

Министерство на здравеопазването

Договор № РД-НС-01-2-1 от 14 май 2018 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор за денталните дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския зъболекарски съюз за 2018 г.

**ДОГОВОР № РД-НС-01-2-1  
от 14 май 2018 г.**

**за изменение и допълнение на Националния рамков договор за денталните дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския зъболекарски съюз за 2018 г. (ДВ, бр. 26 от 2018 г.)**

Днес, 14.05.2018 г., между Националната здравноосигурителна каса, от една страна, и Българския зъболекарски съюз, от друга страна, на основание чл. 53, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) и във връзка с Договора за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности (ДВ, бр. 34 от 2018 г.) се сключи този Договор за изменение и допълнение на Националния рамков договор за денталните дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския зъболекарски съюз за 2018 г. за следното:

**§ 1.** В приложение № 2 „Първични медицински документи“ се правят следните изменения и допълнения:

1. „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) придобива следното съдържание:



## УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА НАПРАВЛЕНИЕ ЗА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

Първичният медицински документ "Направление за медико-диагностична дейност" – бл. МЗ-НЗОК № 4 се съставя в един екземпляр от лекар по дентална медицина / в един екземпляр от изпълнителя на ПИМП/СИМП, като направлението се изпраща на медико-диагностичната лаборатория чрез пациента. Резултатите се изпращат от медико-диагностичната лаборатория - чрез пациента или по служебен път на лекаря, назначил изследванията, за формиране на здравно досие на ЗОЛ.

Документът се попълва ясно и четливо с печатни букви

### 1. Общи данни:

1.1. **Направление за медико-диагностична дейност №.** – пореден номер направление за медико-диагностична дейност. Номерацията е последователна за всеки лекар в рамките на календарна година. Номерът се изписва "дясно подравнен".

1.2. **Амбулаторен лист №.** – вписва се номерът на амбулаторния лист, на базата на който лекарят, извършил прегледа, е издал направлението.

### 2. Данни за пациента:

2.1. **ЕГН (ЛНЧ)** – попълва се единен граждански номер. За чуждестранните граждани, пребиваващи в Република България, които нямат ЕГН, се попълва личен номер на чужденеца, маркира се с "X" ЛНЧ и се въвежда дата на раждане.

2.2. **РЗОК №., здравен район** – вписват се кодовете на РЗОК и здравния район на избрания общопрактикуващ лекар, съгласно здравната карта на Република България.

2.3. **Име, презиме, фамилия, адрес** – вписват се имената на пациента и настоящият адрес.

2.4. **Идентификационен номер** – вписва се персонален идентификационен номер на осигурено в друга държава лице.

2.5. **Код на държавата** – вписва се кодът на държавата за осигурено в друга държава лице.

### 3. Данни за лекаря, издаващ направлението:

3.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от регионална здравна инспекция (РЗИ на ЛЗ в което работи титуляра и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).

**Код специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря, назначил МДД, според приложената номенклатура на специалностите.

3.2. **УИН** – вписва се УИН на лекаря титуляр/ЛПК на лекаря по дентална медицина.

3.3. **УИН** – вписва се УИН на лекаря заместник (нает персонал), осъществил преглед; маркира се с "X" заместник или нает персонал.

### 4. Изпраща се за – изпращащият лекар, издал направлението, вписва:

4.1. **Кода на диагнозата по МКБ 10** (1. основен код на главна диагноза; 2. допълнителен код).

4.2. **Кодовете на назначените МДД.** Кодовете в едно направление са от един пакет.

4.3. **Полетата, в които не са вписани кодове на назначени МДД, се зачертават.**

4.4. **Посочва се типът на направлението, съгласно приложена номенклатура, както следва: тип 1** – по повод остро заболяване или състояние извън останалите типове, издава се от ОПЛ/лекар-специалист/ лекар по дентална медицина; **тип 2** – по повод хронично заболяване, неподлежащо на диспансерно наблюдение; издава се от ОПЛ/лекар-специалист/ лекар по дентална медицина; **тип 4** – за диспансерно наблюдение, издава се от специалист или ОПЛ само на лица включени в диспансерната им листа за медико-диагностични изследвания в хода на диспансерното наблюдение; **тип 6** – за медицинска експертиза, издава се от ОПЛ/лекар –специалист/ лекар по дентална медицина за МДД, необходими в хода на експертизата; **тип 7** – издава се от ОПЛ за профилактика на ЗОЛ над 18-годишна възраст или от ОПЛ/специалист за профилактика на ЗОЛ над 18-годишна възраст с рискови фактори за развитие на заболяване; **тип 8** – по искане на ТЕЛК/НЕЛК, издава се само от ОПЛ за ВСМДИ по искане на ТЕЛК или НЕЛК; **тип 9** – по програма „Майчино здравеопазване“, издава се от изпълнителя на програмата – ОПЛ или специалист АГ; **тип 10** – по програма „Детско здравеопазване“, издава се от изпълнителя на програмата – ОПЛ или специалист педиатрия;

4.5. **Попълва се само от лекар по дентална медицина.** При назначаване на МДД с код 06\_01 (секторна рентгенография) се вписва номер на зъб.

--	--	--	--	--

5. Изпращащият лекар/лекар по дентална медицина вписва датата на издаване на направлението, подписва се и задължително подпечатва документа с личния си печат и/или с печата на ЛЗ (за нает персонал).

### 6. Данни на лекаря, извършил изследванията:

6.1. **Регистрационен номер на лечебното заведение** – вписва се номерът на ЛЗ, издаден от регионална здравна инспекция (РЗИ на ЛЗ в което работи титуляра и НЗОК номер (НЗОК номер се отнася за ЛЗ, които имат един РЗИ № и сключени договори в различни РЗОК или ЛЗ по чл. 5 от ЗЛЗ).

6.2. **Код специалност** – вписва се кодът на специалността на лекаря, извършил МДД, според приложената номенклатура на специалностите.

6.3. **УИН на лекаря** – вписва се УИН на лекаря/ЛПК на лекаря по дентална медицина, извършил МДД и подпис. Повече от един УИН се вписва само в случай, че назначените МДД се извършват от повече от един лекар.

6.4. **Отбелязват се с „X“ кодовете на извършените МДД.**

**6.5. Вписва се дата на завършване на дейността по направлението и документът задължително се подпечатва с печата на лечебното заведение.**

7. Вписва се датата, на която пациентът с подписа си удостоверява, че е взет биологичен материал или е извършено образно изследване.



2. „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) придобива следното съдържание:

НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ/ЛЕЧЕНИЕ ПО АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ			
<b>ПАЦИЕНТ</b> РЗОК №. здравен район. ЕГН (ЛНЧ) на пациента. Пол мъж Идентификационен номер <input type="checkbox"/> ЕГН <input type="checkbox"/> ЛНЧ дата на раждане <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ССН <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава Адрес: гр.(с) _____ име, презиме и фамилия по лична карта _____ ул. _____ №. _____ Ж.к. _____ бл. _____ вх. _____ тел. _____		<b>НАСОЧЕН ОТ:</b> договор с НЗОК <input type="checkbox"/> РЗОК №. здравен район. НЗОК номер. регистрация номер на лечебното заведение <input type="checkbox"/> 1- ОПЛ, 2- специалист, 3- болница, 4- следна помощ, 05 ЦКВЗ, 06 КОЦ, 07 лекар по дентална медицина УИН на лекар/ЛПК на лекаря по дентална медицина УИН на заместващия (наетия) лекар/ЛПК на денталния лекар _____ име на лечебното заведение _____ код специалност _____ име и фамилия на лекаря	
<b>ИЗПРАЩА СЕ ЗА ПРИЕМ:</b> <input type="checkbox"/> спешен <input type="checkbox"/> планов по КП №. _____ По АПр №. _____ <b>Насочваща диагноза:</b> _____ МКБ 10 _____ _____ МКБ 10 _____ дата на изпращане: _____ №. _____ изпращащ лекар: _____ ден месец година подпис и печат на лечебното заведение			
<input type="checkbox"/> <b>Отказ от лечение</b> _____ лекар: _____ подпис и печат на лечебното заведение			
<b>ПРИЕМАЩО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:</b> <input type="checkbox"/> спешен <input type="checkbox"/> планов по КП №. _____ По АПр №. _____ _____ име на лечебното заведение _____ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район. регистрация номер на лечебното заведение приемаш лекар: _____ УИН на лекар/ЛПК на лекаря по дентална медицина Приемна диагноза: _____ МКБ 10 _____ _____ МКБ 10 _____ първи преглед: _____ ден месец година _____ планов прием: _____ ден месец година №. _____ приемаш лекар: _____ лист за планов прием подпис			
<b>ПОСТЪПИЛ В ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТ</b> степен на тежест на състоянието <input type="checkbox"/> до 6 часа <input type="checkbox"/> от 6 до 24 часа <input type="checkbox"/> след 24 часа постъпване от началото на заболяването за спешните случаи приет: _____ ден месец година час минути _____ ИЗ: _____ номер година _____ Запознат съм с източника на финансиране и предстоящи процедури: бюджет <input type="checkbox"/> НЗОК <input type="checkbox"/> ДЗОФ <input type="checkbox"/> пациент <input type="checkbox"/> Подпис: _____			
<b>ПРЕМИНАЛ ПРЕЗ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ</b> _____ дата на изписване / превеждане _____ час на изписване _____ по КП №. _____ По АПр №. _____ деца под 1 г. _____ за новородено: _____ ИЗ на майката: _____ г.с. _____ при приемане в болницата възраст (дни) тегло при прием (грама) тегло при раждане (грама) за новородено номер година Актова книга №. _____ РЗИ №. на ЛЗ на раждане: _____			
<b>ОСНОВНА ДИАГНОЗА:</b> _____ МКБ 10 _____ _____ МКБ 10 _____ _____ МКБ 10 _____ _____ МКБ 10 _____ Придружаващи заболявания и усложнения: _____ МКБ 10 _____			
<b>ДИАГНОСТИЧНА / ТЕРАПЕВТИЧНА или ОПЕРАТИВНА ПРОЦЕДУРА:</b> _____ Австралийска класификация _____ МКБ _____ АКМП _____ _____ МКБ _____ АКМП _____ _____ МКБ _____ АКМП _____ _____ МКБ _____ АКМП _____ <b>Хист. резултат:</b> _____ МКБ _____ АКМП _____			
<input type="checkbox"/> отказ от лечение от ЗОЛ обосновка на отказа: _____ подпис: 1. изписан Статус: <input type="checkbox"/> 2. преведен в болница РЗИ _____ диагноза за превеждане: МКБ 10 _____ 3. починал причина за смъртта: МКБ 10 _____ <input type="checkbox"/> освободен от аутопсия Пролезани леглодни: _____ болн. лист №. _____ бр. дни _____ състояние при изписването <input type="checkbox"/> 1 здрав; 2 с подобрение; 3 без изменение; 4 с влошаване			
Ръководител на лечебното заведение: _____ Началник на отделение: _____ подпис и печат на лечебното заведение фамилия, подпис		Лекуващ лекар: _____ фамилия, подпис _____ УИН на лекуващия лекар	

#### Част II. Данни, попълвани от лекар при първи преглед на болния в лечебното заведение

- Блок "Приемащо лечебно заведение"** – вид прием – отбелязва се с "X", дали пациентът се приема по спешност или планово;
- "отказ на лечение поради липса на индикации" – лекарят задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение и на двата екземпляра.
  - име на лечебното заведение за болнична помощ или извънболнична помощ, което приема пациента;
  - номер на клинична пътека/амбулаторна процедура - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън клиничните пътеки/амбулаторните процедури или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека/амбулаторна процедура;
  - РЗОК №, здравен район по местонахождение на лечебното заведение – съгласно кодовете на здравните райони по области (на гърба), договорни отношения с НЗОК - отбелязва се с "X" дали приемащото лечебно заведение има сключен договор с НЗОК, регистрационен номер на лечебното заведение, код от МЗ – задължителен за всички лечебни заведения;
  - "Приемащ лекар" - име и фамилия на приемащия лекар/лекар по дентална медицина. Ако пациентът постъпва планово/допълнителен пакет, това са данните на лекаря от диагностично - консултативен блок (ДКБ) или ЛЗ за извънболнична помощ с легла. Когато пациентът постъпва по спешност или след работното време на ДКБ, се вписват данните на дежурния лекар.
  - приемна диагноза - наименования на диагнозата, която е повод за лечение на пациента (изписва се на български език) , на втория ред се изписва придружаващо заболяване ако има такова;
  - кодове на диагнозата - основен и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с "\*" в МКБ 10;
  - дата на първи преглед в болницата/ ЛЗ за извънболнична помощ с легла – попълва се задължително от приемащия лекар:
    - лекарят от ДКБ/ ЛЗ за извънболнична помощ с легла - когато пациентът постъпва планово;
    - дежурният лекар - когато пациентът постъпва по спешност или след работното време на ДКБ;
  - дата за планиран прием – попълва се, ако приемът на пациента е планов;
  - No. от листа за планов прием – уникален номер за лечебното заведение за календарна година.
  - Приемащият лекар задължително се подписва на документа.

#### Част III. Данни, попълвани при постъпване на пациент в лечебното заведение

##### Блок "Постъпил в в лечебното заведение

Попълват се всички полета.

- степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация – попълват се следните класификации:

#### СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ПАЦИЕНТИ НАД 3 ГОДИНИ)

##### I СТЕПЕН

Пациентът е независим, с незасегнати жизнено функции, ориентира се във времето и пространството. В състояние е без помощ да се облича и съблича, сам да се мие, да се храни, да отива на изследване и манипулации, да включва лампата, радиото, звънеца за повикване и да отива до тоалетната.

##### II СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да се мие на умивалника или в леглото, да яде и пие. Може да отива на изследвания и манипулации само с придружител. Сам обслужва звънеца за повикване, лампата и радиото и сам търси помощ за ползване на тоалетната.

##### III СТЕПЕН

Пациентът е ограничен поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушение в ориентацията, нужда се непрекъснато от помощ при обличане и събличане, при извършване на тоалета и при хранене. Изследванията и манипулациите се извършват само в лежачо положение.

##### IV СТЕПЕН

В това състояние пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

#### СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (ДЕЦА ОТ 1 ДО 3 ГОДИНИ)

##### I СТЕПЕН

Деца от една до три годишна възраст без отклонения в общото развитие. Включва къпане, хранене до 4 пъти в денонощие, преповиване до 3 пъти в денонощие или поставяне на гърне/водене до тоалетна, поставяне в легло и приспиване, раздвижване - пасивно и активно. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до два пъти в денонощие.

##### II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 6 пъти в денонощие, преповиване до 6 пъти в денонощие или присъствие при изхождане по нужда, раздвижване или приспиване по обичаен начин. Контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 4-6 пъти в денонощие. Поддържане на инфузионно лечение до два пъти в денонощие.

##### III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко нарушено състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването/висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотявания, кървене и при промяна на положението в леглото, пасивното и активно раздвижване поради затруднените условия.

##### IV СТЕПЕН

В това състояние детето е напълно зависимо, транспортабилно при специални изисквания, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации.

Поради много тежко нарушено състояние към грижите за трета степен могат да се добавят продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

#### СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО (НОВОРОДЕНИ И КЪРМАЧЕТА)

##### I СТЕПЕН

Новородени и кърмачета без отклонения от нормата. Включва къпане, хранене до 5 пъти в денонощие, преповиване до 5 пъти в денонощие, обръщане в леглото до 5 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 3 пъти в денонощие.

##### II СТЕПЕН

Към грижите за първа степен поради нарушено състояние се добавят: допълнително миене и почистване, хранене до 8 пъти в денонощие, преповиване до 8 пъти в денонощие, обръщане в леглото 8-10 пъти в денонощие, контрол на температура, дишане, пулс, бъбречна функция и дефекация до 6 пъти в денонощие.

##### III СТЕПЕН

Към грижите за втора степен поради по-тежко състояние (след операции, инвазивни процедури, остра фаза на заболяването, висок фебрилитет) се добавят: къпане или миене при затруднени условия (неподвижност, включени инфузионни системи, продължителен мониторинг, стерилни условия и др.). Допълнителни грижи - при диарии, повръщания, обилни изпотявания, кървене и при промяна на положението в леглото поради затруднените условия.



## УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ / ЛЕЧЕНИЕ ПО АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

Първичният медицински документ "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" е предназначен за насочване на здравноосигурено лице към лечебно заведение за болнична помощ, КОЦ, ЦКВЗ и ЛЗ за извънболнична помощ с легла за лечение по КП и АПр.

Този документ се попълва за всеки преминал пациент, включително и за всяко новородено дете.

Регистрационните и медицинските данни в документа, необходими за насочване за лечение, се попълват както следва:

част I – от лекар/лекар по дентална медицина от извънболнична медицинска помощ; лечебно заведение за болнична помощ в условията на спешност; лечебно заведение за болнична помощ за КП по физикална и рехабилитационна медицина; КОЦ и ЦКВЗ; център за спешна медицинска помощ; друго лечебно заведение за медицинска или дентална помощ; части II, III и IV – от лечебното заведение за болнична помощ, КОЦ, ЦКВЗ и ЛЗ за извънболнична помощ с легла.

Документът се попълва в два екземпляра. Първият остава на съхранение в приемащото лечебното заведение, а вторият се съхранява в архива на изпращащото лечебно заведение.

Документът се попълва ясно и четливо или се отпечатва чрез използван приложен софтуер.

**Част I. Данни, попълвани от лекар/лекар по дентална медицина, издал направлението за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури.**

**Блок "Пациент"** - вписват се регистрационните данни за болния от изпращащия лекар.

Този блок се попълва както следва:

- № РЗОК и № здравен район по местоживеее – съгласно кодовете на здравните райони по области;
- ЕГН (ЛНЧ) - за български граждани, осигуряващи се в България, се попълва ЕГН. За чуждестранни граждани, дългосрочно пребиваващи в Р България и осигуряващи се в България, се попълва личен номер на чужденец (ЛНЧ). За новородени, които нямат ЕГН, се попълват първите 6 квадратчета (първото и второто квадратче съдържат последните две цифри от годината на раждане, третото и четвъртото - месеца плюс 40, петото и шестото - деня на раждане);
- пол – попълва се мъж – "М" или жена – "Ж";
- идентификационен номер на чужд осигурен, като полето се попълва с дясно подравняване:
  - а) идентификационен номер на лица, осигурени в друга държава, членка на ЕС, Швейцария или в друга държава, страна по Споразумението за ЕИП (Норвегия, Исландия и Лихтенщайн), за които се прилага законодателството на България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ПЗР на ЗЗО; лица, за които се прилага законодателството на Р България по силата на двустранни спогодби за социално осигуряване, съобразно материалния и персоналният им обхват;
  - б) идентификационен номер на осигурени в Р България лица, издаден от НАП (СНН);
- име, презиме, фамилия;
- адрес – попълва се настоящият адрес на пациента;
- телефон за контакти;
- идентификатор на държава – попълват се уникални двузначни кодове на държави – ISO 3166 кодове;
- дата на раждане – попълва се деня, месеца и годината на раждането.

**Блок "Насочен за лечение"** – данни за насочващия за лечение. Насочващият лекар/дентален лекар попълва всички полета. Когато пациентът се насочва от "Спешна помощ" се попълва само цифрата "4" в съответното поле, а другите остават празни.

Полето код на специалност се попълва само от лекар специалист, съгласно номенклатурата на лекарските специалности

**Блок "Изпраща се за прием"** – съдържа медицински данни за пациента:

- вид прием – отбелязва с "x" се дали пациентът се изпраща за спешен или планов прием;
- номер на клинична пътека/амбулаторна процедура - не се попълва, ако пациентът се изпраща за лечение на заболяване извън клиничните пътеки/амбулаторните процедури или ако лечебното заведение няма договор за съответната клинична пътека/амбулаторна процедура;
- насочваща диагноза - наименование на диагнозата, която е повод за изпращане за лечение (изписва се на български език), на втория ред се изписва придружаващо заболяване, ако пациента има такова;
- код по МКБ 10 - вписването на кода започва от първото квадратче; (основен и допълнителен код, обозначен с " \* " в МКБ 10, когато се изисква съобразно правилата за кодиране);
- дата на изпращане;
- пореден номер на направлението за календарната година. Номерацията е последователна за календарната година за всеки лекар (ОПЛ или специалист от извънболничната медицинска помощ). За лечебно заведение за болнична медицинска помощ номерацията е последователна за календарната година за лечебното заведение. При насочване от „спешна помощ“ се попълва „44444“.
- изпращащият лекар задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение и на двата екземпляра
- номер на амбулаторни процедури, които се отчитат с тази бланка

АПр №	Наименование на амбулаторна процедура
4	Осигуряване на постоянен достъп за провеждане на диализно лечение и химиотерапия
11	Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика
12	Бъбречно-каменна болест: уrolитиаза - екстракорпорална литотрипсия
13	Инструментална диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза
14	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на заболявания на хипофизата и надбъбрека
15	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна
16	Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис
17	Диагностика и лечение на еритродермии
18	Оперативни процедури в областта на ушите, носа и гърлото и лицево-челюстната област с малък обем и сложност
19	Оперативно отстраняване на катаракта
20	Хирургично лечение на глаукома
21	Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност
22	Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник
23	Малки оперативни процедури на таза и долния крайник
24	Малки артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система
31	Амбулаторно наблюдение на лица с кохлеарно-имплантна система
34	Ендоскопска диагностика на заболявания, засягащи стомашно-чревния тракт
Приложение № 11	Предсрочно изпълнение на дейностите по Клинична пътека



#### IV СТЕПЕН

Към грижите за трета степен поради много тежко състояние се добавят: отглеждане в кувъз на недоносени под 2500 грама, необходимост от продължително изкуствено дишане с респиратор и друго интензивно лечение на детето.

- дата на приемане и час на приемане – в случай на спешен прием тази дата съвпада с датата на първия преглед в болницата; в случай на планов прием тази дата съвпада с датата за планиран прием; като час на приемане задължително се вписват часът и минутите на прием на пациента в болницата. При новородено полетата "Дата на приемане" и "Час на приемане" съвпадат с раждането.
- ИЗ – задължително при приемане на пациент в болницата се дава и вписва в "Направление за хоспитализация" номер на история на заболяването; номер на ИЗ се дава и на всяко новородено дете;
- изминало време в часове от началото на заболяването до постъпването в болнично лечебно заведение – отбелязва се с "X" в съответното квадратче само при спешните случаи на хоспитализация.
- съгласие с източника на финансиране – отбелязва се кой финансира лечението – бюджет, НЗОК, доброволен ЗОФ или пациентът. Пациентът удостоверява съгласие с източника на финансиране с подписа си;
- информираност на пациента за промяна на терапевтичния план - попълва само при промяна в терапевтичния алгоритъм в хода на хоспитализацията на пациента, (когато пациента се приема по дадена КП, но състоянието му се променя по време на престоя и лечението и изписването е по друга КП);

#### Част IV. Данни, попълвани при изписване на преминал през стационара / ЛЗ за извънболнична помощ с легла пациент

Блок "Преминал през лечебното заведение пациент" – данните в този блок се вписват при изписване на преминалия през стационара/ ЛЗ за извънболнична помощ с легла пациент:

- дата и час на изписване/превеждане – задължително се вписва датата на изписване от болницата / ЛЗ за извънболнична помощ с легла или на превеждане в друга болница; като час на изписване/превеждане задължително се вписват час и минути;
- клинична пътека №/ амбулаторна процедура № – вписва се номер;  
Когато пациентът е лекуван по клинична пътека, която се завършва с амбулаторна процедура по Приложение № 11 към чл. 1, ал. 1 и чл. 3 - Амбулаторна процедура "Предсрочно изпълнение на дейностите по Клинична пътека "....." се попълва съответния номер на клиничната пътека и „99" за номер на амбулаторната процедура.  
Когато пациентът се лекува по клинична пътека по Приложение № 10 към чл. 1, ал. 1 и чл. 2 - Клинична пътека "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" се попълва за номер на клиничната пътека „999".
  - пациентът е приет за заболяване извън клиничните пътеки/амбулаторни процедури;
  - ЛЗ не е сключило договор за съответната пътека/ амбулаторна процедура;
- деца под една година – попълва се възрастта в дни на децата при постъпването им в болницата и теглото им в грама при прием; попълват се всички квадратчета; ако възрастта е двуцифрено число, отпред се слага "0", например за 86 дни се вписва 086; при новородени се оставя празно;
- за новородено – попълват се теглото в грамове на детето при раждането му; задължително се вписва и номерът на история на заболяване на майката; Полетата "Деца под една година", "За новородено" и "ИЗ на майката" не се попълват при пациенти над една година.
- За новородени се попълва "Актова книга", "РЗИ № на ЛЗ на раждане" и „г.с." на майката.
- основна (водеща, окончателна) диагноза - състоянието, което след направените изследвания се явява основна причина за приемане на пациента в ЛЗ за полагане на медицински грижи (изписва се на български език). Вписва се и кода по МКБ 10, съобразно правилата за кодиране, като вписването на кода започва от първото квадратче и до него се поставя допълнителния код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с \* в МКБ 10.
- при отчитане на клиничните пътеки / амбулаторните процедури , в алгоритъма на които се изисква отчитане с два, указани в КП/АПр кода, за основна диагноза на заболяването, в първия ред квадратчета задължително се вписва кодът, посочен в съответния алгоритъм, а на втория ред квадратчета се вписва задължително кодът, посочен в съответния алгоритъм;
- придружаващи заболявания и усложнения – на трите реда се вписват съответните състояния съобразно правилата за кодиране, като се поставя и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с \* в МКБ 10;
- диагностична/терапевтична или оперативна процедура– код по МКБ 9 КМ;
- хистологичен резултат – описва се с думи хистологичния резултат, а с код по МКБ 9 КМ от рубрики 90 и 91 се отразяват начина на изследване;
- статус – задължително се попълва статусът на пациента:
  - изписан – отбелязва се с "1". Ако изписването е по повод отказ от лечение от страна на пациента, отказът се отбелязва с "X" в квадратчето "отказ от лечение" и се вписва обосновката за отказа;
  - преведен - отбелязва се с "2". В този случай задължително се попълва регистрационният номер на болницата, в която е преведен пациентът, както и диагнозата за превеждане (попълва се кодът на заболяването, което е причина за превеждането на пациента и допълнителен код, когато се изисква съобразно правилата за кодиране, обозначен с \* в МКБ 10); тази диагноза може да бъде различна от водещата диагноза;
  - починал - отбелязва се с "3"; в полето "Причина за смъртта/клинична" се попълва кодът на заболяването, причина за смъртта на пациента от клинична гледна точка, ако пациентът не е аутопсиран. Ако пациентът е аутопсиран се отбелязва кодът за причината за смъртта по данни от обдукцията. Ако трупът е освободен от аутопсия, в съответното квадратче се нанася "X".
- пролежани леглодни по КП - попълват се всички квадратчета; ако броят дни е едноцифрено или двуцифрено число, отпред се добавят "0", например за 9 дни се вписва 009;
- болничен лист № и брой дни – въвежда се номерът на болничния лист, издаден на пациента при изписването му (ако има издаден такъв); вписва се броят на дните, за които се издава болничен лист; ако броят дни е едноцифрено или двуцифрено число, отпред се добавят "0";
- квадратчето "освобден от аутопсия" се попълва ако починалия пациент е освободен от аутопсия с знака "X".
- квадратчето "състояние при изписване" се попълва съобразно легендата;

#### Блок "Валидиране на документа" по КП и АПр

- ръководителят на лечебното заведение задължително се подписва и поставя печата на лечебното заведение
- завеждащият отделение и лекарят специалист (лекуващ лекар), оказващ медицинска помощ по договор с НЗОК за съответната клинична пътека / амбулаторна процедура и посочен в РЗОК, задължително вписват фамилията си и се подписват на документа с което удостоверяват , че посочените в болничния отчет процедури са изпълнени. Лекуващият лекар задължително вписва и своя УИН.
- Лекуващият лекар е лекарят, посочен в Приложение № 1 към индивидуалния договор, сключен между лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ и РЗОК по КП и подписващ Направление № 7 в графа „лекуващ лекар".
- При изпълнение на АПр в ЛЗ за извънболнична помощ с легла не се изисква подпис от завеждащ отделение.

#### Забележка:

В зависимост от броя на извършените диагностични и терапевтични процедури, според изискванията на алгоритъма, бланката може да бъде разпечатана на повече от една страница.

## **Преходни и заключителни разпоредби**

§ 2. Настоящият договор за изменение и допълнение на Националния рамков договор за денталните дейности за 2018 г. влиза в сила от деня на обнародването му в „Държавен вестник“.

§ 3. Настоящият договор за изменение и допълнение на Националния рамков договор за денталните дейности за 2018 г. се подписва на хартиен носител в четири еднообразни екземпляра, по един за: НЗОК, БЗС, министъра на здравеопазването и „Държавен вестник“.

§ 4. Настоящият договор за изменение и допълнение на Националния рамков договор за денталните дейности за 2018 г. се сключва на основание чл. 53, ал. 2 от ЗЗО, съгласува се и се обнародва от министъра на здравеопазването в „Държавен вестник“ на основание чл. 54, ал. 7 от ЗЗО и се публикува на официалната интернет страница на НЗОК.

За Националната здравноосигурителна  
каса:

Председател на НС на НЗОК:

**Жени Начева**

Членове на Надзорния съвет на НЗОК:

**Д-р Бойко Пенков**

**Галя Димитрова**

**Росица Велкова**

**Д-р Иван Кокалов**

**Теодор Василев**

**Григор Димитров**

**Оля Василева**

**Андрей Дамянов**

За управител на НЗОК:

Подуправител на НЗОК:

**Д-р Йорданка Пенкова**

За Българския зъболекарски съюз:

Зам.-председател на УС на БЗС и председател  
на КРД на БЗС:

**Д-р Георги Димов**

Председател на УС на БЗС:

**Д-р Николай Шарков**

**Д-р Светослав Гачев**

**Д-р Донка Станчева- Забуртова**

**Д-р Бисер Ботев**

**Д-р Борислав Миланов**

**Д-р Валентин Павлов**

**Д-р Нелия Михайлова**

**Д-р Тодор Кукуванов**

Съгласувал:

Министър на здравеопазването: **Кирил  
Ананиев**