приложимите случаи и съгласно чл. 16.

Чл. 23. (1) Запитванията от чуждите институции по чл. 2, т. 3 се обработват от служител на отдел ВРОЗ съгласно Регламента по прилагане.

(2) Запитванията се обработват по реда на тяхното пристигане или по план-график, определен от началника на отдел ВРОЗ и се изпраща отговор съгласно Правилата за координация на системите за социална сигурност, а в случай, че такива не са установени - в разумен срок и съгласно правото на добра администрация.

(3) Запитванията могат да бъдат получени чрез формуляр E126 или чрез структуриран документ (СЕД) S067 през Системата за електронен обмен на социалноосигурителна информация (Electronic Exchange Of Social Security Information - EESSI). Постъпилите запитвания се завеждат с пореден номер от регистъра на базата данни на отдел ВРОЗ и с входящ локален номер на случая в EESSI.

(4) По всяко запитване служител от отдел ВРОЗ на база приложените документи извършва проверки по отношение на наличие на договор между НЗОК и доставчика на медицински услуги и продукти и наличие на отчетено към НЗОК проведено лечение за лицето, подало заявлението до чуждата институция, както и наличие на предходно запитване от чуждата институция за същото лице и същия предмет на оказана медицинска/дентална помощ, които се отразяват в ДОК 05-01-06 „Лист за установяване на основанието и оценка на заявените суми, подлежащи на възстановяване/отказ“.

(5) Служител на отдел ВРОЗ с висше медицинско образование извършва оценка и остойностяване на медицинските/дентални дейности в съответствие с приложените документи и съгласно нормативно регламентирани цени, заплащани от НЗОК за аналогични здравни дейности/лечение в България. Оценката и остойностяването се отразяват в ДОК 05-01-06 „Лист за установяване на основанието и оценка на заявените суми, подлежащи на възстановяване/отказ, който се съгласува от началника на отдел ВРОЗ.

(6) Служител от отдел ВРОЗ изготвя докладна записка до управителя на НЗОК с предложение за признаване/непризнаване на разходи по локалния номер по случая на

запитването, към която се прилагат и листа за установяване на основанието и оценка и получения СЕД S067/формуляр E126. Докладната записка се представя за съгласуване на началника на отдел ВРОЗ и се предава на директора на дирекция БФП за подпис.

(7) След утвърждаване на докладната записка от управителя на НЗОК приложените СЕД S067/формуляр E126 се завеждат в деловодството и се връщат в отдел ВРОЗ, дирекция БФП за изпращане на отговор до чуждата институция.

(8) Служител на отдел ВРОЗ изпраща СЕД S 068 в отговор на запитване за ставка (S 067) от чуждата институция чрез EESSI, в срок до три дни от връщането в отдел ВРОЗ на утвърдената докладна записка по ал. 7, което се отбелязва и регистъра на базата данни на отдела.

(9) В приложимите случаи, служител на отдел ВРОЗ подготвя формуляр E126 за отговор на постъпило еквивалентно запитване от чужда институция, в срок до три дни от утвърждаването на докладната записка по ал. 7, което се отбелязва и регистъра на базата данни на отдел ВРОЗ.

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 Министерство 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.

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. 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.

(2) Заявленията могат да се подават и с квалифициран електронен подпис, по електронен път чрез портал EGOV.BG, идентификатор на услуга : 3382 - Възстановяване на разходи при трансгранично здравно обслужване.

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

3. Копие на медицинска документация удостоверяваща получената медицинска/дентална помощ или закупени лекарствени медикаменти и периода на извършването ѝ с оглед определяне на дължимото обезщетение по национална ставка;

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

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

6. При подаване на заявлението от родител - копие от документ/и, удостоверяващ/и качеството родител, попечител, настойник или лице, осъществяващо заместваща грижа по отношение на пациента – роднина, близък или приеман родител, при който детето е настанено по реда на Закона за закрила на детето, съответно директор на дирекция "Социално подпомагане" (удостоверения от общината, в това число удостоверение за раждане на детето, намиращо се у лицето, заповеди от социалните дирекции, съгласия на дирекциите "Социално подпомагане", съдебни решения, актове за брак и др.); когато родителят не е навършил пълнолетие, заявител е родителят, притежаващ документ за самоличност, или законен техен представител.

7. Оригинал или заверено копие на пълномощно, в което е посочено изрично, че пълномощникът се упълномощава да подава заявлението, необходимите документи към него или да получи обезщетението в натура ако посочената в банкова сметка по т. 4 не е притежание на упълномощителя;

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

(8) В приложимите случаи към заявлението се прилага копие на издадено предварително разрешение за възстановяване на разходи за трансгранично здравно обслужване относно разрешените здравни услуги, лекарствените продукти или медицинските изделия.

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

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

2. Копие от документ, издаден от съответна банка, в потвърждение на данните за личния IBAN номер на лична банкова сметка на определен наследник и декларации в оригинал 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.

(12) Всички документи, свързани със заявлението, следва да бъдат на български език. В случай че са представени документи и на чужд език, същите следва да бъдат придружени с превод на български език.

(13) Документи представени като заверени копия се заверяват с гриф "Вярно с оригинала", дата, три имена и подпис на заявителя, респективно на пълномощника.

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. 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 БФП 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 всяка 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) В случаите когато заявлението е подадено по електронен път и приложените към него документи не отговарят на изискванията за форма съгласно чл. 28, ал. 7 и ал. 9 и чл. 29, ал. 1, т. 1 и 2 същите се изискват и на хартиен носител, в изискуемата им форма, по реда на предходната алинея.

(3) 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 започва в срок до 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 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 за това.

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 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 по чл. 26.

(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 здравното 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 Административнопроцесуалния 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 към чл. 19, ал. 1 от Наредба № 5.

Чл. 43. (1) НЗОК възстановява разходите за предоставеното в друга държава-членка здравно обслужване, за което лицето е получило предварително разрешение в съответствие с приложението към чл. 19, ал. 1 от 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 ИТЦЗОП в ЦУ на НЗОК в срок до три работни дни от започване на обработката на заявлението;

4. Служител в дирекция ИТЦЗОП 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 ЗЗО.

(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 (ЗЗО).

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 Основния регламент;

4. „Разрешение за подходящо (планово, по график) лечение“ е разрешението, издадено от управителя на НЗОК при условията и по реда на чл. 20 от Основния регламент и чл.26 (А) от Регламента по прилагане.

5. „Предварително разрешение за възстановяване на разходи“ е разрешението съгласно чл. 80ж от ЗЗО и чл. 19 от Наредба № 5 от 21.03.2014 г. за условията и реда за упражняване правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване.

6. Терминът „Правила за координация на системите за социална сигурност“ се разбира съгласно параграф 1, т. 22 от Допълнителните разпоредби на ЗЗО.

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

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 2. В случай на противоречие на регламентираните с настоящите правила вътрешноделоводни процедури и дейности с действащите Вътрешни правила за документооборота в НЗОК се прилагат последните.

§ 3. В отдел ВРОЗ се поддържат следните вътрешни електронни регистри:

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.

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.

§ 4. 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.

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

§ 6. 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 по чл. 57 от Административнопроцесуалния кодекс се удължават до получаване на отговора от чуждестранната компетентна институция.

§ 7. 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.

§ 8. В срок до една седмица от влизане в сила на Вътрешните правила следва да бъдат актуализирани следните процедури и инструкции:

1. ОП 05-01 “Възстановяване на разходи на ЗОЛ по реда на чл. 25 и чл. 26 от Регламент (ЕО) № 987/2009, Директива 2011/24/ЕС за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване и 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. РИ 05-01 “Възстановяване на разходи на ЗОЛ по реда на чл. 25 и чл. 26 от Регламент (ЕО) № 987/2009, Директива 2011/24/ЕС за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване и 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”;

3. ОП 05-14 „Оценка на запитвания за ставки от други държави членки с формуляр E126/СЕД S067 за възстановяване на разходи, свързани с прилагане на 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”.

4. РИ 05-14 „Оценка на запитвания за ставки от други държави членки с формуляр E126/СЕД S067 за възстановяване на разходи, свързани с прилагане на 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”.

§ 9. Настоящите правила влизат в сила от датата на утвърждаването им от управителя и се публикуват на официалната страница на НЗОК.

§ 10. Тези правила отменят Вътрешни правила за реда, начина и критериите относно възстановяване на извършени разходи по реда на чл. 25, буква Б, параграф 5-9, чл. 26, буква Б, параграф 6-7 от Регламент (ЕО) № 987/2009, 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. с Вътрешни правила №№ РД-16-11/10.03.2022 г. и РД-16-67/01.12.2022 г.