

Наредба за изменение и допълнение 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

(обн., ДВ, бр. 26 от 2019 г., изм. и доп., бр. 90 от 2019 г., бр. 108 от 2020 г., бр. 79 от 2021 г. и бр. 85 от 2022 г.)

§ 1. В чл. 1, ал. 3, изречение второ думите „Лечението за“ се заменят с „Лечението на“ и след думата „заболявания“ се добавя „както и лечението на редки заболявания с лекарствени продукти и диетични храни за специални медицински цели“.

§ 2. В чл. 10, ал. 1, т. 3 след думата „(оферта)“ се добавя „с план за лечение“.

§ 3. В чл. 13, ал. 1 думите „5-дневен срок“ се заменят със „срок до 5 работни дни“.

§ 4. В чл. 22 думите „(ако е получил такива от лечебното заведение)“ се заличават.

§ 5. В чл. 23, ал. 1, т. 3 след думата „(оферта)“ се добавя „с план за лечение“.

§ 6. В чл. 25, ал. 1, т. 4 се правят следните изменения и допълнения:

1. в буква „г“ думите „ще бъде изработен по индивидуална мярка за специална употреба и“ се заличават;

2. създава се буква „е“:

„е) че уредът за индивидуална употреба ще бъде изработен по индивидуална мярка за специална употреба и е предназначен за конкретния пациент“.

§ 7. В чл. 27, ал. 1 думите „5-дневен срок“ се заменят със „срок до 5 работни дни“.

§ 8. В чл. 40, ал. 1 думите „(ако е получил такива от лечебното заведение)“ се заличават.

§ 9. Приложение № 1 към чл. 10, ал. 1 се изменя така:

„Приложение № 1 към чл. 10, ал. 1

До НЗОК/РЗОК

ЗАЯВЛЕНИЕ

**ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ И ДРУГИ УСЛУГИ ПО ЧЛ. 82, АЛ. 1а И 3
ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО НА БЪЛГАРСКИ ГРАЖДАНИ НАД 18 ГОДИШНА
ВЪЗРАСТ**

ЗАЯВИТЕЛ

.....
(име, презиме, фамилия)

ЕГН/ЛНЧ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Данни от документа за самоличност на заявителя:

ЛК № [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [], изд. на дата: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] От МВР

Постоянен адрес на заявителя:

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №

Бл. вх. ет. ап.

Настоящ адрес на заявителя:

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №

Бл. вх. ет. ап.

Адрес, телефон, факс, електронен адрес за връзка:

адреса съвпада с постоянен адрес

адреса съвпада с настоящ адрес

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №

Бл. вх. ет. ап.

Телефон: Факс: E-mail:

**ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ/НАСТОЙНИК/ПОПЕЧИТЕЛ
В СЛУЧАЙ, ЧЕ ИМА ТАКЪВ:**

.....
(име, презиме, фамилия)

ЕГН [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [],

Постоянен адрес:

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №

Бл. вх. ет. ап.

Настоящ адрес на заявителя:

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №

Бл. вх. ет. ап.

Адрес, телефон, факс, електронен адрес за връзка:

адреса съвпада с постоянен адрес

адреса съвпада с настоящ адрес

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №

Бл.....вх.....ет.....ап.....
Телефон: Факс: E-mail:

ОСНОВНА ДИАГНОЗА:

.....

ВИД И РАЗМЕР (за размера -ако е известен) НА ИСКАНОТО ЗАПЛАЩАНЕ:

1. лечение в чужбина, извън трансплантацията:

д	Име процедура/дейности	Размер на исканото заплащане

2. предтрансплантационно животоподдържащо и/или животоспасяващо лечение на заболяване, налагащо трансплантацията, с лекарствени продукти по чл. 263 от ЗЛПХМ:

№ по ред	Име лекарствен продукт	Брой (табл. амп., фл., оп. и др.)	Размер на и заплащ

3. Лечението за онкологични и онкохематологични заболявания, започнало преди навършване на 18-годишна възраст:

№ по ред	Име лекарствен продукт	Брой (табл. амп., фл., оп. и др.)	Размер на и заплащ

4. Трансплантация на органи, която не се извършва или не може да бъде извършена своевременно в Република България, и/или на хемопоеични стволови клетки при малигнени хематологични заболявания, както и при някои тежко протичащи бенигнени заболявания и при утвърдени нехематологични заболявания, посочени в наредбата по чл. 16, ал. 1, т. 2 от ЗТОТК, която не може да бъде извършена своевременно в Република България:

Органи Клетки

д	Име	Размер на исканото заплащане

5. Участие на чуждестранни медицински специалисти в диагностични и лечебни процедури и трансплантации в лечебни заведения на територията на Република България:

д	Наименование на медицинските услуги	Размер на исканото заплащане

Заявявам, че желая да получавам документи и съобщения по следния начин:

чрез лицензиран пощенски оператор, или

- по електронен път на следния електронен адрес:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване, или
- на следния персонален профил, регистриран в информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги по смисъла на Закона за електронното управление:, или
- на следния мобилен или стационарен телефонен номер:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване или в случай че изтеглянето не е технически възможно, позволява изпращане от получателя на обратно кратко текстово съобщение, потвърждаващо получаването на съобщението, или
- по факс на следния номер:
(вярното се отбелязва и се дописва необходимата информация при налично поле за това, а при наличие на лице от лечебното заведение за болнична помощ, действащо като пълномощник, се посочва телефон, факс, имейл адрес или адрес на лицето)

Заявявам, че желая индивидуалният административен акт, който ще бъде издаден по заявлението ми, да ми бъде съобщен по следния начин:

- чрез лицензиран пощенски оператор, или
- по електронен път на следния електронен адрес:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване, или
- на следния персонален профил, регистриран в информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги по смисъла на Закона за електронното управление:, или
- на следния мобилен или стационарен телефонен номер:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване или в случай че изтеглянето не е технически възможно, позволява изпращане от получателя на обратно кратко текстово съобщение, потвърждаващо получаването на съобщението, или
- по факс на следния номер:
(вярното се огражда и се дописва необходимата информация при налично поле за това)

Дата: . .

Заявител:
(име, фамилия и подпис)

Дата: . .

Законен представител /настойник/
попечител (в случай че има такъв):
(име, фамилия и подпис)

§ 10. Приложение № 2 към чл. 10, ал. 1, т. 5 се изменя така:

„Приложение № 2 към чл. 10, ал. 1, т. 5

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният заявител ЕГН/ЛНЧ

.....
(име, презиме, фамилия)

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

Към момента на подаване на заявлението:

не се ползвам/ пациентът не се ползва на отделно основание от финансовите механизми на задължителното здравно осигуряване, правилата за координация на системите за социална сигурност, държавния и общинските бюджети, национални и регионални програми, международни договори и други механизми за осигуряване на услуги, идентични с посочените в заявлението.

ще участвам/ пациентът ще участва в заплащането на услугите със собствени средства в следния размер:

.....

ще съдействам на НЗОК и на лечебното заведение в страната/чужбина за изразяване на необходимите информирани съгласия относно услугите.

За пациент

.....

не е отпусната еднократна социална помощ за задоволяване на инцидентно възникнала здравна потребност и еднократна помощ за покриване на разходите за лични нужди на пациент и неговите придружители, стойността на която да е достатъчна за покриване на нуждите.

Съгласен съм моите и/или личните данни на пациента да бъдат предоставяни от НЗОК на лечебни заведения в страната и в други държави за нуждите на здравето на пациента. Известна ми е наказателната отговорност по чл. 313, ал. 3 от Наказателния кодекс.

Заявител:
(име, презиме, фамилия)

Дата: ..

Подпис:

Законен представител/настойник/попечител (в случай, че има такъв):

.....
(име, презиме, фамилия)

Дата: ..

Подпис:

“

§ 11. Приложение № 3 към чл. 23, ал. 1 се изменя така:

„Приложение № 3 към чл. 23, ал. 1

До НЗОК/РЗОК

ЗАЯВЛЕНИЕ

**ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ И ДРУГИ УСЛУГИ ПО ЧЛ. 82, АЛ. 1а И 3
ОТ ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО НА БЪЛГАРСКИ ГРАЖДАНИ ДО 18 ГОДИШНА
ВЪЗРАСТ**

ЗАЯВИТЕЛ

.....
(име, презиме, фамилия)

Родител Настойник Попечител ЕГН/ЛНЧ

- Лице, на което се възложени грижи за детето:
- Роднина
 - Близък
 - Приеман родител
 - Със съгласие на дирекция „Социално подпомагане“/Директор на дирекция „Социално подпомагане“ на малолетен пациент/пациент под настойничество или на непълнолетен пациент, който е във физическа или ментална невъзможност да подпише заявлението

Данни от документа за самоличност на заявителя:

ЛК № , изд. на дата: . . От МВР

Постоянен адрес на заявителя:

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №

Бл. вх. ет. ап.

Настоящ адрес на заявителя:

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №

Бл. вх. ет. ап.

Адрес, телефон, факс, електронен адрес за връзка:

адреса съвпада с постоянен адрес

адреса съвпада с настоящ адрес

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №

Бл. вх. ет. ап.

Телефон: Факс: E-mail:

**ОТНОСНО ЗАПЛАЩАНЕ ЗА УСЛУГИ НА МАЛОЛЕТНИЯ/
ПОСТАВЕНИЯ ПОД НАСТОЙНИЧЕСТВО ПАЦИЕНТ:**

.....
(име, презиме, фамилия)

ЕГН/ЛНЧ , Гражданство:

Постоянен адрес на пациента:

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №

Бл. вх. ет. ап.

Настоящ адрес на пациента:

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №.....

Бл..... вх..... ет..... ап.....

ОСНОВНА ДИАГНОЗА:

.....

ВИД И РАЗМЕР (за размера - ако е известен) НА ИСКАНОТО ЗАПЛАЩАНЕ:

1. Диагностични и лечебни процедури, които не могат да бъдат извършени своевременно или за които няма условия за извършването им в Република България:

д	Име процедура/дейности	Размер на исканото заплащане

2. Диагностика чрез генетични изследвания в лечебни заведения в Република България

№ по ред	Наименование на генетичното-изследване	Размер на исканото заплащане

3. Лекарствени продукти/ диетични храни за специални медицински цели

№ по ред	Име лекарствен продукт/диетични храни за специални медицински цели	Брой (табл. амп., фл., оп. и др.)	Размер на исканото заплащане

4. Медицински изделия

Медицински изделия, които не могат да бъдат осигурени в Република България

д	Наименование медицинско изделие	Размер на исканото заплащане

Медицински изделия, които не се финансират от НЗОК в рамките на лечение в страната по клинични пътеки

д	Наименование медицинско изделие	Размер на исканото заплащане

--	--	--

5. Високоспециализирани медицински апарати/уреди за индивидуална употреба

д	Име високоспециализиран медицински апарат	Размер на исканото заплащане

6. Трансплантация на органи и хемопоеични стволови клетки при малигнени хематологични заболявания, както и при някои тежко протичащи бенигнени заболявания и при утвърдени нехематологични заболявания, която не се извършва или не може да бъде извършена своевременно в Република България.

Органи Клетки

д	Име	Размер на исканото заплащане

7. Участие на чуждестранни медицински специалисти в диагностични и лечебни процедури и трансплантации в лечебни заведения на територията на Република България

д	Наименование на медицинските услуги	Размер на исканото заплащане

8. Средства за транспорт и престой на детето и един негов придружител в чужбина, както и при необходимост устен превод по време на престоя и лечението

Да Не

9. Лекар придружител

Да Не

В СЛУЧАИТЕ ПО ЧЛ. 23, АЛ. 7:

Заявявам, че давам съгласието си лицето:

.....
(име, презиме, фамилия)

Телефон:, Електронна поща (имейл):

Адрес: Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №.....

Бл.....вх..... ет..... ап.....

ръководител на лечебното заведение за болнична помощ

посочено от управителя на лечебното заведение със заповед

Лечебно заведение:

.....
Да осъществява представителството в процедурата, в това число да подаде заявлението и необходимите документи за детето от мое име.

Заявявам, че желая да получавам документи и съобщения по следния начин:

чрез лицензиран пощенски оператор, или

по електронен път на следния електронен адрес:, който позволява получаване

на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване, или

на следния персонален профил, регистриран в информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги по смисъла на Закона за електронното управление:, или

на следния мобилен или стационарен телефонен номер:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване или в случай че изтеглянето не е технически възможно, позволява изпращане от получателя на обратно кратко текстово съобщение, потвърждаващо получаването на съобщението, или

по факс на следния номер:
(вярното се отбелязва и се дописва необходимата информация при налично поле за това, а при наличие на лице от лечебното заведение за болнична помощ, действащо като пълномощник, се посочва телефон, факс, имейл адрес или адрес на лицето)

Заявявам, че желая индивидуалният административен акт, който ще бъде издаден по заявлението ми, да ми бъде съобщен по следния начин:

чрез лицензиран пощенски оператор, или

по електронен път на следния електронен адрес:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване, или

на следния персонален профил, регистриран в информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги по смисъла на Закона за електронното управление:, или

на следния мобилен или стационарен телефонен номер:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване или в случай че изтеглянето не е технически възможно, позволява изпращане от получателя на обратно кратко текстово съобщение, потвърждаващо получаването на съобщението, или

по факс на следния номер:
(вярното се ограджда и се дописва необходимата информация при налично поле за това)

Декларация от заявителя, в случай че непълнолетният пациент е във физическа или ментална невъзможност да подпише заявлението:

Долуподписаният заявител декларирам, че пациентът:

.....
(име, презиме, фамилия)

е в невъзможност да подпише заявлението по следната причина:

.....

(свободно описание)

Дата: . .

Заявител:
(име, фамилия и подпис)

§ 12. Приложение № 4 към чл. 23, ал. 1 се изменя така:

„Приложение № 4 към чл. 23, ал. 1

До НЗОК/РЗОК

Бл.....вх.....ет.....ап.....

Адрес, телефон, факс, електронен адрес за връзка:

адреса съвпада с постоянен адрес

адреса съвпада с настоящ адрес

Гр. (с.) Ж.к.

Ул. №.....

Бл.....вх.....ет.....ап.....

Телефон: Факс: E-mail:

ОСНОВНА ДИАГНОЗА:

.....

ВИД И РАЗМЕР (за размера - ако е известен) НА ИСКАНОТО ЗАПЛАЩАНЕ:

1. Диагностични и лечебни процедури, които не могат да бъдат извършени своевременно или за които няма условия за извършването им в Република България:

д	Име процедура/дейности	Размер на исканото заплащане

2. Диагностика чрез генетични изследвания в лечебни заведения в Република България

№ по ред	Наименование на генетичното-изследване	Размер на исканото заплащане

3. Лекарствени продукти/ диетични храни за специални медицински цели

№ по ред	Име лекарствен продукт/диетични храни за специални медицински цели	Брой (табл. амп., фл., оп. и др.)	Размер на исканото заплащане

4. Медицински изделия

Медицински изделия, които не могат да бъдат осигурени в Република България

д	Наименование медицинско изделие	Размер на исканото заплащане

Медицински изделия, които не се финансират от НЗОК в рамките на лечение в страната по клинични пътеки

№ по ред	Наименование медицинско изделие	Размер на исканото заплащане

5. Високоспециализирани медицински апарати/уреди за индивидуална употреба

д	Име високоспециализиран медицински апарат	Размер на исканото заплащане

6. Трансплантация на органи и хемопоеични стволови клетки при малигнени хематологични заболявания, както и при някои тежко протичащи бенигнени заболявания и при утвърдени нехематологични заболявания, която не се извършва или не може да бъде извършена своевременно в Република България.

Органи Клетки

д	Име	Размер на исканото заплащане

7. Участие на чуждестранни медицински специалисти в диагностични и лечебни процедури и трансплантации в лечебни заведения на територията на Република България

д	Наименование на медицинските услуги	Размер на исканото заплащане

8. Средства за транспорт и престой на детето и един негов придружител в чужбина, както и при необходимост устен превод по време на престоя и лечението

Да Не

9. Лекар придружител

Да Не

В СЛУЧАИТЕ ПО ЧЛ. 23, АЛ. 7:

Заявявам, че давам съгласието си лицето:

.....
(име, презиме, фамилия)

Телефон:, Електронна поща (имейл):

Адрес: Гр. (с.), Ж.к.

Ул. №

Бл. вх. ет. ап.

ръководител на лечебното заведение за болнична помощ

посочено от управителя на лечебното заведение със заповед

Лечебно заведение:

.....

Да осъществява представителството в процедурата, в това число да подаде заявлението и необходимите документи от мое име.

Заявявам, че желая да получавам документи и съобщения по следния начин:

- чрез лицензиран пощенски оператор, или
- по електронен път на следния електронен адрес:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване, или
- на следния персонален профил, регистриран в информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги по смисъла на Закона за електронното управление:, или
- на следния мобилен или стационарен телефонен номер:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване или в случай че изтеглянето не е технически възможно, позволява изпращане от получателя на обратно кратко текстово съобщение, потвърждаващо получаването на съобщението, или
- по факс на следния номер:
(вярното се отбелязва и се дописва необходимата информация при налично поле за това, а при наличие на лице от лечебното заведение за болнична помощ, действащо като пълномощник, се посочва телефон, факс, имейл адрес или адрес на лицето)

Заявявам, че желая индивидуалният административен акт, който ще бъде издаден по заявлението ми, да ми бъде съобщен по следния начин:

- чрез лицензиран пощенски оператор, или
- по електронен път на следния електронен адрес:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване, или
- на следния персонален профил, регистриран в информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги по смисъла на Закона за електронното управление:, или
- на следния мобилен или стационарен телефонен номер:, който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване или в случай че изтеглянето не е технически възможно, позволява изпращане от получателя на обратно кратко текстово съобщение, потвърждаващо получаването на съобщението, или
- по факс на следния номер:
(вярното се огражда и се дописва необходимата информация при налично поле за това)

Дата: ..

Заявител:
(име, фамилия и подпис)

Дата: ..

Родител/попечител:
(име, фамилия и подпис)

“

§ 13. Приложение № 5 към чл. 23, ал. 1, т. 4 се изменя така:

„Приложение № 5 към чл. 23, ал. 1, т. 4

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният заявител ЕГН/ЛНЧ

.....
(име, презиме, фамилия)

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

Към момента на подаване на заявлението не са осъществявани контакти с лечебни заведения или специалисти в чужбина с цел предоставяне на посочените в заявлението услуги за:

мен пациентът

.....
.....

Заявявам желанието си НЗОК да определи лечебното заведение в чужбина или чуждестранния медицински специалист, което/който да осъществи посочените от мен в заявлението услуги по отношение на пациента.

Заявител:
(име, презиме, фамилия)

Дата: .. Подпис:

“

§ 14. Приложение № 6 към чл. 23, ал. 1, т. 5 се изменя така:

„Приложение № 6 към чл. 23, ал. 1, т. 5

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният заявител ЕГН/ЛНЧ

.....
(име, презиме, фамилия)

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

Към момента на подаване на заявлението:

не се ползвам/ пациентът не се ползва

на отделно основание от финансовите механизми на задължителното здравно осигуряване, правилата за координация на системите за социална сигурност, държавния и общинските бюджети, национални и регионални програми, международни договори и други механизми за осигуряване на услуги, идентични с посочените в заявлението.

Ще участвам в заплащането на услугите със собствени средства в следния размер:

.....
(име, презиме, фамилия)

не е отпусната еднократна социална помощ за задоволяване на инцидентно възникнала здравна потребност и еднократна помощ за покриване на разходите за лични нужди на пациент и неговите придружители, стойността на която да е достатъчна за покриване на нуждите.

Съгласен съм моите и/или личните данни на пациента да бъдат предоставяни от НЗОК на лечебни заведения в страната и в други държави за нуждите на здравето на пациента.

Известна ми е наказателната отговорност по чл. 313, ал. 3 от Наказателния кодекс.

Заявител:
(име, презиме, фамилия)

Дата:

Подпис:

“

ЗАКЛЮЧИТЕЛНА РАЗПОРЕДБА

§ 15. Параграф 1 влиза в сила от 19 април 2024 г.

МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
ГАЛЯ КОНДЕВА