



# ВЪПРОСИ И ОТГОВОРИ ЗА ПРИЛАГАНЕТО НА ДИРЕКТИВАТА ЗА ТРАНСГРАНИЧНО ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ



Версия 1

Информацията е събрана и подготвена от Eurordis

Директивата за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване бе официално приета на 9 март 2011 г. От датата на публикуването ѝ в Официалния вестник на Европейския съюз държавите-членки разполагат с 30-месечен период, за да я отразят в националното си законодателство.

Този документ е предназначен да отговори на основните въпроси на пациентските представители, за да могат да разберат новата европейска нормативна уредба и да отстояват интересите на пациентите по най-добрия начин в процеса на отразяването ѝ в националното законодателство.

## Въпроси и отговори за прилагането на Директивата за трансгранично здравно обслужване

**ДИРЕКТИВА 2011/24/ЕС НА ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ И НА СЪВЕТА ОТ 9 МАРТ 2011 Г. ЗА УПРАЖНЯВАНЕ НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ ПРИ ТРАНСГРАНИЧНО ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ**

<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>2</b>
<b>1  Защо има едновременно регламент и директива?</b> .....	<b>3</b>
<b>2  По какво те се различават?</b> .....	<b>4</b>
<b>3  Полезен ли е формуляр S2 (бившия формуляр E112)?</b> .....	<b>5</b>
<b>4  Защо формуляр S2 не е напълно удачен?</b> .....	<b>5</b>
<b>5  Кое е важно в новата директива?</b> .....	<b>5</b>
<b>6  За какви видове лечение се отнася Директивата?</b> .....	<b>6</b>
<b>7  Мога ли да търся здравно обслужване в чужбина, ако такова не се предлага в моята страна?</b> .....	<b>6</b>
<b>8  Като пациент трябва ли да заплащам всички разходи предварително и те да ми бъдат възстановявани на по-късен етап след това?</b> .....	<b>7</b>
<b>9  На какви основания може да бъде отказано предварително разрешение?</b> .....	<b>7</b>
<b>10  Съществуват ли специфични особености по отношение на редките болести?</b> .....	<b>7</b>
<b>11  Налице ли са различни цени за местни лица и чужденци?</b> .....	<b>8</b>
<b>12  Може ли да се изисква също възстановяване на разходите за път и настаняване?</b> .....	<b>8</b>
<b>13  Къде мога да намеря информация за предлаганите здравни грижи и услуги в другите държави-членки?</b> .....	<b>9</b>
<b>14  Какво мога да направя в случай, че нещо се обърка? Кой е отговорен?</b> .....	<b>9</b>
<b>15  Може ли да се лобира за пълното покриване на разходите?</b> .....	<b>9</b>
<b>16  Кои здравни услуги и грижи са предмет на предварително одобрение?</b> .....	<b>9</b>
<b>17  Могат ли държавите-членки да ограничават трансграничното здравно обслужване?</b> .....	<b>9</b>
<b>18  Важни за отчитане решения на Съда на Европейския съюз (Съда)</b> .....	<b>10</b>
<b>19  Решение на Съда по случая „Geraets-Smits-Peeboms”</b> .....	<b>10</b>
<b>20  Решение на Съда по случая „Елчинов”</b> .....	<b>10</b>
<b>21  Речник</b> .....	<b>11</b>

## ВЪВЕДЕНИЕ

Новоприетата директива представлява стъпка напред за подобряване достъпа на европейските граждани до здравни грижи. Не само, че предлага решения пред медицинските специалисти за по-добро сътрудничество между държавите-членки (телемедицина, европейски референтни мрежи и т.н.), но също така тя посочва на държавите-членки какви инициативи трябва да приложат за улеснение на достъпа до грижи в държави-членки, различни от държавата-членка по осигуряване (в която пациентът плаща здравноосигурителни вноски).

Съдът на Европейския съюз (Съда) потвърди, че правото на търсене на трансгранично здравно обслужване вече съществува в Договора за функционирането на Европейския съюз (ДФЕС). Следователно Директивата не създава нови права за пациентите, такива вече съществуват.

Директивата обаче ще бъде полезна само, ако всички държави-членки я отразят в националното си законодателство, при пълно зачитане правата на пациентите. Това трябва да се постигне до 25 октомври 2013 г.

В резултат на това, през следващите 2 години пациентите и техните организации имат възможност да обсъдят със здравните власти как най-добре да се приложи Директивата. Една от характеристиките на настоящата директива е, че тя предлага много различни варианти и всяка държава-членка може да реши кои да използва и кои не.

По-долу са изброени основните въпроси, за които EURORDIS се застъпва от 2006 г. насам:

1. В случая на редките заболявания, пациентите трябва да имат правото да получат лечение в държава, различна от държавата по осигуряване, когато такова не е на разположение.
2. Всички разходи трябва да бъдат възстановявани, включително разходите за път и настаняване.
3. Пациентите не трябва да плащат предварително и да чакат за възстановяване след това.
4. Когато се изисква предварително разрешение, взетото решение не трябва да бъде произволно, а пропорционално (без нереалистични изисквания за информация). То следва да бъде бързо, с възможност за обжалване, когато е отрицателно (както е определено от Директивата).

По време на обсъжданията със здравните власти е особено важно да бъдат подчертани някои членове на настоящата директива. Те са обобщени в таблицата по-долу.

Проблем	Как да възразите	
	Член или съображение от Директивата, които подкрепят нашия случай	Къде да намерите обяснение в този документ
<p><b>Вашите здравни власти настояват, че пациентите трябва винаги да използват формуляр S2 (бившия формуляр E112) и да подават молба за предварително разрешение.</b></p> <p>Това може да се случи, когато правителството счита, че Директивата реално не е необходима, и не желае да променя в дълбочина административния процес за прилагане ѝ.</p>		Въпрос 4, страница 5
<p><b>Вашите здравни власти посочват, че</b></p>	Съображение 16,	

пациентите могат да търсят второ медицинско мнение в друга държава, но само за диагноза, а не за лечение (и съответните разходи се възстановяват в страната по осигуряване).	страница 88/46	
Вашите здравни власти са съгласни да улеснят трансграничното здравно обслужване, но само за много редки заболявания.	Съображение 55, страница 88/51 <i>Редки заболявания са тези, които достигат праг на преобладаване, който не надвишава пет случая на 10 000 лица (съгласно Регламент (ЕС) 141/2000).</i> Член 13.b, страница 86/62	
Вашите здравни власти твърдят, че пациентът трябва да заплати предварително и разходите му ще бъдат възстановени на по-късен етап (само ако е получил предварително разрешение).	Член 7.4, страница 88/57	Въпрос 7, страница 7
Вашите здравни власти не предлагат специфични мерки за редките болести в сравнение с честите.	Член 13, страница 88/62	Въпрос 8, страница 7
Медицинските специалисти предлагат различни цени за еднакви услуги в зависимост от това откъде идва пациентът.	Член 4.4, страница 88/56	Въпрос 9, страница 7
Вашите здравни власти заявяват, че разходите за път и настаняване не са в обхвата на настоящата директива.	Съображение 34, страница 88/49 Член 7.4, страница 88/58	Въпрос 10, страница 7
Вашите здравни власти посочват, че Директивата не предвижда възстановяване на пълните (основни) разходи, а само в границите на това, което се покрива тук.	Член 7.4, страница 88/58	Въпрос 13, страница 9
Вашите здравни власти не желаят да се ангажират в диалог относно списъка с лечения, за които е необходимо предварително разрешение, или действията по този списък не са достатъчно прозрачни.	Член 8.7, страница 88/59	Въпрос 14, страница 9
Вашите здравни власти поставят ограничения за броя на пациентите от други държави-членки, които ще се лекуват в страната	Съображение 21, страница 88/47 Член 7.9, страница 88/58	Въпрос 15, страница 9

## 1| ЗАЩО ИМА ЕДНОВРЕМЕННО РЕГЛАМЕНТ И ДИРЕКТИВА?

Регламент 883/2004 бе приет, за да се гарантира достъп до здравни грижи в държавата по пребиваване на работниците-мигранти и техните семейства. Той също обхваща лечението, получено извън държавата по пребиваване или по осигуряване, при следните условия:

- Случайни здравни грижи: когато пребивавайки временно в друга държава-членка, лицето има право на здравни грижи и възникне такава необходимост. За да докаже това си право, пациентът трябва да представи формуляр E111 в държавата-членка по местолечение (сега заменен от Европейската здравноосигурителна карта, ЕЗОК).
- Планирани здравни грижи: пациентите, които отиват в друга държава-членка специално за здравно обслужване, трябва да получат предварително разрешение от компетентна институция в държавата си по осигуряване. Това разрешение, заверено чрез формуляр S2 (бивш формуляр E112), трябва да се даде, ако лечението се покрива в държавата по осигуряване, но не може да бъде предоставено там в рамките на оправдан от медицинска гледна точка срок, така нареченото необосновано забавяне.



ФИГ. 1: ЕЗОК

Директива 2011/24 бе приета през 2011 г., за да се систематизира правото на здравно обслужване в чужбина, което е пряко следствие от разпоредбите за свободно движение на ДФЕС и което съществува заедно с правата, създадени от Регламента. Съществуващият регламент 883/2004 е дискуссионен, с дълга поредица от съдебни спорове, които отменят изискването за предварително разрешение в специфични случаи и на пациентите са възстановени разходите за здравни грижи, получени в чужбина.

## 2| ПО КАКВО ТЕ СЕ РАЗЛИЧАВАТ?

Директивата следва да се внесе яснота и правна сигурност за пациентите. "Системата трябва да бъде фокусирана към пациента. Изискването за предварително разрешение за лечение и списъкът с ограничени за осъществяване в чужбина здравни услуги не трябва да възпрепятстват пациентите да получават грижите, от които се нуждаят", казва членът на ЕП от Ирландия Mairead McGuinness в Европейския парламент в Страсбург.

Предварително разрешение може да се изисква в следните случаи:

- за здравно обслужване, което включва настаняване в болница за поне една нощувка;
- за високоспециализирано и свързано със значителни разходи здравно обслужване;
- за здравно обслужване в чужбина, което в отделни случаи би могло да предизвика сериозни и конкретни съмнения за качеството или безопасността на обслужването.

В тези три случая може да се наложи пациентите да търсят предварително разрешение от съответния здравен орган, отговорен за възстановяване на разходите.

Дори с приемането на това законодателство, Регламент 884/2004 ще остане в сила и пациентите могат да преценят да търсят трансгранично здравно обслужване в рамките на съществуващите правила, отколкото според новата директива. Съгласно Регламент 883/2004 на пациента могат да бъдат възстановени определени разходи за пътуване. Държавите-членки са тези, които трябва да решат дали ще покриват разходите за пътуване и настаняване.

Директивата предвижда, че разходите за медицинско лечение, получено в друга държава-членка, които надвишават стойността на интервенцията в държавата по осигуряване, се поемат от лицето, освен ако държавата по осигуряване не реши да покрие пълния размер на разхода за лечение.

#### *Регламент 883/2004 (E111/E112)*

- *Предварително разрешение за достъп до здравно обслужване в страна, различна от страната по осигуряване: винаги се изисква.*
- *Ако всичко е ОК: действителните разходи се възстановяват.*

#### *Актуална директива 2011/24*

- *Не е необходимо предварително разрешение за здравно обслужване, на което пациентът има право съгласно законодателството на страната по осигуряване*
- *Възстановяването на разходите за здравно обслужване, когато такова е предвидено в законодателството, става в рамките на определените обезщетения в страната по осигуряване*

Основните разлики са обобщение по-долу:

### **3| ПОЛЕЗЕН ЛИ Е ФОРМУЛЯР S2 (БИВШИЯ ФОРМУЛЯР E112)?**

Да. Когато получите разрешение за лечение в друга държава чрез формуляр S2, не само че всички разходи по здравното обслужване се възстановяват (дори и ако те са по-високи, отколкото в държавата по осигуряване), но също така се покриват и пътните разходи. Формуляр S2:

- се отнася за планирани здравни грижи (не за извънредни ситуации или инциденти);
- означава, че здравното обслужване се покрива от осигуровките на пациента;
- изисква официална молба, представяща медицинската необходимост;
- задължително е предварително, експертно одобрение;
- е валиден за 1 календарна година;
- осигурява достъп до здравно обслужване според условията на държавата по местолечение (приемащата страна);
- здравната система на държавата по местолечение заплаща болничните (не всички) разходи;
- пациентът заплаща част от разходите, които след това се възстановяват чрез здравните му осигуровки.

### **4| ЗАЩО ФОРМУЛЯР S2 НЕ Е НАПЪЛНО УДАЧЕН?**

Недостатъците на формуляр S2 включват:

- това е в известна степен произволно решение (предварително разрешение се дава от съветници, които не са непременно експерти в областта на редките болести);
- отнася се основно за традиционното здравеопазване (не винаги приложимо за редките болести);
- отделно за всеки отделен случай (документация, закъснения);
- трябва да се повтаря всеки път, когато един и същ пациент трябва да пътува до държавата по местолечение;
- има частично заплащане от пациента (което впоследствие се възстановява, но след известно закъснение), което понякога може да бъде значително.

### **5| КОЕ Е ВАЖНО В НОВАТА ДИРЕКТИВА?**

Директивата призовава държавите-членки да определят списък със здравни услуги и грижи, за които необходимо предварително разрешение.

Всяка държава-членка трябва да определи национална точка за контакт, която предоставя информация за това какви видове здравни услуги и грижи са на разположение в дадена европейска страна и на каква цена. Тези точки за контакт ще предоставят на пациентите информация за техните права, както и за практическите аспекти на трансграничното здравно обслужване, като например информация за

доставчиците на здравни услуги, качеството и безопасността, достъпността на болниците за хора с увреждания, за да могат пациентите да направят информиран избор.

Пример:

Пациент живее в Италия и отива в Чехия, за да получи специфично лечение, което не е включено в реимбурсната листа в родината му.		
<b>Регламент или директива</b>	Регламент: формуляр S2 и предварително разрешение	Директива: без предварително разрешение
<b>Цена на лечението в Чехия</b>	30 000 €	30 000 €
<b>Цена на лечението в Италия</b>	26 000 €	26 000 €
<b>Предварителни плащания от страна на пациента</b>	3 000 €* * понякога никакви	30 000 €* Здравната осигуровка в Италия възстановява 26 000 € на пациента, не 30 000 €.
	Остатъкът от 27 000 € се заплаща на лечебното заведение от чешката здравна система.	
	Здравната осигуровка в Италия възстановява 3 000 € на пациента.	
<b>Краен разход за пациента</b>	0 €	4 000 €

## 6| ЗА КАКВИ ВИДОВЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕ ОТНАСЯ ДИРЕКТИВАТА?

Трансграничното здравно обслужване може да включва:

- Консултация
- Преглед
- Хирургическа операция
- Лечение, включително медикаментозно
- Не е ограничено само до диагностициране

Съображение 6 ясно посочва, че „Както неколккратно беше потвърдено от Съда на Европейския съюз (наричан по-долу „Съдът“), като се признава специфичното им естество, всички медицински грижи попадат в приложното поле на ДФЕС”.

Съображение 16 определя правилата, които уреждат покупката на лекарства или медицински изделия в чужбина: „За целите на възстановяването на разходите за трансгранично здравно обслужване настоящата директива следва да обхваща не само случаите, в които пациентът получава здравно обслужване в държава-членка, различна от държавата-членка по осигуряване, но също предписването, изпълнението на предписанията и предоставянето на лекарствени продукти и медицински изделия, когато те се предоставят в контекста на здравна услуга.

Определението за трансгранично здравно обслужване следва да обхваща както закупуването от пациента на такива лекарствени продукти и медицински изделия в държава-членка, различна от държавата-членка по осигуряване, така и закупуването от пациента на такива лекарствени продукти и медицински изделия в държава-членка, различна от тази, в която е издадено медицинското предписание.”

## 7| МОГА ЛИ ДА ТЪРСЯ ЗДРАВНО ОБСЛУЖАВАНЕ В ЧУЖБИНА, АКО ТАКОВА НЕ СЕ ПРЕДЛАГА В МОЯТА СТРАНА?



Предварително разрешение е необходимо за възстановяването на разходите, а не за определяне на достъпа до лечение. Ако дадено лечение не е налично в определена държава-членка и не е включено в спектъра на здравното осигуряване, тогава властите могат да откажат предварително разрешение. Ако лечението е включено в здравното осигуряване, но не е на разположение, то тогава е налице необосновано забавяне, следователно властите най-вероятно не могат да откажат. В този случай лечението, предоставено в чужбина, ще бъде покрито.

Обикновено пакетът от обществено достъпни здравни услуги е определен доста общо, но ако съществуват по-точни списъци (като например подробни медицински класификации и кодове за финансово отчитане), те трябва да бъдат използвани за целите на възстановяването на разходите за трансгранично здравно обслужване.

## **8| КАТО ПАЦИЕНТ ТРЯБВА ЛИ ДА ЗАПЛАЩАМ ВСИЧКИ РАЗХОДИ ПРЕДВАРИТЕЛНО И ТЕ ДА МИ БЪДАТ ВЪЗСТАНОВЯВАНИ НА ПО-КЪСЕН ЕТАП СЛЕД ТОВА?**

Вместо да възстановяват разходите на пациента, държавите-членки по осигуряване могат да решат да заплащат директно на доставчика на здравно обслужване. Това не е задължение, а възможност.

Това е обяснението в чл. 7.4: „Разходите за трансгранично здравно обслужване се възстановяват или заплащат директно от държавата-членка по осигуряване до размера на разходите, които биха били поети от държавата-членка по осигуряване, ако това здравно обслужване беше предоставено на нейна територия, без да се надхвърлят действителните разходи за предоставеното здравно обслужване.”

За извънболнична помощ, пациентите имат възможност да търсят здравно обслужване в чужбина без предварително разрешение и при завръщане да подадат молба за възстановяване на разходите.

## **9| НА КАКВИ ОСНОВАНИЯ МОЖЕ ДА БЪДЕ ОТКАЗАНО ПРЕДВАРИТЕЛНО РАЗРЕШЕНИЕ?**

Тези основания трябва да бъдат обяснени и ясно дефинирани, за да се избегнат, до колкото е възможно, произволни решения. Държавата-членка по осигуряване може да откаже да предостави предварително разрешение:

- ако пациентът, желаещ трансгранично здравно обслужване, бъде изложен на неприемлив риск за безопасността;
- ако населението бъде изложено на съществен риск за безопасността;
- ако въпросното лечение се предоставя от доставчик на здравно обслужване, който предизвиква сериозни съмнения за спазването на стандартите и насоките за качество и безопасност;
- или ако въпросното здравно обслужване може да бъде предоставено на нейна територия в рамките на срок, който е обоснован от медицинска гледна точка.

## **10| СЪЩЕСТВУВАТ ЛИ СПЕЦИФИЧНИ ОСОБЕНОСТИ ПО ОТНОШЕНИЕ НА РЕДКИТЕ БОЛЕСТИ?**

Член 13 гласи, че Европейската комисия и държавите-членки трябва да се стремят да осведомяват медицинските специалисти за инструментите, с които те разполагат на равнището на Съюза и които подпомагат правилната диагностика на редките заболявания, по-конкретно базата данни Orphanet и европейските референтни мрежи; и да осведомяват пациентите, медицинските специалисти и органите, отговарящи за финансиране на здравното обслужване, за възможностите, осигурени с Регламент (ЕО) № 883/2004, за изпращане на пациенти с редки заболявания в други държави-членки дори за диагностика и лечение, които не се предлагат в държавата-членка по осигуряване.



С други думи, европейските институции настояват за разпоредбите, определени от Регламента, и

подч  
ерта  
ват  
поле  
знос  
тта  
на  
фор  
муля  
р S2.

*„Държавите-членки гарантират, че доставчиците на здравно обслужване на тяхна територия прилагат същите тарифи за пациенти от други държави-членки като тези за местните пациенти в подобна медицинска ситуация или че те прилагат цена, изчислена съгласно обективни и недискриминационни критерии, ако няма сравнима цена за местни пациенти.“*

11|

### НАЛИЦЕ ЛИ СА РАЗЛИЧНИ ЦЕНИ ЗА МЕСТНИ ЛИЦА И ЧУЖДЕНЦИ?

Не трябва да има никаква разлика съгласно член 4.4:

*„Държавите-членки могат например да възстановяват допълнителни разходи, като разходи за настаняване и път или допълнителни разходи, направени от лица с увреждания, дори когато тези разходи не се възстановяват при здравно обслужване, предоставяно на тяхна територия.“*

12|

### МОЖЕ ЛИ ДА СЕ ИЗИСКВА СЪЩО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИТЕ ЗА ПЪТ И НАСТАНЯВАНЕ?

Да, възстановяване на други разходи се споменава в съображение 34 и член 7.4. Държавите-членки са свободни да го направят, пациентските организации трябва да защитят използването на тази възможност на национално ниво.

### **13| КЪДЕ МОГА ДА НАМЕРЯ ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПРЕДЛАГАНИТЕ ЗДРАВНИ ГРИЖИ И УСЛУГИ В ДРУГИТЕ ДЪРЖАВИ-ЧЛЕНКИ?**

Информацията за трансграничното здравно обслужване е обяснена в съображение 48: „За да могат пациентите да упражняват на практика правото си на трансгранично здравно обслужване, е необходима подходяща информация по всички основни аспекти на трансграничното здравно обслужване. За трансграничното здравно обслужване един от механизмите за предоставяне на такава информация е създаване на национални точки за контакт във всяка държава-членка.”

### **14| КАКВО МОГА ДА НАПРАВЯ В СЛУЧАЙ, ЧЕ НЕЩО СЕ ОБЪРКА? КОЙ Е ОТГОВОРЕН?**

Жалбите и търсенето на отговорност са разяснени в член 4.2 (в): „Има прозрачни процедури за подаване на жалби и въведени механизми за пациентите, които им позволяват да търсят поправяне на вредите, в съответствие със законодателството на държавата-членка по местолечение, при претърпени вреди в резултат на полученото от тях лечение.”

### **15| МОЖЕ ЛИ ДА СЕ ЛОБИРА ЗА ПЪЛНОТО ПОКРИВАНЕ НА РАЗХОДИТЕ?**

Да. Според член 7.4 „Дори когато пълният размер за трансгранично здравно обслужване надвишава размера на разходите, които биха били поети, ако здравното обслужване е било предоставено на нейна територия, държавата-членка по осигуряване може да реши да възстанови пълния размер.”

Всяка държава-членка може да реши (ако е приканена да го направи) да възстанови пълния размер на разходите в случаите, когато реалните направените разходи надвивават размера на разходите, които биха били възстановени в страната по осигуряване. Държавите-членки, които желаят да подкрепят пациентите с редки болести, могат да изберат тази опция, но това не е задължително.

### **16| КОИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ГРИЖИ СА ПРЕДМЕТ НА ПРЕДВАРИТЕЛНО ОДОБРЕНИЕ?**

Член 8.7 гласи „Държавата-членка по осигуряване оповестява публично информация за това за кое здравно обслужване се изисква предварително разрешение за целите на настоящата директива, както и цялата съответна информация относно системата за предварително разрешение.”

Формирането на тези списъци (които ще определят за кои заболявания няма да се изисква предварително разрешение) е специфично за всяка държава-членка и със сигурност ще зависи от способността на пациентските организации да защитават каузата си на национално ниво.

### **17| МОГАТ ЛИ ДЪРЖАВИТЕ-ЧЛЕНКИ ДА ОГРАНИЧАВАТ ТРАНСГРАНИЧНОТО ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ?**

Съображение 21 обяснява, че входящият поток пациенти може да създаде търсене, надвишаващо съществуващия капацитет на дадена държава-членка за дадено лечение. При такива извънредни случаи държавата-членка следва да запази възможността да намери разрешение на положението по съображения за обществено здраве.

В действителност правителствата на държавите-членки са отговорни за планирането на здравните услуги и осигуряването на необходимите бюджети. Например, дадена държава-членка е преценила, че 300 скенери за компютърна томография са необходими за нуждите на населението ѝ. При голям приток на пациенти от други държави-членки тези 300 скенери вече могат да не задоволяват търсенето или това да

става при прекалено големи закъснения. В такъв случай, държавата-членка може да реши да придобие допълнително оборудване или да определи лимит за броя на пациентите от други държави-членки.

## 18| ВАЖНИ ЗА ОТЧИТАНЕ РЕШЕНИЯ НА СЪДА НА ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ (СЪДА)

От 1995 г. решенията на Съда на Европейския съюз (СЕС) систематично са в полза на пациентите по сила на принципа от ДФЕС за свободното движение на стоки, услуги и хора:

- Decker 1995 и Kohll 1996
- Vanbraekel 1998
- Müller-Faurel 1999
- Geraets-Smits-Peeboms 2001
- Leichtle 2002
- Inizan 2003
- Idryma Koinonikon Asfaliseon 2003
- Watts 2004
- Елчинов 2010

Решенията могат да бъдат разгледани тук: <http://eur-lex.europa.eu/en/index.htm>

## 19| РЕШЕНИЕ НА СЪДА ПО СЛУЧАЯ „GERAETS-SMITS-PEERBOMS”

На 10 декември 1996 г. г-н Peerbooms изпада в кома след пътнотранспортно произшествие. На 22 февруари 1997 г. е приет в болница в Холандия и след това, бидейки във вегетативно състояние, е прехвърлен в Университетската клиника в Инсбрук, Австрия. Там той получава специализирана интензивна терапия чрез невростимулация. На 20 юни 1997 г. г-н Peerbooms излиза от кома и бива изписан от Клиниката в Инсбрук. Обратно в Холандия, възстановяване на разходите за медицинските грижи в Австрия е отказано, тъй като невростимулация не фигурира в предвидения пакет от здравни услуги, покривани от здравните осигуровки в Холандия.

Съдът счита, че:

- разрешение за осигуряване на лечение в друга държава-членка не може да бъде отказано, когато въпросното лечение е достатъчно изпитано и проверено от международната научна общност;
- разрешение не може да бъде отказано, ако лечението може да бъде получено в държавата по пребиваване, но само при голямо закъснение.

С други думи, Съдът решава, че разходите на г-н Peerbooms трябва да бъдат възстановени. Това решение на Съда не винаги може да бъде използвано извън конкретния случай за Холандия, където пакетът осигурени здравни услуги се определя като "нормално здравно обслужване в професионална среда".

## 20| РЕШЕНИЕ НА СЪДА ПО СЛУЧАЯ „ЕЛЧИНОВ”

Г-н Елчинов, български гражданин, страда от рядка форма на рак на окото. На 9 март 2007 г. той подава молба в НЗОК за издаване на формуляр S2 (бивш формуляр E112), за да получи високоспециализирано лечение в Берлин (поставяне на радиоактивни апликатори, протонна терапия), тъй като такова не е налично в България. Той бива приет по спешност в Берлин на 15 март 2007 г., тъй като здравословното му състояние се влошава, преди да е получил отговор от НЗОК.

На 18 април 2007 г., след проведеното лечение в Берлин, той получава отрицателен отговор от НЗОК, тъй като лечението не е сред осигурените здравни услуги според българското законодателство и не се покрива от НЗОК. В България единствено енуклецията е на разположение и се покрива като лечение. Г-н

Елчинов обжалва, като експерт потвърждава, че високоспециализираното лечение все още не е на разположение в България. Въпреки това, НЗОК обжалва пред Върховния административен съд и г-н Елчинов сезира Съда на Европейския съюз като последна инстанция.

Решението постановява, че разрешение не може да бъде отказано:

ако

- предвидените в законодателството обезщетения не са установени чрез точно изброяване на типове лечение или способности на лечение, а чрез по-общо посочване на категории или типове лечение, или способности на лечение;
- е установено, че въпросният метод на лечение съответства на посочени в списъка типове лечение;

и ако

- в държавата-членка, на чиято територия пребивава осигуреното лице, не може да бъде предоставено алтернативно, еднакво ефективно лечение, без неоправдано забавяне.

С други думи:

Ако в българския реимбурсен списък е посочено: „Тип на покривано лечение за рак на окото – радиологично или хирургично лечение”	Ако в българския реимбурсен списък е посочено: „Тип на покривано лечение за рак на окото – само енуклеация”
В такъв случай реимбурсирането на протонна терапията в Берлин не може да бъде отказано.	В такъв случай реимбурсирането на протонна терапията в Берлин може да бъде отказано.  Възстановяват се единствено разходите до размера на покриваните разходи за енуклеация.

Изводът е, че колкото по-прецизен е реимбурсният списък, толкова по-трудно се одобряват за възстановяване разходи за различен тип лечение, получено в държава, различна от държавата по осигуряване.

## 21| РЕЧНИК

- **Трансгранично здравно обслужване:** здравно обслужване, предоставено или предписано в държава-членка, различна от държавата-членка по осигуряване.
- **Доставчик на здравно обслужване:** всяко физическо или юридическо лице или всяка друга структура, законно предоставяща здравно обслужване на територията на държава-членка.
- **Осигурено лице:** i) лица, включително членове на техните семейства и преживелите ги лица, които попадат в приложното поле на член 2 от Регламент (ЕО) № 883/2004 и които са осигурени лица по смисъла на член 1, буква в) от посочения регламент; и ii) граждани на трети държави, които попадат в приложното поле на Регламент (ЕО) № 859/2003 или Регламент (ЕС) № 1231/2010 или които отговарят на условията за право на обезщетения по законодателството на държавата-членка по осигуряване.
- **Държава-членка по осигуряване** (страна по осигуряване): държавата-членка, която е компетентна да даде на осигуреното лице предварително разрешение да получи подходящо лечение извън държавата-членка на пребиваване съгласно Регламент (ЕО) № 883/2004 и Регламент (ЕО) № 987/2009.

- **Държава-членка по пребиваване** (страна по пребиваване): държавата-членка, където пациентът трайно пребивава.
- **Държава-членка по местолечение**: държавата-членка, на чиято територия действително се предоставя здравно обслужване на пациента. При телемедицински услуги се приема, че здравното обслужване се предоставя в държавата-членка, в която е установен доставчикът на здравно обслужване.

---

Този документ е подготвен от:

François Houyez, Директор по здравна политика, EURORDIS:

За контакти: [francois.houyez@eurordis.org](mailto:francois.houyez@eurordis.org) или тел.: + 33 1 56 53 52 18. Web: [www.eurordis.org](http://www.eurordis.org)

Участие е взела също Flaminia Macchia, Директор по европейски въпроси, EURORDIS.

Документът е преведен на български език от екипа на Информационен център за редки болести и лекарства сираци, гр. Пловдив, [www.raredis.org](http://www.raredis.org)