

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
НАЦИОНАЛЕН РАМКОВ ДОГОВОР ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ
между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2018 г.

Днес, 28.02.2018 г., в София между Националната здравноосигурителна каса, от една страна, и от друга страна, Българския лекарски съюз се сключи този договор.

Този договор е национален, защото има действие на цялата територия на Република България.

Този договор е рамков, защото определя здравно-икономически, финансови, медицински, организационно-управленски, информационни и правно-деонтологични рамки, в съответствие с които се сключват договорите между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ.

Всички клаузи на този Национален рамков договор (НРД) са в съответствие с действащото българско законодателство. Законите и актовете в областта на здравеопазването, здравното осигуряване и свързаните с тях обществени отношения, с които е съобразен този НРД, са изброени в приложение № 1.

ОБЩА ЧАСТ

Глава първа

ПРЕДМЕТ НА НАЦИОНАЛНИЯ РАМКОВ ДОГОВОР

Чл. 1. (1) Предмет на НРД за медицинските дейности са правата и задълженията по оказването на медицинска помощ в рамките на чл. 55 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) на:

1. Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и Районните здравноосигурителни каси (РЗОК);
2. Българския лекарски съюз (БЛС) и неговите районни колегии;
3. изпълнителите на медицинска помощ (ИМП);
4. здравноосигурените лица (ЗОЛ).

(2) Дейности за повишаване квалификацията на медицинските специалисти не са предмет на НРД.

Глава втора

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ ПО НРД

Чл. 2. (1) Националната здравноосигурителна каса има следните права и задължения по този договор:

1. възлага чрез сключване на договори с ИМП оказването в полза на ЗОЛ на медицинска помощ, договорена по вид, обхват, обем, качество и цена в НРД, съгласно чл. 55, ал. 2 ЗЗО;
2. осигурява равнопоставеност на ИМП при сключване на договорите с РЗОК за оказване на медицинска помощ при условията и по реда на НРД;
3. отказва сключване на договори за оказване на медицинска помощ с лечебни/здравни заведения, които не отговарят на условията, изискванията и реда за сключване на договори, определени в ЗЗО, Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), Закона за бюджета на НЗОК за 2018 г. (ЗБНЗОК за 2018 г.) и НРД;
4. упражнява контрол върху оказаната медицинска помощ съгласно ЗЗО и НРД;
5. упражнява контрол за спазване правата и задълженията на ЗОЛ;
6. изисква, получава от ИМП и обработва установената документация в сроковете, определени в НРД;
7. заплаща извършените и отчетени медицински дейности по ред и условия, в обеми и по цени, определени в НРД;

8. заплаща напълно или частично разрешени за употреба на територията на Република България лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ), медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, предназначени за домашно лечение на заболявания, определени по реда на чл. 45, ал. 9 ЗЗО;

9. сключва договори с притежатели на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти с оглед осигуряване отпускането на ЗОЛ на предписаните лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели по т. 8;

10. поддържа и обработва регистрите и информацията, съдържащи се в информационната система на НЗОК, съгласно чл. 63 ЗЗО;

11. предоставя на ЗОЛ информация относно мерките за опазване и укрепване на здравето им, правата и задълженията на ЗОЛ съгласно действащото законодателство;

12. осъществява съвместно наблюдение на вида, обема и качеството на оказваната медицинска помощ чрез РЗОК и експерти, посочени от регионалните структури на БЛС.

(2) Българският лекарски съюз има следните права и задължения по този договор:

1. представлява своите членове и лечебните и здравни заведения при сключване на НРД;

2. съдейства и спомага за спазването и прилагането на НРД от страна на ИМП;

3. предоставя при поискване информация на НЗОК по прилагането на НРД;

4. участва чрез свои представители в арбитражните комисии при условията и по реда на чл. 75 ЗЗО;

5. осъществява съвместно с РЗОК наблюдение на вида, обема и качеството на оказваната медицинска помощ чрез регионалните структури на БЛС;

6. органите на управление на БЛС съвместно с НЗОК осъществяват наблюдение по изпълнението на НРД;

7. защитава правата и интересите на ИМП при сключване и изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ, сключени между НЗОК и отделните изпълнители.

(3) При поискване органите на управление на БЛС и НЗОК взаимно си предоставят информация по прилагането на НРД.

Чл. 3. Управителят на НЗОК и председателят на БЛС издават съвместно всички указания, инструкции и други актове към ИМП по тълкуването и прилагането на НРД.

Глава трета

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ЗДРАВНООСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА

Чл. 4. Националният рамков договор създава условия за гарантиране и упражняване на правата на ЗОЛ в съответствие с действащото законодателство в Република България.

Чл. 5. Всички ЗОЛ имат равни права и достъп при получаване на извънболнична и болнична медицинска помощ независимо от тяхната раса, народност, етническа принадлежност, пол, произход, религия, образование, убеждения, политическа принадлежност, лично и обществено положение или имуществено състояние.

Чл. 6. Здравноосигурените лица имат права и задължения съгласно действащото законодателство в Република България.

Чл. 7. Със съответните права и задължения на ЗОЛ се ползват и лицата, осигурени в друга държава – членка на ЕС, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 ДРЗЗО, както и лицата, спрямо които се прилагат международни спогодби за социално осигуряване, по които Република България е страна.

Чл. 8. (1) Здравноосигурените лица имат право да подават жалби пред директора на съответната РЗОК, когато не са удовлетворени от медицинските дейности, свързани с оказаната медицинска помощ. Жалбата се подава по реда на глава втора, раздел X от ЗЗО, като в нея се описват причините и се посочва най-малко едно от следните основания:

1. отчетена, но неизвършена медицинска дейност;
2. качество на медицинската помощ, което не съответства на критериите за качество, определени в НРД;

3. отказан достъп до медицинска документация;

4. получени от изпълнител на медицинска помощ суми без правно основание.

(2) Жалбите по ал. 1 се подават в срок до 7 дни от установяване на някое от основанията по ал. 1.

(3) Здравноосигурените лица са задължени да спазват установения ред в лечебното заведение.

Чл. 9. (1) Националната здравноосигурителна каса съблюдава спазването на правата на ЗОЛ от страна на ИМП чрез:

1. включване в медицинската документация, която е неразделна част от НРД, на конкретно разписани изисквания, гарантиращи спазване правата на ЗОЛ;

2. приемане, разглеждане и изготвяне на мотивиран отговор на жалби, подадени от ЗОЛ до НЗОК;

3. осъществяване на контрол по изпълнението на договорите с ИМП.

(2) При неизпълнение от страна на ЗОЛ на лекарски предписания, препоръки и назначения, отразени в Амбулаторен лист (бл. МЗ-НЗОК № 1) и/или друга медицинска документация по смисъла на НРД, лекарят не носи отговорност.

Глава четвърта

ВИДОВЕ МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, ЗАКУПУВАНА ОТ НЗОК В ПОЛЗА НА ЗОЛ

Чл. 10. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за видовете медицинска помощ по чл. 45, ал. 1 ЗЗО по обеми и цени, договорени в НРД.

(2) Медицинската помощ по ал. 1 се определя като пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

Чл. 11. Медицинската помощ по чл. 10, ал. 1 е:

1. първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) съгласно приложение № 1 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО;

2. специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП), включваща: общомедицински дейности; специализирани медицински дейности (СМД) и високоспециализирани медицински дейности (ВСМД) по специалности; специализирани медико-диагностични изследвания (СМДИ) и високоспециализирани медико-диагностични изследвания (ВСМДИ) по специалности съгласно приложение № 2 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО;

3. болнична медицинска помощ (БМП), включваща:

- а) амбулаторни процедури (АПр) по приложение № 7 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО;

- б) клинични процедури (КПр) по приложение № 8 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО;

- в) клинични пътеки (КП) по приложение № 9 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО;

4. комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение (КДН) по приложение № 6 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

Глава пета

ФИНАНСОВА РАМКА НА НРД

Чл. 12. (1) Годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за медицински дейности съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2018 г. е на обща стойност 2 334 060,7 хил. лв. за следните видове дейност:

1. първична извънболнична медицинска помощ – 207 200 хил. лв.;
2. специализирана извънболнична медицинска помощ (включително за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение) – 222 300 хил. лв.;
3. медико-диагностична дейност – 80 000 хил. лв.;
4. болнична медицинска помощ – 1 824 560,7 хил. лв.

(2) Финансовата рамка по ал. 1 обхваща плащания за дейности по реда на НРД за медицинските дейности за 2017 г., извършени в периода 1.12.2017 г. – 31.03.2018 г., и за дейности, извършени по реда на настоящия НРД в периода 1.04. – 30.11.2018 г., подлежащи на заплащане през 2018 г.

(3) Годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти и медицински изделия съгласно чл. 1, ал. 2 ЗБНЗОК за 2018 г. е на обща стойност 1 098 000,0 хил. лв. за следните видове дейност:

1. лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги – 1 000 000,0 хил. лв.:

– в т. ч. за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната – 718 000 хил. лв.;

– в т. ч. за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги – 282 000,0 хил. лв.;

2. медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ – 98 000 хил. лв.

(4) По реда на настоящия НРД се заплащат и медицински дейности и лекарствени продукти, финансирани от Министерството на здравеопазването и Агенцията за социално подпомагане, както и по реда на системите за координация за социална сигурност, съгласно ЗБНЗОК за 2018 г.

(5) След приемане на бюджета на НЗОК за 2019 г. БЛС и НЗОК определят финансовата рамка, която включва обемите и цените на дейностите, подлежащи на заплащане през 2019 г., чрез актуализация на НРД по реда на приемането му.

Чл. 13. (1) Надзорният съвет на НЗОК може да одобрява компенсирани промени между средствата за здравноосигурителните плащания за медицински дейности, посочени в чл. 12, ал. 1, след становище на УС на БЛС в едноседмичен срок от уведомяването.

(2) Размерът на средствата по чл. 12, ал. 1 и 3 може да се променя със средства от „Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи“ или други средства по реда на ЗБНЗОК за 2018 г.

Глава шеста

ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ПО НРД

Чл. 14. (1) Изпълнители на извънболнична медицинска помощ по НРД могат да бъдат:

1. лечебните заведения по чл. 8, ал. 1 ЗЛЗ с изключение на денталните центрове и самостоятелните медико-технически лаборатории;

2. лечебните заведения за извънболнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ към Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието и Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията;

3. националните центрове по проблемите на общественото здраве по Закона за здравето (ЗЗ) – за дейностите по чл. 23, ал. 1, т. 5 ЗЗ.

(2) Изпълнители на извънболнична медицинска помощ по НРД могат да бъдат и лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ.

(3) Договор за дейности и/или изследвания от пакетите по специалности, включени в приложение № 2 „Специализирана извънболнична медицинска помощ“ към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО с лечебни заведения за болнична помощ, може да се сключи само ако на територията на този здравен район няма лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, сключили договори с НЗОК, за изпълнение на:

1. специализирани медико-диагностични изследвания;
2. високоспециализирани медико-диагностични изследвания;
3. високоспециализирани медицински дейности;
4. пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“.

Чл. 15. (1) Изпълнители на БМП по НРД могат да бъдат:

1. лечебни заведения за болнична помощ (БП) по чл. 9, ал. 1 ЗЛЗ;
2. лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, които са към Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието, Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията;

3. лечебни заведения за СИМП – Медицински център (МЦ), Дентален център (ДЦ), Медико-дентален център (МДЦ) и Диагностично-консултативен център (ДКЦ), с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа;

4. центрове за кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ) по смисъла на чл. 10, т. 3а ЗЛЗ;
5. комплексни онкологични центрове (КОЦ) по смисъла на чл. 10, т. 3б ЗЛЗ с разкрити легла;
6. диализни центрове по смисъла на чл. 10, т. 6 ЗЛЗ.

(2) Изпълнители на АПр по приложение № 7 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО могат да бъдат лечебните заведения по ал. 1.

(3) Изпълнители на КПр по приложение № 8 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО могат да бъдат само лечебните заведения по ал. 1, т. 1 и 2.

(4) Изпълнители на КП по приложение № 9 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО могат да бъдат само лечебните заведения по ал. 1, т. 1, 2, 4 и 5.

(5) Изпълнители на КП „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ по приложение № 10 към чл. 1 и чл. 2 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО могат да бъдат само лечебните заведения по ал. 1, т. 1, 2, 4 и 5.

(6) Изпълнители на АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по Клинична пътека ...“ по приложение № 11 към чл. 1 и чл. 3 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО могат да бъдат лечебни заведения по ал. 1, т. 1, 2, 4 и 5.

(7) Изпълнители на дейности за „Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)“ по приложение № 12 към чл. 1 и чл. 4 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО могат да бъдат само лечебните заведения по ал. 1, т. 1, 2 и 5 или техните обединения.

Чл. 16. Изпълнители по чл. 11, т. 4 на КДН „Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение“ по приложение № 6 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО могат да бъдат:

1. за КДН на лица с кожно-венерически заболявания:
 - а) лечебни заведения за БП с разкрити клиници/отделения по кожно-венерически болести;

б) центрове за кожно-венерически заболявания по чл. 10, т. 3а ЗЛЗ;

2. за КДН на лица с психични заболявания:

а) лечебни заведения за БП с разкрити психиатрични клиники/отделения;

б) центрове за психично здраве (ЦПЗ) по чл. 10, т. 3 ЗЛЗ.

Чл. 17. (1) Изпълнителите на медицинска помощ извършват в полза на ЗОЛ медицински дейности, предмет на сключените договори с НЗОК.

(2) Лечебните заведения, желаещи да сключат договор с НЗОК, могат да кандидатстват при настоящите условия и ред за извършване на видове дейности от пакета, за които лечебното заведение е регистрирано в Регионалната здравна инспекция (РЗИ), респ. има разрешение за осъществяване на лечебна дейност по чл. 46, ал. 2 ЗЛЗ.

Чл. 18. (1) Изпълнителите на медицинска помощ съобразно нуждите и обема на извършваната лечебна дейност могат да наемат персонал със съответно образование и квалификация. Наетите лица могат да бъдат:

1. лекари, лекари по дентална медицина, фармацевти и други специалисти с образователно-квалификационна степен „магистър“ или „доктор“, участващи в диагностично-лечебния процес;

2. медицински и немедицински специалисти с образователно-квалификационна степен „специалист“, „бакалавър“ или „магистър“ – за извършване на дейности в рамките на тяхната правоспособност;

3. други лица, извършващи административни и помощни дейности.

(2) Лекарите без придобита специалност могат да извършват дейности от БП под ръководство и по разпореждане на лекар с придобита специалност, който извършва медицинска дейност в същото лечебно заведение по договор с НЗОК и носи отговорност за това.

(3) Лекарите без придобита специалност могат да извършват дейности от СИМП по разпореждане в графика и под ръководство и контрол на лекар с придобита специалност, който извършва медицинска дейност в същото лечебно заведение по договор с НЗОК и носи отговорност за това.

(4) Лекарите по дентална медицина без придобита специалност могат да извършват дейности от БП в присъствие и под ръководство и контрол на лекар с придобита специалност, който извършва дентална дейност в същото лечебно заведение по договор с НЗОК и носи отговорност за това.

(5) Лекарите без придобита специалност по обща медицина (извън случаите по чл. 14а ЗЛЗ) могат да извършват дейности в лечебно заведение за ПИМП като нает лекар.

(6) Лицата по ал. 1, т. 3 не могат да участват в диагностични, лечебни и рехабилитационни процедури.

(7) Трудовоправните и приравнените на тях отношения между ИМП и наетите от тях лица не са предмет на този НРД.

Чл. 19. (1) Изпълнителите на ПИМП осигуряват достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

(2) За извършване на медико-диагностични изследвания, необходими за изпълнението на КП, КПр/АПр и КДН, изпълнителите на БП могат да сключват договори с други лечебни заведения или с национални центрове по проблемите на общественото здраве, когато изискванията по съответната КП/КПр/АПр/КДН допускат това.

Глава седма

ОБЩИ УСЛОВИЯ И РЕД ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОРИ ЗА ОКАЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Чл. 20. (1) Националната здравноосигурителна каса сключва договори с лечебни заведения и техни обединения и национални центрове по проблемите на общественото здраве, които:

1. отговарят на следните общи условия:

а) не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България – за лекарите/лекарите по дентална медицина, които ръководят, съответно работят в лечебното или здравното заведение;

б) членство в съответната Районна колегия (РК) на БЛС/РК на БЗС – за лекарите/лекарите по дентална медицина, които ръководят, съответно работят в лечебните заведения;

в) лекарите/лекарите по дентална медицина – граждани на държави – членки на Европейския съюз (ЕС), останалите страни по Споразумението за Европейското икономическо пространство (ЕИП), Конфедерация Швейцария, както и на трети държави, имат право да упражняват медицинска професия в Република България съгласно действащото законодателство;

г) лекарите/лекарите по дентална медицина – членове на ТЕЛК/НЕЛК, упражняват дейностите по медицинска експертиза, които подлежат на техен контрол, при спазване на изискванията на чл. 106 от ЗЗ;

2. отговарят на настоящите специални условия.

(2) Общите и специалните условия по ал. 1 следва да са налице през цялото време на действие на вече сключения договор.

Чл. 21. (1) Всеки лекар може да работи в изпълнение на два договора с НЗОК независимо от месторазположението на лечебните заведения, в които се оказва помощта.

(2) По изключение с мотивирано предложение на директора на РЗОК, когато в един здравен район няма лекар, работещ по договор с НЗОК за съответната специалност, управителят на НЗОК може да разреши сключване на трети договор за оказване на специализирана извънболнична медицинска помощ.

Чл. 22. (1) Директорът на РЗОК от името и за сметка на НЗОК сключва договори за оказване на медицинска помощ с лечебни и здравни заведения, които:

1. имат регистрация в РЗИ на територията, обслужвана от РЗОК – за лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ;

2. имат месторазположение на територията, обслужвана от РЗОК – за лечебните заведения за БП, лечебните заведения по чл. 10, т. 3, 3а, 3б и 6 ЗЛЗ с разкрити легла и здравните заведения.

(2) Лечебните заведения за извънболнична помощ сключват договори с НЗОК за оказване на медицинска помощ на регистриран по реда на наредбата по чл. 41, ал. 4 и 5 ЗЛЗ втори или следващ адрес на дейност на територията на РЗИ, различна от РЗИ по първоначалната регистрация, чрез директорите на РЗОК, на чиято територия имат месторазположение съответните адреси.

(3) Лечебните заведения по чл. 9 и чл. 10, т. 3а и 3б ЗЛЗ, в чиито разрешения за дейност, издадени по реда на чл. 46 ЗЛЗ, са посочени повече от един адрес за осъществяване на лечебната дейност и съответните структури са разположени на териториите на различни РЗОК, могат да сключват договори с НЗОК за оказване на медицинска помощ чрез директорите на РЗОК, на чиято територия имат месторазположение съответните адреси.

(4) Лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ и „Специализирани болници за рехабилитация – НК“ – ЕАД, сключват договори с НЗОК за оказване на медицинска помощ от своите териториални поделения, респ. филиали, чрез директорите на РЗОК, на чиято територия имат месторазположение поделенията (филиалите).

(5) Лечебните и здравните заведения, кандидатстващи за сключване на договор със съответната РЗОК, представят документите, посочени в специалната част.

Чл. 23. (1) Лечебни заведения и техните обединения, както и здравни заведения, кандидатстващи за сключване на договор с НЗОК, подават заявления и представят документи в РЗОК в 30-дневен срок от влизане в сила на НРД съгласно чл. 59а, ал. 1 ЗЗО.

(2) При непълнота на представените документи директорът на РЗОК в срок до 7 дни от установяването ѝ писмено уведомява лечебното/здравното заведение за това обстоятелство и определя срок до 14 дни за нейното отстраняване.

(3) Директорът на РЗОК в срок 30 дни от подаване на заявлението сключва договор с изпълнителите, които отговарят на условията по чл. 55, ал. 2, т. 1 ЗЗО и на критериите за осигуряване на достъпност и качество на медицинската помощ по чл. 59в ЗЗО. Директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице има право да провери на място в лечебното/здравното заведение съответствието със специалните изисквания, за чието удостоверяване е предвидена декларация.

(4) Когато непълнотата е отстранена в определения от директора на РЗОК срок, който изтича след срока по ал. 3, договор може да се сключи и след изтичането му.

Чл. 24. (1) Когато въз основа на оценка на потребностите и установена недостатъчност съгласно Националната здравна карта (НЗК) е налице потребност от медицинска помощ, директорът на РЗОК може да сключва договори и след изтичане на срока по чл. 23, ал. 3 с лечебни заведения, които отговарят на изискванията на закона и НРД.

(2) В случаите по ал. 1 директорът на РЗОК сключва договори или издава мотивирани откази за сключване на договори в срок до 30 дни от подаването на документите. При установяване на непълнота на представените документи се прилага чл. 23, ал. 2.

Чл. 25. (1) Типовите договори с ИМП се утвърждават от управителя на НЗОК след съгласуване с председателя на УС на БЛС.

(2) Редът, условията и сроковете за заплащане на извършените и отчетени медицински дейности, установени в НРД, са част от съдържанието на типовите договори/допълнителни споразумения.

(3) Обемите и цените на медицински дейности, установени в НРД, са част от съдържанието на типовите договори/допълнителни споразумения.

(4) Неразделна част към договорите с изпълнителите на медицинска помощ представляват:

1. протоколи за брой на назначаваните специализирани медицински дейности и стойност на назначаваните медико-диагностични дейности – за изпълнителите на ПИМП и СИМП, определени по реда на ЗБНЗОК за 2018 г. от НС на НЗОК;

2. приложения за медицинските дейности за БМП, за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ и/или за лекарствена терапия при злокачествени заболявания.

(5) Предметът на договорите и допълнителните споразумения, сключени с РЗОК, не може да се разширява.

(6) Алинея 5 не се прилага, когато въз основа на оценка на потребностите и установена недостатъчност съгласно НЗК е налице потребност от медицинска помощ.

Чл. 26. (1) Директорът на РЗОК отказва да сключи договор при:

1. условие, че лечебното или здравното заведение не отговаря на изисквания на закона, което се установява от представените документи или при проверка;

2. липса на някое от тези общи или специални изисквания и условия за сключване на договор, което се установява от представените документи или при проверка;

3. непълнота на изискуемата документация, която не е била отстранена в определения срок;

4. невъзможност на съответното лечебно/здравно заведение да осъществява медицинската помощ, за изпълнение на която кандидатства, което се установява от представените документи или при проверка;

5. подаване на документи за сключване на договор извън установения срок по чл. 59а, ал. 1 ЗЗО, независимо от причините за това, с изключение на случаите по чл. 24;

6. наложена санкция „прекратяване на договор“.

(2) В случаите по ал. 1, т. 6 директорът на РЗОК може да сключи договор след изтичане на 12 месеца от влизане в сила на санкцията „прекратяване на договор“.

(3) В случаите по ал. 2 лечебното заведение може да декларира намерение за сключване на договор за оказване на БП не по-късно от два месеца преди изтичане на срока по ал. 2.

(4) Директорът на РЗОК издава заповед, с която прави мотивиран отказ за сключване на договор с ИМП в сроковете по чл. 23 и 24.

(5) Заповедта по ал. 4 се издава в писмена форма и съдържа:

1. правните и фактическите основания за издаване на отказа;

2. пред кой орган и в какъв срок отказът може да бъде обжалван;

3. дата на издаване, подпис на директора и печат на РЗОК.

(6) Заповедта по ал. 4 се връчва на лицето, което представлява лечебното/здравното заведение, или се изпраща по пощата с препоръчано писмо с обратна разписка в срок 7 работни дни от издаването му.

(7) Заповедта, с която директорът на РЗОК отказва да сключи договор с ИМП, може да се обжалва съгласно чл. 59б, ал. 3 ЗЗО по реда на Административнопроцесуалния кодекс (АПК), като оспорването не спира изпълнението на заповедта.

Глава осма

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Чл. 27. Изпълнителите на медицинска помощ осъществяват дейността си съгласно изискванията на ЗЛЗ, ЗЗО, ЗЗ, Кодекса на професионалната етика, ЗЛПХМ, подзаконови нормативни актове и НРД.

Чл. 28. (1) Изпълнителите на медицинска помощ имат право да получат в срок и в пълен размер договореното заплащане за извършените дейности при условията и по реда на глава седемнадесета, раздели VII и VIII, глава осемнадесета, раздел VI и глава деветнадесета, раздели VIII и IX.

(2) Изпълнителите на медицинска помощ имат право при поискване да получават текуща информация и съдействие от РЗОК относно възложените дейности по изпълнение на индивидуалния им договор.

Чл. 29. (1) Изпълнителите на медицинска помощ нямат право да прилагат диагностични и лечебни методи, които:

1. не са утвърдени в медицинската практика, противоречат на медицинската наука и създават повишен риск за здравето и живота на пациента;

2. водят до временна промяна в съзнанието, освен ако за прилагането им пациентът е дал съгласието си или ако са налице обстоятелствата по чл. 89, ал. 2 ЗЗ.

(2) На лицата, които възпрепятстват оказването на медицинска или дентална помощ или накърняват личното и професионалното достойнство на лекаря, може да не се окаже такава, с изключение на състояния, застрашаващи живота им.

Чл. 30. Изпълнителите на медицинска помощ се задължават да:

1. осигуряват на ЗОЛ договорената медицинска помощ и да изпълняват правилата за добра медицинска практика съгласно условията на НРД;

2. предоставят медицинска помощ по вид, обем и качество, съответстваща на договорената;

3. предписват за домашно лечение лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК, с изключение на изпълнителите на болнична медицинска помощ;

4. предписват лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели по вид и количества, съобразени с обективното състояние на пациента и изискванията на НРД и други действащи нормативни актове;

5. не изискват плащане или доплащане от осигуреното лице за видове медицинска дейност, която е заплатена от НЗОК, извън предвидената сума, с изключение на медицински изделия за определени КП/АПр, в които изрично е посочено;

6. предоставят задължително изискваната от НЗОК информация в срокове, структура и формат, посочени в договора;

7. осигуряват на длъжностните лица на РЗОК и НЗОК достъп до документи, свързани с отчитането и контрола на извършените дейности;

8. не разпространяват данни, свързани с личността на ЗОЛ, станали им известни при или по повод оказване на медицинска помощ, освен в случаите, предвидени със закон;

9. предоставят на пациента ясна и достъпна информация за здравословното му състояние и методите за евентуалното му лечение.

Глава девета

КАЧЕСТВО И ДОСТЪПНОСТ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ

Чл. 31. Страните по договора извършват системно и планирано оценяване, наблюдение и непрекъснато подобряване на качеството на медицинските услуги, с което се осигурява равенство в достъпа, ефективността и сигурността на договорените медицински услуги и повишаване на удовлетвореността на пациентите.

Чл. 32. (1) Изпълнителите на медицинска помощ оказват договорените медицински дейности съгласно критериите за качество и достъпност на медицинската помощ, посочени в глава седемнадесета, раздел IV и глава деветнадесета, раздел V от специалната част.

(2) Критерии за качество и достъпност на медицинската помощ се изготвят и актуализират в съответствие с правилата за добра медицинска практика след приемането им по предвидения в закона ред, както и с наредбата по чл. 19, ал. 7, т. 15 ЗЗО.

(3) Директорът на съответната РЗОК прави комплексна оценка на критериите за качеството и достъпност на оказаната помощ от ИМП за период от 6 месеца за срока на действие на този НРД съгласно методика, разработена от НЗОК и БЛС, и я използва в случаите по чл. 59, ал. 11, т. 4 ЗЗО.

Глава десета

ДОКУМЕНТАЦИЯ И ДОКУМЕНТООБОРОТ

Чл. 33. (1) Здравната документация във връзка с оказването на медицинска помощ по реда на ЗЗО включва:

1. първични медицински документи съгласно приложение № 2 „Първични медицински документи“;

2. медицински документи на МЗ, утвърдени по съответния ред;

3. документи, свързани с оказването на медицинска помощ на лица, осигурени в друга държава, включващи:

а) удостоверителни документи за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, издадени по реда на правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО или международни договори за социална сигурност, по които Република България е страна;

б) документи съгласно приложение № 3 „Документи, свързани с оказване на медицинска и дентална помощ на лица, осигурени в други държави“.

(2) Отчетната документация във връзка с оказването на медицинска помощ по реда на ЗЗО включва:

1. здравната документация по ал. 1, т. 1 и 3;

2. финансови документи за КДН съгласно приложение № 4 „Финансово-отчетни документи за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение“;

3. електронни финансови отчетни документи.

(3) С документите по ал. 2 се отчита и заплаща извършената дейност по договора с НЗОК.

Чл. 34. Изпълнителите на медицинска помощ издават за своя сметка първични медицински документи с изключение на „Рецептурна книжка на хронично болния“, „Рецептурна книжка на военноинвалид/военнопострадал“ и „Рецептурна книжка на ветеран от войните“.

Чл. 35. Документацията и документооборотът за ИМП се уреждат в специалната част на НРД.

Глава единадесета

ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ, МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ И ДИЕТИЧНИ ХРАНИ ЗА СПЕЦИАЛНИ МЕДИЦИНСКИ ЦЕЛИ ЗА ДОМАШНО ЛЕЧЕНИЕ, ЗАПЛАЩАНИ НАПЪЛНО ИЛИ ЧАСТИЧНО ОТ НЗОК

Раздел I

Общи положения

Чл. 36. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща в полза на ЗОЛ:

1. лекарствени продукти за домашно лечение на територията на страната;

2. медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната;

3. имунологични лекарствени продукти по национални програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 ЗЗ и дейностите по поставянето им – до размер, финансиран чрез трансфер от МЗ за съответните национални програми, както следва:

– профилактични ваксини срещу рак на маточната шийка (РМШ), осигуряващи изпълнението на Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2017 – 2020 г., приета с Решение № 1 от 5 януари 2017 г. на Министерския съвет на Република България;

– профилактични ваксини срещу ротавирусните гастроентерити, осигуряващи изпълнението на Националната програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017 – 2021 г., приета с Решение № 8 от 6 януари 2017 г. на Министерския съвет на Република България.

(2) Лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели по ал. 1, т. 1 и 2 са за лечение на заболяванията, включени в списъка по чл. 45, ал. 4 ЗЗО, определен с решение на НС на НЗОК.

(3) Извън лекарствените продукти по ал. 1 НЗОК заплаща до размера на получените трансфери от Агенцията за социално подпомагане:

1. напълно лекарствени продукти, предписани и отпуснати на ветерани от войните при условията и по реда на наредбата по чл. 5, ал. 5 от Правилника за прилагане на Закона за ветераните от войните (ППЗВВ);

2. напълно и частично лекарствени продукти, предписани и отпуснати на военноинвалиди и военнопострадали по чл. 4, т. 1 и 4 от Закона за военноинвалидите и военнопострадалите (ЗВВ), при условията и по реда на наредбата по чл. 15, ал. 5 ЗВВ.

(4) Лекарствените продукти по ал. 4, т. 1 са определени в списък, утвърден от министъра на здравеопазването на основание чл. 5, ал. 1 ППЗВВ, а лекарствените продукти по ал. 4, т. 2 – в списък, утвърден от министъра на здравеопазването на основание чл. 15, ал. 1 ЗВВ.

Раздел II

Лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната, заплащани напълно или частично от НЗОК

Списък с лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната

Чл. 37. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за лекарствени продукти за домашно лечение на територията на страната, включени в приложение № 1 на Позитивния лекарствен списък (ПЛС) по чл. 262, ал. 6, т. 1 ЗЛПХМ, за които са подадени заявления по реда на Наредба № 10 от 2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, както и на лекарствени продукти за здравни дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 ЗЗ (наричана за краткост в договора „Наредба № 10“).

(2) Лекарствените продукти по ал. 1 са посочени в списък, наричан „Лекарствен списък“, който съдържа:

1. лекарствените продукти и всички данни за тях съгласно приложение № 1 на ПЛС, публикуван на официалната интернет страница на Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти;

2. НЗОК код за всеки лекарствен продукт;

3. код на търговец/и на едро с лекарствени продукти, посочени от притежателя на разрешението за употреба на всеки лекарствен продукт;

4. указания относно реда за предписване, отпускане и получаване:

а) група съобразно реда и начина на тяхното предписване по чл. 47, ал. 1;

б) вид на рецептурната бланка съгласно Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти (Наредба № 4 от 2009 г.);

в) вид на протокола съгласно чл. 54, ал. 1;

г) специални изисквания по предписването на лекарствени продукти, въведени от НЗОК за лекарствени продукти, които не се предписват по протокол.

(3) Националната здравноосигурителна каса чрез РЗОК уведомява ИМП за специалните изисквания по ал. 2, т. 4, буква „г“, както и за промените в тях в срок не по-късно от 7 дни преди влизането им сила.

(4) Лекарственият списък по ал. 2 се публикува на официалната интернет страница на НЗОК.

Чл. 38. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за медицински изделия за домашно лечение по списък, определен от НС на НЗОК, наричан „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на извънболничната медицинска помощ“. Списъкът съдържа данни за всяко медицинско изделие:

1. номенклатурен код;
2. група; подгрупа, група по технически изисквания;
3. код на НЗОК;
4. търговско наименование;
5. производител/търговец на едро (подал заявление за заплащане на съответното медицинско изделие от НЗОК);
6. вид/форма;
7. размер; количество;
8. окончателна опаковка;
9. стойност, до която НЗОК заплаща медицинското изделие;
10. условия и ред за предписване и отпускане.

(2) Националната здравноосигурителна каса издава указания за работа със списъка по ал. 1.

(3) Указанията по ал. 2 се съгласуват с БЛС преди влизането им в сила и се публикуват на официалната интернет страница на НЗОК.

(4) Националната здравноосигурителна каса чрез РЗОК уведомява ИМП за условията и реда за предписване на медицинските изделия, установени в списъка по ал. 1, както и за промените в тях в срок не по-късно от 7 дни преди влизането им сила.

Чл. 39. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за диетични храни за специални медицински цели по списък, определен от НС на НЗОК, наричан „Списък на диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК“. Списъкът съдържа за всяка диетична храна:

1. данни за диетичната храна – вид, подвид, форма, количество, производител/вносител;
2. търговско наименование на диетичната храна;
3. код на НЗОК;
4. стойност, до която НЗОК заплаща диетичната храна;
5. условията за предписване и отпускане.

(2) Националната здравноосигурителна каса издава указания за работа със списъка по ал. 1.

(3) Указанията по ал. 2 се съгласуват с БЛС преди влизането им в сила и се публикуват на официалната интернет страница на НЗОК.

(4) Националната здравноосигурителна каса чрез РЗОК уведомява ИМП за условията и реда за предписване на диетичните храни за специални медицински цели, установени в списъка по ал. 1, както и за промените в тях в срок не по-късно от 7 дни преди влизането им сила.

Чл. 40. Списъците с лекарствени продукти, медицински изделия, диетични храни за специални медицински цели, заплащани в условията на извънболнична медицинска помощ, както и указанията за тяхното прилагане се публикуват на официалната интернет страница на НЗОК и са задължителни за ИМП и за аптеките, които работят по договор с НЗОК.

Чл. 41. (1) Националната здравноосигурителна каса публикува на официалната си интернет страница основните изисквания към софтуера, обработващ рецептурните бланки, задължителните номенклатури и формата на отчетните електронни документи.

(2) При промени в списъците и/или указанията по предписването им по ал. 1 НЗОК изготвя актуализиращи файлове към номенклатурите на аптекния/медицинския софтуер, които публикува на официалната си интернет страница.

(3) Изменения и допълнения могат да бъдат правени при законодателни промени или при промяна на списъците по чл. 40 при спазване на условията на ЗЗО, ЗЛПХМ, ЗМИ и Закона за храните (ЗХ).

(4) Информацията по чл. 40 се публикува на официалната интернет страница на НЗОК в сроковете съгласно Наредба № 10.

Чл. 42. (1) За хроничните заболявания, посочени в приложение № 5 „Списък на заболяванията, за които се издава „Рецептурна книжка на хронично болния“, се издава „Рецептурна книжка на хронично болния“.

(2) Редът и начинът за работа с рецептурната книжка са посочени в приложение № 2.

(3) Рецептурната книжка на хронично болния се съхранява от ЗОЛ, на което е издадена.

(4) Алинеи 1, 2 и 3 се прилагат и при предписване на медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.

Условия и ред за предписване на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели

Чл. 43. (1) Лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели за домашно лечение на ЗОЛ се предписват съгласно глава трета, раздел IV от Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти и този раздел.

(2) Рецептурните бланки по чл. 24 от наредбата по ал. 1, на които се предписват лекарствени продукти за домашно лечение, заплащани напълно или частично от НЗОК, се попълват електронно в съответния формат (образец) с всички данни, след което се разпечатват, подписват и подпечатват от съответния лекар, предписал лекарствените продукти. Рецептурна бланка, при която не е спазено посоченото изискване, не се изпълнява и се връща на приносителя за предаване на лекаря, който я е издал.

Чл. 44. Лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни, заплащани от НЗОК, се предписват на:

1. здравноосигурени лица с непрекъснати здравноосигурителни права към момента на предписването;

2. лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава – членка на ЕС, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, или от държава, страна по двустранна спогодба с Република България, към датата на извършване на предписанието.

Чл. 45. (1) Право да предписват лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели от списъците по чл. 40 имат:

1. лекари от лечебни заведения за извънболнична помощ, сключили договор с НЗОК;

2. лекари, работещи в лечебните заведения към Министерството на правосъдието – за лица, лишени от свобода.

(2) При осъществен временен избор предписанията се извършват от изпълнител на ПИМП, при когото е осъществен временният избор.

(3) В случаите на заместване на един лекар от друг заместникът, издал рецептурната бланка, попълва личните си данни, РЗИ № на практиката на титуляря, уникалния

идентификационен номер (УИН) на заместника и полага подпис и поставя личен печат на лекаря и/или печат на лечебното заведение.

Чл. 46. (1) Лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели се предписват след извършен преглед/консултация от лекаря, който се документира в амбулаторния лист и се удостоверява с подписа на ЗОЛ.

(2) При предписване лекарят, назначил терапията, е длъжен да уведоми ЗОЛ, респ. негов родител, настойник или попечител, за вида на предписаните лекарствени продукти, медицински изделия и/или диетични храни, тяхното действие/прилагане, странични реакции, ред и начин на приемане.

(3) При хоспитализиране на ЗОЛ с хронични заболявания лекарят от лечебното заведение за извънболнична помощ може да предписва лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни без извършване на преглед. В тези случаи в амбулаторния лист в поле „анамнеза“ отбелязва, че предписанието се извършва за хоспитализирано лице, и амбулаторният лист се подписва от представител на пациента с вписани имена и ЕГН на представителя.

(4) В случай на хоспитализиране на ЗОЛ за периода на хоспитализацията лекарят от лечебно заведение за извънболнична помощ не предписва лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни, необходими за:

1. основното заболяване, за което е хоспитализирано лицето;
2. новооткрито заболяване по време на стационарното лечение;
3. промяна на терапията за придружаващи хронични заболявания, назначена от лекар в извънболничната помощ и заплащана от НЗОК.

(5) Изпълнителите на медицинска помощ прилагат ал. 4 при наличие на информация по т. 1, 2 и 3 на ал. 4.

(6) Общопрактикуващият лекар и лекарят специалист проследяват ефекта от прилаганата терапия с лекарствени продукти за домашно лечение за заболяванията, включени в списъка по чл. 45, ал. 4 ЗЗО.

(7) При липса или недостатъчна ефективност от прилаганата лекарствена терапия лекарят, провеждащ диспансерно наблюдение, за заболяванията, за които има утвърден ред за диспансерно наблюдение, може да назначава заместваща лекарствена терапия, освен в случаите на специални изисквания при назначена терапия по реда на чл. 78, т. 2 ЗЗО.

Чл. 47. (1) Лекарствените продукти, заплащани напълно или частично от НЗОК за домашно лечение, се разделят на две групи съобразно реда и начина на тяхното предписване, както следва:

1. група I – лекарствени продукти, в т. ч. по чл. 78, т. 2 ЗЗО, назначавани и предписвани с протокол;

2. група II – лекарствени продукти, които не се назначават и предписват с протокол.

(2) Терапията с лекарствени продукти по ал. 1, т. 2, назначена от лекар специалист, работещ в изпълнение на договор с НЗОК, се отразява в амбулаторния лист и в електронния отчет на лекаря за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат. Екземпляр от амбулаторния лист на ЗОЛ, на хартиен носител, се съхранява по хронологичен ред от изпълнителя на СИМП. Вторият екземпляр се изпраща чрез ЗОЛ до изпълнителя на ПИМП за прилагане към здравното досие.

(3) Терапията с лекарствени продукти по ал. 1, т. 2, назначена от лекар специалист, който не работи в изпълнение на договор с НЗОК, се отразява в „Медицинско направление“ (бл. МЗ 119), което се предоставя на ОПЛ чрез ЗОЛ. В медицинския документ лекарствените продукти се посочват с техните международни непатентни наименования. В този случай

специалистът няма право да предписва лекарствени продукти на рецептурните бланки по чл. 24, ал. 1 от Наредба № 4.

(4) Общопрактикуващият лекар има право съгласно назначената по ал. 3 от лекаря специалист терапия да предписва лекарствени продукти по международно непатентно наименование в рамките на съществуващите в Лекарствения списък по чл. 37, ал. 2.

(5) В случаите, когато ОПЛ констатира, че при назначената от лекаря специалист лекарствена терапия не е спазено някое от изискванията по чл. 48, ОПЛ не предписва съответните лекарствени продукти на рецептурна бланка и насочва обратно ЗОЛ към лекаря специалист, който я е назначил. В случаите на назначаване на терапия и предписване на лекарствени продукти в несъответствие с изискванията по чл. 48 отговорност носи както лекарят специалист – относно назначаването, така и ОПЛ – относно предписването.

Чл. 48. (1) Лекарствените продукти се предписват на основание чл. 56, ал. 1 ЗЗО при спазване изискванията на действащото законодателство относно предписване на лекарствени продукти, приложения № 5 и № 6, както и сключените между лечебните заведения и НЗОК договори за оказване на медицинска помощ по чл. 59 ЗЗО.

(2) Назначаването и предписването на лекарствени продукти за конкретен по Международната класификация на болестите (МКБ) код на заболяване от списъка по чл. 45, ал. 4 ЗЗО се извършват при спазване на:

1. изискванията на Наредба № 4 от 2009 г.;
2. кратките характеристики на лекарствените продукти, неразделна част от разрешението им за употреба;
3. приложение № 6 „Кодове на заболяванията по списък, определен по реда на чл. 45, ал. 4 ЗЗО, и кодове на специалности на лекари, назначаващи терапия“.

(3) Алинея 2 се прилага и при предписване на медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.

Чл. 49. (1) Не се допуска за лечението на едно ЗОЛ едновременно предписване на лекарствени продукти, принадлежащи към едно и също международно непатентно наименование, за повече от едно заболяване (един МКБ код), независимо от вида и броя на издадените рецептурни бланки.

(2) Не се допуска едновременно предписване от изпълнител на ПИМП и/или от лекар от СИМП на повече от три лекарствени продукта за едно заболяване (един МКБ код), както и дублиране на предписанията в рамките на срока за изпълнение на рецептата.

(3) Допуска се предписване на лекарствени продукти до 5 календарни дни преди изтичане на срока по ал. 2.

(4) Не се допуска за лечението на едно ЗОЛ на една и съща рецептурна бланка независимо от ползвания образец предписване на различни продукти (лекарствени продукти, медицински изделия, диетични храни за специални медицински цели), както и напълно и частично заплащани лекарствени продукти.

(5) Лекарствени продукти, медицински изделия, диетични храни за специални медицински цели, назначени с един протокол, се предписват на една и съща рецептурна бланка.

Чл. 50. При предписване на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната всички данни на ЗОЛ съгласно приложение № 2 се отразяват в амбулаторния лист и в електронния отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 51. При издаване на рецептурна бланка за предписване на лекарствени продукти за лечение на хронични заболявания лекарят задължително вписва назначената терапия и в

рецептурната книжка на хронично болния, като следи за спазването на изискванията по чл. 48, 49 и 50.

Чл. 52. Медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната се предписват на отделна рецептурна бланка при спазване на изискванията, посочени в списъка по чл. 38, ал. 1 или списъка по чл. 39, ал. 1, както и в указанията по тяхното прилагане.

Условия и ред за предписване на лекарства по „Протокол за предписване на лекарствени продукти, заплащани от НЗОК/РЗОК“

Чл. 53. (1) С „Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК“ (образец по приложение № 8 към чл. 24, ал. 1 от Наредба № 4 от 2009 г.) се назначават лекарствени продукти, за които са налице следните условия:

1. включени са в приложение № 1 на ПЛС и се заплащат от НЗОК по реда на Наредба № 10;

2. в ПЛС за тези лекарствени продукти е посочено, че се извършва експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО;

3. наличие на Решение на специализираната комисия по амбулаторна процедура № 38 „Амбулаторно наблюдение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, ал. 2 ЗЗО“ (бл. МЗ-НЗОК № 13).

(2) Протокол по ал. 1 могат да издават специалисти по профила на заболяването, работещи в лечебни заведения – изпълнители на извънболнична помощ, от специализирани комисии в лечебни заведения – изпълнители на болнична помощ, или от специалисти по профила на заболяването, работещи в ЛЗ – изпълнители на КДН.

(3) За определени лекарствени продукти по ал. 1, т. 1, за които в ПЛС е посочено, че са включени със задължение за проследяване на ефекта от терапията по чл. 31а от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, протоколите се издават от специализираните комисии по ал. 2 от посочени в ПЛС лечебни заведения – университетски болници и лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ.

(4) Обстоятелствата по ал. 3 стават част от съответните изисквания по чл. 58, ал. 1 при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарствени продукти.

Чл. 54. (1) С „Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК“ се назначава терапия със:

1. лекарствени продукти от група IA – протоколите за тях се разглеждат от комисия в Централното управление (ЦУ) на НЗОК, която извършва експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО, и се утвърждават с решение на управителя на НЗОК съгласно Изискванията на НЗОК при издаване и утвърждаване на протоколи за конкретни заболявания;

2. лекарствени продукти от група IB – протоколите за тях се разглеждат от комисия в РЗОК, която извършва експертиза, и се утвърждават с решение на директора на РЗОК, с изключение на лекарствени продукти, за които изрично е посочено в съответните Изисквания на НЗОК при издаване и утвърждаване на протоколи за конкретни заболявания, че се разглеждат от комисията в ЦУ на НЗОК по т. 1 и се утвърждават с решение на управителя на НЗОК;

3. лекарствени продукти от група IC – протоколите за тях се заверяват в РЗОК; за определени лекарствени продукти, посочени в съответните Изисквания на НЗОК при

издаване и утвърждаване на протоколи за конкретни заболявания, заверяването се извършва след:

а) извършена експертиза от комисията в РЗОК и решение на същата за заверяване на протокола; при отрицателно решение на комисията директорът на РЗОК издава решение за отказ за заверяване на протокола,

или

б) извършена експертиза от комисията в ЦУ на НЗОК и становище на същата до комисията в РЗОК за заверяване на протокола; при отрицателно становище директорът на РЗОК издава решение за отказ за заверяване на протокола.

(2) Всички протоколи се заверяват от РЗОК.

Чл. 55. (1) Комисията в ЦУ на НЗОК извършва експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО по ред, предвиден в Правилника за устройството и дейността на НЗОК.

(2) Комисията в РЗОК извършва експертиза по ред, предвиден в правилник, утвърден от управителя на НЗОК.

Чл. 56. След утвърждаване по съответния ред и заверяване на протокола в РЗОК данните от него се пренасят върху „Рецептурната бланка“ (МЗ-НЗОК) от изпълнител на ПИМП или специалиста по профила на заболяването.

Чл. 57. На ЗОЛ, получаващи лекарства от група IA по протокол, не могат да бъдат предписвани други лекарствени продукти от приложение № 1 на ПЛС, предназначени за лечение на същото заболяване, за срока на действие на протокола.

Чл. 58. (1) За разрешаване на отпускането на лекарствени продукти по чл. 54 се разработват съвместно с външни експерти на НЗОК изисквания при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарствени продукти съгласно приложение № 7 „Образец на Изисквания на НЗОК при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарствени продукти“.

(2) Изискванията отговарят на кратките характеристики на продуктите и съдържат:

1. лечебното/ите заведение/я, в което се диагностицира заболяването, предлага терапия и извършва оценка на ефективността на проведеното лечение;

2. ред за утвърждаване и заверяване на протоколите;

3. необходими документи;

4. лист за определяне на критериите при издаване на протоколи;

5. лечебно-диагностичен алгоритъм;

6. периодичност на контролните прегледи;

7. необходими медико-диагностични изследвания и референтни стойности на показатели за проследяване на ефективността на лечението.

(3) Изискванията се утвърждават от управителя на НЗОК след решение на НС и предварително съгласуване с БЛС. Изискванията са задължителни за ИМП.

(4) Всички промени в изискванията се публикуват на официалната интернет страница на НЗОК в срок не по-малък от 15 работни дни преди прилагането им.

(5) Националната здравноосигурителна каса чрез РЗОК уведомява ИМП за промени в изискванията на НЗОК в срок не по-малък от 7 дни от влизане в сила на съответните промени.

Чл. 59. (1) Всеки протокол се издава за брой лечебни курсове за срок до 180 дни от датата на заверка в РЗОК.

(2) Промяна на първоначалната терапия се извършва само при медицински доказана необходимост по ред и начин, указани в изискванията по чл. 58.

Чл. 60. (1) За утвърждаване и заверяване на протоколи, с които са предписани лекарствени продукти по чл. 54, ал. 1, ЗОЛ представя следните документи:

1. заявление (свободен текст) до директора на РЗОК, на територията на която ЗОЛ е направило избор на лекар от ПИМП;

2. медицински и други документи съгласно изискванията по чл. 58;

3. протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК;

4. декларация за информирано съгласие.

(2) Всички документи с изключение на заявлението по ал. 1, т. 1 се подписват, подпечатват и регистрират от лечебните заведения по съответния ред.

(3) Документите се представят в РЗОК, на територията на която ЗОЛ е направило избор на лекар от ПИМП.

(4) Документите по ал. 1 се разглеждат от комисиите в ЦУ на НЗОК или РЗОК съобразно правилата за тяхната работа.

(5) Документите се утвърждават съобразно правилата на чл. 54, ал. 1.

(6) Районната здравноосигурителна каса не заверява протоколи, които не са издадени в утвърдения съгласно Наредба № 4 формат, не са попълнени електронно или в които не са попълнени всички реквизити. В този случай протоколът се връща чрез ЗОЛ на специалиста/комисията, който го е издал.

Чл. 61. (1) Действието на утвърден и заверен „Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК“ се прекратява с решение на управителя на НЗОК/директора на РЗОК в следните случаи:

1. смърт на пациента;

2. промяна на терапията, дозата или прекратяване на лечението, вкл. и в случаите на поява на нежелани лекарствени реакции;

3. в случай на изгубване, повреждане или унищожаване на протокола;

4. при промяна на условията, реда и начина за отпускане на лекарствения продукт;

5. в случаите, когато комисията в ЦУ на НЗОК отмени протокол, издаден от комисията в РЗОК;

6. при констатирано дублиране на протокол, издаден на едно и също лице за припокриващи се периоди и за един и същ лекарствен продукт в различни РЗОК и/или НЗОК;

7. при изключване на лекарствен продукт от приложение № 1 на ПЛС;

8. в случаите на изтегляне на заявление от притежател на разрешение за употреба на лекарствени продукти или други обстоятелства по реда на Наредба № 10.

(2) В случаите по ал. 1, т. 3 не се предоставя копие на лицето. Комисията, утвърдила протокола, служебно съставя нов протокол за остатъчния срок съобразно назначената терапия.

Чл. 62. (1) Отказ за утвърждаване и заверяване на „Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК“, с който са предписани лекарствени продукти от група IA, за които изрично е посочено в съответните изисквания на НЗОК при издаване и утвърждаване на протоколи за конкретни заболявания, че се разглеждат и утвърждават от комисията в ЦУ на НЗОК за извършване на експертизи по чл. 78, т. 2 ЗЗО, може да бъде направен с мотивирано решение на управителя на НЗОК в случаите, когато:

1. назначената терапия в протокола не отговаря на изискванията по чл. 58, ал. 1;

2. представените документи не съответстват на изискванията по чл. 58, ал. 1;

3. установено е неспазване на предписаната терапевтична схема по одобрен протокол при постъпили молби за следващ курс на лечение;

4. установено е неспазване на общите изисквания на ЗЗО, ЗЛПХМ, нормативните актове по прилагането им, както и НРД.

(2) Изключение по ал. 1, т. 3 се допуска само в случаи на документално доказана медицинска обосновка.

Чл. 63. Районната здравноосигурителна каса на основанията по чл. 62, ал. 1 при спазване на изключението по ал. 2 може да откаже утвърждаване и заверка на протокол:

1. за лекарства от група IV;

2. за определени лекарства от група IC, посочени в съответните Изисквания на НЗОК при издаване и утвърждаване на протоколи за конкретни заболявания, за които съгласно чл. 54, ал. 1, т. 3, предложение второ е установен специален ред за утвърждаване на протокола.

Чл. 64. След утвърждаване по съответния ред и заверяване на протокола в РЗОК данните от него се пренасят върху „Рецептурната бланка“ (МЗ-НЗОК) от лекаря от ПИМП или лекаря от СИМП – специалист по профила на заболяването, съгласно изискванията по чл. 58.

Чл. 65. (1) Рецептите, с които са предписани лекарствени продукти, съдържащи наркотични и упойващи вещества, се изпълняват в аптеки, работещи по договор с НЗОК и находящи се на територията на областта по местоиздаване на рецептата.

(2) Рецептите, с които са предписани лекарствени продукти за хронични заболявания, лекарствени продукти от групи IA, IB и IC, както и всички останали лекарствени продукти извън посочените в ал. 1, и рецептите, с които са предписани медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, се изпълняват в аптеки, работещи по договор с НЗОК, без оглед на тяхното месторазположение или избора на изпълнител на ПИМП от ЗОЛ.

Чл. 66. Рецептурните бланки и протоколите имат срок на валидност, установен в Наредба № 4 от 2009 г.

Условия и ред на заплащане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели

Чл. 67. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща предписаните и отпуснатите на ЗОЛ лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за домашно лечение на територията на страната по ред, начин и в срокове, определени в Наредба № 10 и сключените договори с притежатели на разрешение за извършване на търговия на дребно с лекарствени продукти в аптека.

(2) За един и същ период на лечение НЗОК заплаща до три лекарствени продукта, предписани на ЗОЛ за едно заболяване, независимо от реда и начина на извършване на предписанията, вида и броя на рецептурните бланки, на които те са предписани.

Чл. 68. (1) Националната здравноосигурителна каса не заплаща лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни, предписани и отпуснати на:

1. лица с прекъснати здравноосигурителни права на основание чл. 109, ал. 1 ЗЗО към момента на предписване и отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни;

2. лица, които са освободени от задължението да заплащат здравноосигурителни вноски на основание чл. 40а, ал. 1 ЗЗО.

(2) В случай на хоспитализиране на ЗОЛ за периода на хоспитализацията НЗОК не заплаща лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни, предписани от лекар от лечебно заведение за извънболнична помощ, в случай на неспазване изискванията по чл. 46, ал. 4.

Раздел III

Имунологични лекарствени продукти по национални програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето

Чл. 69. Националната здравноосигурителна каса заплаща за имунологични лекарствени продукти по национални програми и дейностите по поставянето им, както следва:

1. профилактични ваксини срещу РМШ, осигуряващи изпълнението на Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2017 – 2020 г., приета с Решение № 1 от 5 януари 2017 г. на Министерския съвет на Република България;

2. профилактични ваксини срещу ротавирусните гастроентерити, осигуряващи изпълнението на Националната програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017 г. – 2021 г., приета с Решение № 8 от 6 януари 2017 г. на Министерския съвет на Република България.

Чл. 70. (1) Препоръчителните имунизации против РМШ и ротавирусните гастроентерити се извършват от изпълнител на ПИМП на лица, вписани в регистрите им, от целеви групи, определени в програмите по чл. 69.

(2) Изпълнител на ПИМП извършва имунизациите против РМШ и ротавирусните гастроентерити при спазване на изискванията, установени в чл. 11 от Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България (Наредба № 15 от 2005 г.), и при наличие на следните условия:

1. изразена воля за имунизирание срещу РМШ и ротавирусните гастроентерити от страна на законния представител (родител/настойник) на лицето, обективизирана с подпис на законния представител в амбулаторния лист;

2. информирано съгласие на законния представител, обективизирано с подпис на бланка за информирано съгласие за имунизирание срещу РМШ и ротавирусните гастроентерити, публикувана на официалната интернет страница на НЗОК.

(3) Имунизацията се счита за завършена след прилагане на посочените в националните програми/кратките характеристики на продуктите дози. Приложените дози следва да бъдат от един и същ вид ваксина, с едно и също търговско наименование.

Раздел IV

Лекарствени продукти, предписвани и отпускани на ветерани от войните, на военноинвалиди и военнопострадали

Чл. 71. (1) Право да предписват лекарствени продукти от списъците по чл. 5, ал. 5 от ППЗВВ имат всички лекари по чл. 4 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ.

(2) Лекарствените продукти по ал. 1 се предписват при условията и по реда на Наредба № 3 от 2012 г. за реда за предписване, отпускане и контрол на лекарствени продукти и дентална помощ на ветераните от войните (Наредба № 3).

(3) Право да предписват лекарствени продукти от списъците по чл. 15, ал. 1 ЗВВ имат всички лекари, сключили договор с НЗОК за оказване на извънболнична помощ.

(4) Лекарствените продукти по ал. 3 се предписват при условията и по реда на Наредба № 2 от 2016 г. за реда за получаване и заплащане на лекарствени продукти на военноинвалидите и военнопострадалите.

Чл. 72. (1) Лекарствените продукти, предписани на ветерани от войните, на военноинвалиди и военнопострадали, се отпускат в аптеки, открити от притежатели на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти, сключили договори с НЗОК на

основание Наредба № 3, респ. Наредба № 2 от 2016 г. за реда за получаване и заплащане на лекарствени продукти на военноинвалидите и военнопострадалите.

(2) Отпускането на лекарствените продукти се осъществява при условията и по реда, установени в наредбите по ал. 1.

Глава дванадесета

ДЕЙНОСТ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА

Чл. 73. (1) Лечебните заведения, сключили договор за оказване на медицинска помощ с НЗОК, осъществяват дейностите и водят документация, свързани с медицинската експертиза на работоспособността, при условията и по реда на ЗЗ, Наредбата за медицинската експертиза, наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (Правилника) и НРД.

(2) В изпълнение на сключените с НЗОК договори за оказване на ПИМП или СИМП при необходимост ОПЛ или лекарите специалисти извършват:

1. медицинска експертиза на временната неработоспособност:

а) издаване на първичен болничен лист;

б) издаване на продължение на болничен лист;

2. насочване за медицинска експертиза към лекарска консултативна комисия (ЛКК);

3. подготвяне на документи за представяне пред Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК) съобразно приложения № 4 и № 5 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО;

4. дейност, свързана с подготовка за освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК при условията и по реда на чл. 22, ал. 2 от Правилника.

(3) В изпълнение на сключените с НЗОК договори за оказване на СИМП при необходимост ЛКК от лечебните заведения за СИМП извършват:

1. освидетелстване на лицата съгласно чл. 23, ал. 1 от Правилника;

2. подготвяне на документи за представяне пред ТЕЛК съобразно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

(4) В изпълнение на сключените договори за оказване на БП по КП и КПр/АПр при необходимост се извършва медицинска експертиза на работоспособността.

Чл. 74. По преценка на ОПЛ или лекар – специалист от лечебно заведение за СИМП, за нуждите на медицинската експертиза на работоспособността същият издава на ЗОЛ:

1. „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6) – при необходимост от прегледи и консултации със съответен специалист или към ЛКК, когато нормативната уредба предвижда медицинската експертиза да се извършва от ЛКК;

2. „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) – при необходимост от СМДИ и/или ВСМДИ;

3. „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) при необходимост от ВСМД; издава се от лекар – специалист от изпълнител на извънболнична медицинска помощ; ОПЛ издава „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) само за ВСМД, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ, и ВСМД от пакет „Анестезиология и интензивно лечение“;

4. при трайно намалена работоспособност, която не е предшествана от временна неработоспособност или намалена възможност за социална адаптация, ОПЛ насочва болния към ТЕЛК с медицинско направление за ТЕЛК съгласно Правилника.

Чл. 75. (1) При насочване към ЛКК лекарят по чл. 74, ал. 1 представя необходимата медицинска документация.

(2) При подготовката за ЛКК ЗОЛ се насочва за прегледи към специалисти от лечебни заведения за СИМП, сключили договор с НЗОК, с „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6).

(3) Лекарската консултативна комисия, сформирана в лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ, назначава допълнителни СМДИ и/или ВСМДИ, или консултации, ако са необходими, с „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) и/или с „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6).

(4) Член на ЛКК, сформирана в лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ, няма право да насочи ЗОЛ за допълнителни медико-диагностични изследвания или консултации към самия себе си.

Чл. 76. (1) Националната здравноосигурителна каса публикува на своята официална интернет страница в рубрика „РЗОК“ списък на сформираните ЛКК, сключили договор с НЗОК на територията на съответната област, и профила им.

(2) Председателите на ЛКК, сформирани в лечебни заведения за извънболнична помощ, представят ежемесечни отчети пред РЗОК. Отчетът съдържа обобщен списък на ЗОЛ, номерата на протоколите от заседанията на комисията, състава на комисията и взетите решения.

(3) Към отчета по ал. 2 се прилага общата част на талона за медицинска експертиза, с който пациентът е изпратен за експертиза на работоспособността.

Чл. 77. (1) Когато нормативната уредба предвижда медицинската експертиза да се извършва от ТЕЛК, ЛКК подготвя необходимата документация на ЗОЛ и я насочва за експертиза пред ТЕЛК.

(2) Когато е налице трайно намалена работоспособност, която не е предшествана от временна неработоспособност, ОПЛ насочва болния към ТЕЛК с медицинско направление за ТЕЛК съгласно Правилника.

(3) За насочване към ТЕЛК ЛКК съставя медицински протокол и прилага съответната медицинска документация във вид и обем съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

(4) Пациентът представя в регионалната картотека на медицинските експертизи (РКМЕ) медицинския протокол по ал. 3, придружен от молба и съответната медицинска документация.

(5) Когато се прецени, че представеният протокол не е достатъчно изчерпателен съгласно приложения № 4 и № 5 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, РКМЕ е в правото си да го върне на съответната ЛКК за допълнителни изследвания или консултации.

(6) При необходимост ЛКК назначава допълнителни изследвания или консултации по реда на чл. 75, ал. 3.

Чл. 78. (1) Дейността на лечебното заведение, свързана с изясняването и уточняването на здравословното състояние на лицата и с подготовката им за освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК или Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК), се осигурява от НЗОК.

(2) В случай че за нуждите на медицинската експертиза на работоспособността, в частта подготовка за преосвидетелстване от ТЕЛК (НЕЛК), са необходими:

1. прегледи и консултации със съответен специалист – ОПЛ или лекарят специалист, или ЛКК издава на ЗОЛ „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6);
2. СМДИ – ОПЛ или лекарят специалист, или ЛКК издава на ЗОЛ „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4);
3. ВСМДИ – специалистът или ЛКК издава на ЗОЛ „Направление за медико-диагностични изследвания“ (бл. МЗ-НЗОК № 4);
4. ВСМД – лекарят специалист или ЛКК издава „Медицинско направление за високо-специализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А); ОПЛ издава „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) само за ВСМД, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложение № 8 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ“, и ВСМД от пакет „Анестезиология и интензивно лечение“.

Чл. 79. Преосвидетелстването се осъществява както по искане на освидетелстваното лице, така и по преценка на ТЕЛК (НЕЛК). За нуждите на преосвидетелстването лечебните заведения осъществяват дейност по реда, описан по-горе и регламентиращ процеса на освидетелстване по НРД.

Чл. 80. (1) При подготовка за ТЕЛК (НЕЛК) (за освидетелстване или преосвидетелстване) лечебните заведения осъществяват дейност (медицински консултации, изследвания и издават документи) съобразно конкретните заболявания и в обхват, регламентиран в наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

(2) При подготовка за ТЕЛК (НЕЛК) за освидетелстване или преосвидетелстване лекарите в лечебните заведения могат да прилагат медицински консултации, епикризи и изследвания, извършени по друг повод за последните 12 месеца и регламентиран в наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

(3) След представяне на документите в ТЕЛК (НЕЛК), по искане на последните, се назначават само ВСМДИ с „Направление за медико-диагностични изследвания“ (бл. МЗ-НЗОК № 4).

Глава тринадесета

ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ ПО ИНФОРМАЦИОННОТО ОСИГУРЯВАНЕ И ОБМЕНА НА ИНФОРМАЦИЯ

Чл. 81. Изпълнителите на медицинска помощ са задължени да събират, поддържат, съхраняват и предоставят на НЗОК/РЗОК информация:

1. на хартиен носител, съгласуван с БЛС – за документи, за които се изисква подпис на пациента;
2. финансови отчетни документи – на хартиен носител или в електронен вид;
3. в електронен вид в определен от НЗОК формат – за отчитане на ИМП за извършената от тях дейност в полза на ЗОЛ, съдържащ атрибутите от първичните медицински документи съгласно приложение № 2 „Първични медицински документи“.

Чл. 82. Обемът и видът на информацията по чл. 81 се използват за изграждане и поддържане на регистрите на НЗОК по чл. 63, т. 1 и 2 ЗЗО и НРД.

Чл. 83. Обемът и видът на предоставяната информация са определени в НРД, като се спазват реквизитите на установените в този договор документи.

Чл. 84. (1) Изпълнителите на медицинска помощ са задължени да предоставят изискваната с НРД информация във формат, начин и в срокове, определени в глава седемнадесета, раздели VIII и IX, глава осемнадесета, раздели VI и VII, глава деветнадесета, раздели IX и X и приложения № 2 и 4.

(2) Националната здравноосигурителна каса предоставя обратна информация на УС на БЛС на тримесечен период за изпълнението на бюджета и дейностите по вид и обем на национално и регионално ниво.

(3) Районната здравноосигурителна каса предоставя при поискване от ИМП обратна информация за назначение и/или отчетения брой на СМД и стойност на МДД.

Чл. 85. Договорните партньори са задължени да предоставят съхраняваната при тях информация по чл. 81 при проверка от контролните органи на НЗОК, с изключение на финансови отчетни документи по чл. 33, ал. 2, т. 3 при електронно отчитане.

Чл. 86. При промени в нормативната база, които налагат изменение на работните процедури и изискванията към медицинския софтуер, промените се публикуват на интернет страница на НЗОК в срок не по-малък от 30 дни преди началото на периода, от който се изисква да бъде приложено изменението, в случай че срокът не противоречи на влизането в сила на нормативния акт.

Чл. 87. Българският лекарски съюз своевременно уведомява НЗОК при промяна на УИН на лекарите.

Чл. 88. Националната здравноосигурителна каса е задължена да съхранява данните за ЗОЛ и ИМП за периода, регламентиран в чл. 67 ЗЗО.

Чл. 89. Националната здравноосигурителна каса обявява на своята интернет страница формати на електронни документи за отчитане на договорената и извършена по този договор медицинска дейност.

Чл. 90. Националната здравноосигурителна каса е задължена да използва и предоставя данните, свързани с личността на ЗОЛ и ИМП, в съответствие с изискванията по чл. 68, ал. 1 и 2 ЗЗО и Закона за защита на личните данни.

Чл. 91. Националната здравноосигурителна каса е задължена чрез РЗОК да предоставя на ЗОЛ при поискване информация за ИМП и аптеките, сключили договор с РЗОК, съдържаща данните по чл. 64, ал. 2 ЗЗО.

Чл. 92. (1) Националната здравноосигурителна каса е задължена да предоставя на лечебните заведения за ПИМП информация за промените в регистрите по чл. 132 през портала на НЗОК.

(2) Информацията по ал. 1 се предоставя след приключване на обработките в информационната система на НЗОК.

Глава четиринадесета

УСЛОВИЯ И РЕД ЗА КОНТРОЛ ПО ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ДОГОВОРИТЕ

Чл. 93. (1) Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се извършва в съответствие с раздел X от ЗЗО и глава двадесета.

(2) Условията и редът за осъществяване на контрол по ал. 1 се определят в глава двадесета и с инструкция, издадена от управителя на НЗОК на основание чл. 72, ал. 10 ЗЗО, която се публикува на официалната интернет страница на НЗОК.

Чл. 94. (1) Управителят на НЗОК упражнява цялостен контрол по изпълнението на договорите чрез:

1. длъжностни лица – служители на НЗОК;
2. длъжностни лица от РЗОК – контрольори.

(2) Директорът на РЗОК упражнява контрол върху изпълнението на договорите чрез длъжностни лица на РЗОК – контрольори.

Чл. 95. (1) Длъжностните лица – служители на НЗОК, и длъжностните лица от РЗОК – контрольори, осъществяват внезапен контрол по изпълнение на договорите с изпълнителите на

медицинска помощ, контрол преди заплащане на оказаната медицинска помощ и последващ контрол.

(2) Длъжностните лица по ал. 1 могат да извършват проверки по постъпили жалби от здравноосигурени лица, включително и в случаите по чл. 35, ал. 2 ЗЗО.

(3) Контролът по ал. 1 и 2 по изпълнението на договорите с ИМП се урежда в глава двадесета.

Глава петнадесета

САНКЦИИ ПРИ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРИТЕ

Чл. 96. При констатирани нарушения от длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 ЗЗО по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се налагат санкции, предвидени в глава двадесет и първа, и/или глоби или имуществени санкции съгласно административнонаказателните разпоредби на ЗЗО.

Чл. 97. (1) На територията, обслужвана от РЗОК, се конституират арбитражни комисии за оспорване на констатациите на длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 ЗЗО:

1. длъжностни лица – служители на НЗОК;
2. длъжностни лица от РЗОК – контрольори.

(2) Арбитражните комисии по ал. 1 се създават в съответствие с чл. 75 ЗЗО и осъществяват своята дейност при условията и по реда, определени в глава двадесет и първа, раздел IV.

Глава шестнадесета

ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОР С ИЗПЪЛНИТЕЛ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Чл. 98. (1) Договорът с ИМП се прекратява, без която и да е от страните да дължи предизвестие:

1. по взаимно съгласие между страните, изразено писмено;
2. с изтичане на уговорения срок;
3. при смърт или поставяне под запрещение на лекаря, регистрирал индивидуална практика за извънболнична медицинска помощ – от момента на смъртта или от датата на постановяване на съдебното решение за поставяне под запрещение;
4. при заличаване на регистрацията в РЗИ на лечебното заведение изпълнител при условията на чл. 45 ЗЛЗ или отнемане на разрешението за осъществяване на лечебна дейност при условията на чл. 51 ЗЛЗ – от датата на съобщаване на лечебното заведение на акта на заличаването или на акта на отнемане на разрешението;
5. при заличаване на лекаря, регистрирал индивидуалната практика за първична или специализирана медицинска помощ, от регистъра на БЛС, за което председателят на РК на БЛС незабавно уведомява РЗОК – от датата на влизане в сила на акта на заличаването;
6. при прекратяване, ликвидация или обявяване в несъстоятелност на изпълнител – юридическо лице или едноличен търговец – от момента на настъпване на съответното юридическо събитие;
7. при настъпила обективна невъзможност за изпълнение на целия или на част от договора – изцяло, или частично – по отношение на съответната част;
8. при отнемане на правото на лекар, регистрирал индивидуална практика, да упражнява медицинска професия в Република България.

(2) В случаите на заличаване от регистъра на съответната РК на БЛС при настъпила обективна невъзможност за изпълнение на договора или отнемане на правото да упражнява медицинска професия на лекар, работещ в лечебно заведение, което не е регистрирано като индивидуална практика, договорът се прекратява частично по отношение на този лекар.

Чл. 99. (1) Договорът с ИМП се прекратява без предизвестие от страна на НЗОК, когато:

1. изпълнителят е прекратил дейността си за повече от 20 дни, без да уведоми РЗОК;
2. изпълнителят не представи отчети за извършена дейност – повече от 3 последователни месеца;
3. в случай че изпълнителят не отговаря на условията за извършване на съответната дейност, установени в нормативен акт или НРД.

(2) В случаите по чл. 59, ал. 11, т. 1 и 2 ЗЗО договорът с ИМП се прекратява без предизвестие от страна на НЗОК по реда на глава двадесет и първа.

Чл. 100. Договорът може да се прекрати с писмено предизвестие от страна на ИМП в следните срокове:

1. за изпълнител на ПИМП – един месец, доколкото страните не са уговорили по-дълъг срок, но не повече от три месеца;
2. за изпълнител на СИМП – 15 дни, доколкото страните не са уговорили по-дълъг срок, но не повече от един месец;
3. за изпълнител на БП (КП/КПр/АПр) и КДН – един месец, доколкото страните не са уговорили по-дълъг срок, но не повече от три месеца.

Чл. 101. (1) Прекратяването на договор с ИМП не освобождава НЗОК от задължението да заплати на същия извършените дейности до прекратяването на договора по представени отчетни документи.

(2) Прекратяването на договор с изпълнител на медицинска помощ не освобождава ИМП от задълженията за възстановяване на суми по реда на глава двадесет и първа.

СПЕЦИАЛНА ЧАСТ

Глава седемнадесета

ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Раздел I

Условия и ред за сключване на договори с изпълнители на извънболнична медицинска помощ

Чл. 102. Страна по договор с НЗОК може да бъде лечебно/здравно заведение, което отговаря на общите условия на глава седма и специалните условия в този раздел.

Чл. 103. Националната здравноосигурителна каса сключва договор с лечебно заведение за ПИМП или лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, което има функциониращо и налично в лечебното заведение медицинско и техническо оборудване и обзавеждане съгласно приложение № 9 „Изисквания за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на ПИМП“.

Чл. 104. (1) Лечебно заведение за ПИМП/лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, желаещо да сключи договор с НЗОК, следва да има регистрирани ЗОЛ, осъществили правото си на свободен избор на ОПЛ.

(2) Не се установява долна и горна граница на броя ЗОЛ, осъществили правото си на избор на ОПЛ.

Чл. 105. Лечебните заведения за ПИМП/лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ могат да ползват общи помещения и оборудване съгласно приложение № 9.

Чл. 106. В случаите на повече от един адрес на помещенията, където лечебното заведение – изпълнител на ПИМП, извършва лечебната си дейност, за функциониращото и наличното оборудване важат изискванията съгласно приложение № 9. То е задължително само за един от изброените адреси на лечебното заведение, посочен изрично в договора с НЗОК. За останалите адреси на практиката се спазват изискванията на РЗИ.

Чл. 107. Общопрактикуващи лекари, включително и тези, които работят в лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, или членовете на групови практики за ПИМП могат да работят по договор с НЗОК освен като ОПЛ, така и в дежурен кабинет, разкрит към лечебни заведения по реда на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

Чл. 108. Националната здравноосигурителна каса сключва договори с лечебни заведения за СИМП/лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ за извършване на всички общомедицински и всички специализирани медицински дейности от дадена специалност от съответния пакет съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

Чл. 109. Лечебно заведение за СИМП/лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, желаещо да сключи договор с НЗОК, следва да отговаря на посочените в глава седма общи условия, както и да има функциониращо и налично в лечебното заведение медицинско и техническо оборудване и обзавеждане съгласно приложение № 10 „Изисквания за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на СИМП“.

Чл. 110. Лечебно заведение за СИМП и СМДЛ, сключило договор с НЗОК, с повече от един адрес на помещенията, където то извършва лечебната си дейност, следва да има функциониращо и налично оборудване и обзавеждане за всеки адрес, регистриран в РЗИ и посочен в договор с НЗОК.

Чл. 111. Лечебно заведение за СИМП, намиращо се в една или съседни сгради с лечебно заведение за СИМП или БП, може да ползва общи помещения и медицинска техника за образна диагностика, за извършване на ВСМД и ВСМДИ.

Чл. 112. (1) Лечебно заведение за СИМП/лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ може да кандидатства и за извършване на високоспециализирани медицински дейности по специалности, посочени в наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, само в случай, че кандидатства и за специализираните медицински дейности, включени в основния пакет по съответната специалност, с изключение на високоспециализираните дейности по пакет „Анестезиология и интензивно лечение“.

(2) В случаите по ал. 1 лечебното заведение следва да отговаря и на следните изисквания:

1. да разполага с функциониращо медицинско и техническо оборудване и обзавеждане съгласно приложение № 10;

2. необходима квалификация и обучение за използване на високоспециализираната техника на специалистите, работещи в него, съгласно наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването и приложение № 10.

Чл. 113. Националната здравноосигурителна каса сключва договори за извършване на всички специализирани медико-диагностични изследвания от съответния пакет по специалности съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО със самостоятелни медико-диагностични лаборатории, лечебни заведения за СИМП или лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, съдържащи в структурата си медико-диагностични лаборатории, в съответствие с изискванията по приложение № 10.

Чл. 114. Лечебните заведения по чл. 113 могат да кандидатстват и за извършване на високоспециализирани медико-диагностични изследвания, посочени в наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, само в случай, че лечебните заведения кандидатстват и за специализираните медико-диагностични изследвания, включени в основния пакет по съответната специалност и изпълнявани от съответния лекар специалист, работещ в лечебното заведение. В тези случаи се прилага чл. 112, ал. 2.

Чл. 115. При липса на лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, което да извършва определени медико-диагностични изследвания, за извършването им може да се сключи договор с национален център по проблемите на общественото здраве.

Чл. 116. Лекарите с придобита медицинска специалност, работещи в лечебно заведение за болнична помощ по чл. 9 ЗЛЗ или лечебни заведения по чл. 10 ЗЛЗ, могат да сключват договори за оказване на извънболнична медицинска помощ при условие, че са спазени изискванията на чл. 62 ЗЗО и чл. 81 ЗЛЗ.

Раздел II

Необходими документи и ред за сключване на договори с изпълнители на извънболнична медицинска помощ

Чл. 117. Лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ, желаещи да сключат договор със съответната РЗОК, на чиято територия са регистрирани в РЗИ, подават заявление по образец, утвърден от управителя на НЗОК, към което прилагат:

1. данни за идентификационния код на търговеца или кооперацията от Търговския регистър, а за дружествата, регистрирани в държава – членка на ЕС, или в държава, страна по Споразумението за ЕИП – документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава;

2. удостоверение за регистрация на лечебното заведение в РЗИ;

3. удостоверение за актуално членство в БЛС с номер от националния регистър (УИН) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (ЗСОЛЛДМ), издадено от съответната РК на БЛС, както и декларация, че не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България – на лекарите, които работят в лечебни заведения – индивидуална или групова практика;

4. извън случаите по т. 3 се подава декларация от представляващия лечебното заведение за следните обстоятелства:

а) за актуално членство в РК на БЛС, която съдържа изходящ номер и дата на издаване на удостоверението с УИН по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 ЗСОЛЛДМ – на лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение;

б) не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България – на лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение;

5. договор по чл. 19, ал. 1 и декларация на хартиен и електронен носител по образец, посочен в приложение № 9, относно: осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения работен график на ЗОЛ съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО; график за обслужване на пациентите; изискуемото оборудване, обзавеждане и нает персонал по чл. 138 (за лечебните заведения – изпълнители на ПИМП);

6. декларация на хартиен и електронен носител по образец, посочен в приложение № 10, за дейността на лечебното заведение за СИМП;

7. декларация на хартиен носител за броя ЗОЛ, осъществили правото си на избор на лекар (за лечебните заведения за ПИМП);

8. декларация по чл. 21 на хартиен носител за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК;

9. необходимите квалификационни документи съгласно наредбата по чл. 181, ал. 1 от ЗЗ или наредбата по § 6, ал. 2 от ПЗР на ЗЛЗ от ОПЛ, а при липса на такъв квалификационен документ – документ, че са зачислени за придобиване на специалност по „Обща медицина“ (за лекарите, учредили лечебно заведение за ПИМП или работещи като ОПЛ в лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ), и необходимите квалификационни документи съгласно наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването – за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК;

10. копие на заповед на директора на РЗИ за създадена ЛКК към лечебните заведения за извънболнична помощ/заповед за ЛКК – за лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ;

11. копие на сертификата от участие в национална или чуждестранна нетърговска система за външна оценка на качеството по медицински стандарт „Клинична лаборатория“ и/или копие на сертификата за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на БНСВОК по микробиология, вирусология, медицинска паразитология, микология и клинична имунология – в случаите, когато в структурата на лечебното заведение има съответния вид/видове лаборатории;

12. копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специалност, издадени от министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации – за лекарите чужденци;

13. документи за придобита квалификация за продължаващо медицинско обучение след придобиване на специалност, необходими за изпълнение на ВСМД/ВСМДИ, в съответствие с чл. 182 ЗЗ и съответните утвърдени медицински стандарти.

Чл. 118. Лечебните заведения, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2017 г., подават заявление, към което прилагат:

1. документи по чл. 117, т. 1, 2, 5 (договор по чл. 19, ал. 1), 9, 12 и 13 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 117, т. 4 и 8 – на хартиен носител, и т. 5 и 6 – декларация на хартиен и електронен носител;

3. документи по чл. 117, т. 3, 10 и 11.

Чл. 119. (1) Националните центрове по проблеми на общественото здраве, желаещи да сключат договор с РЗОК, подават заявление, към което прилагат:

1. копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани;

2. декларация по образец, посочен в приложение № 10, на хартиен и електронен носител за дейността на съответната профилна лаборатория в структурата на здравното заведение;

3. копие от сертификата от БНСВОК по клинична лаборатория или копие от сертификата за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на БНСВОК по микробиология, вирусология, паразитология, микология и инфекциозна имунология – в случаите, когато в структурата на здравното заведение има съответния вид/видове лаборатории;

4. копия от необходимите квалификационни документи съгласно наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването – за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК.

(2) Националните центрове по проблеми на общественото здраве, работили по договор с НЗОК в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2017 г., представят нови документи в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени.

Чл. 120. (1) В случаите по чл. 14, ал. 2 лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на ПИМП, подават заявление, към което прилагат: копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документите по чл. 117, с изключение на тези по т. 2, 6, 8, 10, 11 и 13.

(2) Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2017 г. и желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на ПИМП, подават заявление, към което прилагат:

1. копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документи по чл. 117, т. 1, 5 – договор по чл. 19, ал. 1, и чл. 117, т. 9, в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 117, т. 4 – на хартиен носител, и т. 5 – декларация на хартиен и електронен носител.

(3) В случаите по чл. 14, ал. 2 лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на СИМП, подават заявление, към което прилагат: копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документите по чл. 117, с изключение на тези по т. 2, 5 и 7.

(4) Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2017 г. и желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на СИМП, подават заявление, към което прилагат:

1. копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документи по чл. 117, т. 1, 9, 12 и 13 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 117, т. 4 и 8 – на хартиен носител, и т. 6 – декларация на хартиен и електронен носител;

3. документ по чл. 117, т. 10 и 11.

Чл. 121. (1) В случаите по чл. 14, ал. 3 лечебните заведения за болнична помощ, желаещи да сключат договор с РЗОК, подават заявление, към което прилагат: копие на разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването, и документите по чл. 117, с изключение на тези по т. 2, 5, 7 и 10.

(2) В случаите по чл. 14, ал. 3 лечебните заведения за болнична помощ, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2017 г. и желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на СИМП, подават заявление, към което прилагат:

1. копие на разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването, и документи по чл. 117, т. 1, 9, 12 и 13 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 117, т. 4 и 8 – на хартиен носител, и т. 6 – декларация на хартиен и електронен носител;

3. документ по чл. 117, т. 11.

Чл. 122. (1) При промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл. 117 – 121, изпълнителят на медицинска помощ е длъжен в срок до 5 календарни дни да уведоми РЗОК и да изпрати копие от съответния документ на хартиен носител или в срок до 3 работни дни по електронен път.

(2) При промяна на графика за обслужване на пациентите изпълнителят на медицинска помощ е длъжен в срок до 3 календарни дни да уведоми РЗОК и да изпрати актуалния график писмено или по електронна поща, подписан с електронен подпис.

Чл. 123. Заявления за сключване на договори с РЗОК с приложени към тях документи и декларации по чл. 117 – 121, както и документи по чл. 122 могат да се подават и чрез използване на услугата за електронна препоръчана поща, а именно Система за електронно връчване, съгласно разписаните правила за използване на услугата, предоставена от Държавната агенция за електронно управление (ДАЕУ) и публикувана на <https://edelivery.gov.bg>.

Чл. 124. В случаите, когато лечебно заведение едновременно кандидатства за оказване на извънболнична медицинска помощ, КП, АПр, КПр и/или КДН, изискуемите документи за сключване на договор, които се дублират, се представят в един екземпляр.

Чл. 125. (1) Изискуемите документи за сключване на договор с НЗОК се подават от лечебните и здравните заведения в съответната РЗОК в 30-дневен срок от влизане в сила на НРД.

(2) Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва договори в сроковете, при условията и по реда на чл. 23 и 24.

(3) Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответния изпълнител всички документи, представени със заявлението за сключване на договор.

Раздел III

Условия и ред за оказване на извънболнична медицинска помощ

Условия и ред за оказване на извънболнична медицинска помощ. Избор на общопрактикуващ лекар, условия и ред за оказване на ПИМП

Чл. 126. Първоначален избор на ОПЛ може да се осъществи по всяко време с регистрационна форма за избор.

Чл. 127. (1) Здравноосигурените лица могат да променят избора си на ОПЛ от 1 до 30.VI.2018 г. и от 1 до 31.XII.2018 г.

(2) При прекратяване на договор с изпълнител на ПИМП ЗОЛ осъществяват нов избор на ОПЛ с регистрационна форма за постоянен избор извън срока по ал. 1.

(3) Здравноосигурено лице, желаещо да направи постоянен избор, представя на новоизбрания ОПЛ:

1. здравноосигурителна книжка, в която новоизбраният ОПЛ вписва трите си имена и датата на избора;

2. третия екземпляр от регистрационната форма за избор на ОПЛ, в случай че няма здравноосигурителна книжка;

3. попълнена регистрационна форма за постоянен избор.

(4) Лицата, временно пребиваващи за срок от един до пет месеца извън здравния район, в който са осъществили постоянен избор, могат да направят временен избор с регистрационна форма за временен избор.

(5) При изтичане на срока на временния избор на ЗОЛ извън здравния район, в който са осъществили постоянен избор, се възстановява автоматично последният им постоянен избор на ОПЛ.

Чл. 128. (1) В случаите на първоначален, постоянен или временен избор на ОПЛ ЗОЛ могат да осъществят правото си на избор, като закупят регистрационни форми или попълнят разпечатани образци от официалната интернет страница на НЗОК.

(2) Извън установените в ал. 1 начини за осъществяване на правото на избор на ОПЛ ЗОЛ може да попълни и изпрати на избрания от него ОПЛ регистрационна форма за първоначален, постоянен или временен избор по електронен път, безплатно, при условията и по реда на Закона за електронния документ и електронния подпис (ЗЕДЕП) чрез електронна услуга, предоставяна от НЗОК.

(3) При осъществяване на правото на избор по ал. 2 се прилага чл. 130, ал. 4.

(4) Техническите и организационните условия и ред за осъществяване на правото на избор по ал. 2 се осигуряват от НЗОК, като се уреждат с указание на управителя на НЗОК, публикувано на официалната интернет страница на НЗОК.

Чл. 129. (1) Директорът на РЗОК и председателите на съответните РК на БЛС съгласувано с директора на съответното заведение осъществяват служебен избор на ОПЛ за следните категории:

1. задържани под стража повече от един месец по реда на Закона за Министерството на вътрешните работи и лишени от свобода лица;
2. лица в процедура за придобиване статут на бежанец;
3. лица, настанени в домове за медико-социални услуги;
4. лица, настанени в специални училища и домове за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа, в домовете за деца с физически увреждания, в домовете за деца с умствена изостаналост и деца, ползващи услуги от резидентен тип.

(2) При прекратяване на служебния избор ЗОЛ по ал. 1 могат да осъществят нов избор на ОПЛ.

(3) Когато преди осъществяване на служебния избор по ал. 1 ЗОЛ са имали осъществен постоянен избор на ОПЛ, този последен постоянен избор се възстановява автоматично, освен ако тези лица не са осъществили нов постоянен избор на ОПЛ.

(4) В случаите по ал. 3 автоматично възстановяване на избора се извършва от директора на РЗОК, в която е последният постоянен избор, след уведомяването му от страна на директора на РЗОК, осъществил служебния избор.

Чл. 130. (1) В случаите, когато ЗОЛ направи нов избор на ОПЛ, ЗОЛ предоставя на новоизбрания ОПЛ извлечение от медицинската документация (в т. ч. и за проведените имунизации).

(2) Извлечение с копия от необходимата медицинска документация се предоставя на ЗОЛ при поискване от него от предишния ОПЛ.

(3) Съдържанието на извлечението по ал. 1 и редът за предоставянето му се определят от НЗОК.

(4) Общопрактикуващият лекар е длъжен да оказва медицинска помощ на ЗОЛ от датата, на която е осъществен изборът, като ЗОЛ се включва в пациентската му листа от тази дата.

(5) Националната здравноосигурителна каса предоставя през портала на НЗОК два пъти годишно в месеца, следващ преизбора (юли и януари), информация на ОПЛ за извършени профилактични прегледи на ЗОЛ от предишния ОПЛ.

(6) Извън сроковете по ал. 5 РЗОК предоставя при поискване на ОПЛ информация за проведени профилактични прегледи от предишния ОПЛ за новозаписаните пациенти.

Чл. 131. (1) Ежемесечно в срока и по реда на чл. 207 изпълнителите на ПИМП представят в съответната РЗОК списък с новоизбралите ги ЗОЛ в утвърден от НЗОК формат и първите екземпляри от регистрационните форми за първоначален, постоянен и/или временен избор на хартиен носител.

(2) Районната здравноосигурителна каса обработва подадената информация от всички изпълнители по ал. 1, като за всеки от тях отчита:

1. имената и броя на лицата, отпаднали от регистъра му поради промяна в избора или друго обстоятелство;

2. броя и имената на новорегистрираните лица;

3. окончателния брой на лицата от регистъра след отчитане на броя на лицата по т. 1 и 2.

(3) В срок до 5 работни дни след изтичане на срока по ал. 1 РЗОК предоставя по електронен път на регистрираните ОПЛ в електронния портал на НЗОК актуална пациентска листа към последно число на отчетния месец чрез портала на НЗОК.

Чл. 132. (1) Всеки ОПЛ от лечебното заведение за оказване на ПИМП води:

1. регистър на ЗОЛ, в който вписва данните за ЗОЛ съгласно регистрационните форми за осъществяване на избор на ОПЛ;

2. регистър на ЗОЛ, осъществили временен избор при тях за срок от един до пет месеца.

(2) Общопрактикуващите лекари оказват медицинска помощ при условията и по реда на НРД на лицата от регистрите по ал. 1, както и на ЗОЛ, осъществили правото си на избор на изпълнител на ПИМП, регистрирал амбулатория на територията на друг здравен район, обърнали се инцидентно по повод на остро състояние.

(3) Общопрактикуващите лекари оказват медицинска помощ при условията и по реда на НРД на здравноосигурени лица от държави – членки на ЕС, и по двустранни спогодби след представяне на удостоверителни документи за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, издадени по реда на Регламент (ЕИО) № 574/72, Регламент (ЕО) № 987/2009 и двустранни спогодби.

Чл. 133. (1) Общопрактикуващият лекар оказва ПИМП в обхват съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО на:

1. здравноосигурени лица, записани в регистрите им;

2. здравноосигурени лица, временно пребиваващи за срок от един до пет месеца извън здравния район, в който са избрали ОПЛ.

(2) Общопрактикуващият лекар оказва медицинска помощ при условията и по реда на НРД и на ЗОЛ от друг здравен район, обърнали се към изпълнител на ПИМП инцидентно по повод на остри състояния.

(3) Здравноосигурените лица, избрали ОПЛ, не заплащат медицинската помощ по ал. 1 извън потребителската такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО. Таксата не се заплаща от категориите лица по чл. 37, ал. 4 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 11 „Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО“.

Чл. 134. (1) Общопрактикуващият лекар от лечебно заведение – изпълнител на ПИМП, провежда диспансеризация на ЗОЛ съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО и Наредба № 8 от 2016 г. за заболяванията, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ по приложение № 8 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ“.

(2) Общопрактикуващият лекар провежда диспансеризация на регистрираните при него ЗОЛ при спазване на реда по чл. 4, ал. 1 – 5 на Наредба № 8 от 2016 г. Едно ЗОЛ не може да бъде диспансеризирано за едно и също заболяване в повече от едно лечебно заведение и/или от повече от един лекар за един и същ период от време.

(3) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ до 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други – при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от лекар – специалист от СИМП, съгласно приложение № 8 и приложение № 13 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от лекар специалист“.

(4) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други – при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от ОПЛ съгласно приложение № 8 и приложение № 13. Изключение се допуска за пациентите с инсулинозависим захарен диабет, неинсулинозависим захарен диабет на инсулинолечение и пациенти, претърпели сърдечни интервенции и/или операции, до края на първата година след интервенцията/операцията, при които диспансерното наблюдение се осъществява от лекар – специалист от СИМП.

(5) В случаите по ал. 4, когато ЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение за всички заболявания изцяло от ОПЛ, е препоръчително извършването на два консултативни прегледа от съответния лекар – специалист от СИМП, за съответната календарна година по преценка на ОПЛ, но не по-малко от един, като в тези случаи ОПЛ насочва пациента за консултативен преглед.

(6) В случаите по ал. 5, когато ЗОЛ е заявило писмен отказ в амбулаторния лист от извършване на консултативен преглед при лекар специалист, ОПЛ има право да не назначи консултация.

(7) В случаите, в които при прегледа от ОПЛ се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 8 или приложения № 8 и № 13, ЗОЛ подлежат на диспансеризация, като диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

Чл. 135. (1) В случаите по чл. 134, в които за отделните заболявания е определена различна честота на диспансерните прегледи/медицинските дейности за периода на наблюдение (за календарна година), за обща честота на диспансерните прегледи/медицинските дейности се приема най-високата предвидена честота за което и да е от заболяванията на ЗОЛ, диспансеризирани от съответния лекар.

(2) Когато за отделните заболявания са посочени едни и същи медико-диагностични и консултативни дейности, за общ брой/честота на тези медико-диагностични и консултативни дейности се приема най-високият предвиден брой/честота за което и да е от заболяванията в рамките на периода на диспансерно наблюдение (за календарна година).

(3) При първоначална диспансеризация за дадено заболяване общият брой прегледи, изследвания и консултации за пациента за съответната календарна година се определя пропорционално на оставащите месеци до края на годината.

(4) При уведомяване на ЗОЛ за правото му на следващ диспансерен преглед и последващото невявяване на ЗОЛ диспансеризацията лекар не носи отговорност.

Чл. 136. (1) Профилактиката и диспансеризацията на ЗОЛ се извършват в съответствие с медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика и включват необходимите медицински дейности на ОПЛ при осъществяването на профилактичния/диспансерния преглед, както и извършване на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации.

(2) При поискване от пациента ОПЛ му предоставя екземпляр от медицинската документация за всеки извършен преглед.

Чл. 137. (1) Общопрактикуващият лекар е длъжен да:

1. изпълнява програми „Майчино здравеопазване“, „Детско здравеопазване“, извършва профилактика на ЗОЛ над 18-годишна възраст, формира групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, извършва профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване съгласно приложения № 1, 2, 3, 5 и 6 на Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 12 „Дейности на ОПЛ по имунопрофилактика, програма „Детско здравеопазване“, профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване и програма „Майчино здравеопазване“;

2. води регистри по чл. 132, ал. 1 на електронен носител;

3. подготвя документацията за консултации и медико-диагностични изследвания, когато прецени, че са необходими такива;

4. подготвя документацията за хоспитализация на ЗОЛ, когато прецени, че е необходима такава;

5. извършва посещения на ЗОЛ от домове за медико-социални грижи, записани в неговия регистър;

6. изготвя талон за здравословното състояние на деца и ученици;

7. оформяне на здравно-профилактична карта, предоставяне на данни за извършени задължителни имунизации за възрастта и издаване на медицинска бележка за липсата на контакт със заразно болен, необходими за детска градина, както и отлагане на имунизации при противопоказания в случаите на Наредба № 15 от 2005 г.;

8. излага на видно място в амбулаторията си списък на категории лица, освободени от потребителска такса съгласно чл. 37 ЗЗО;

9. оказва спешна медицинска помощ на територията на лечебното заведение на всеки пациент независимо от неговата регистрация и местоживееене, когато такава е потърсена от него, до пристигане на екип на спешна помощ;

10. осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО;

11. извършва задължителни имунизации и реимунизации на ЗОЛ над 18-годишна възраст съгласно Наредба № 15 от 2005 г.

(2) За формиране на групите от лица с рискови фактори за развитие на заболяване по ал. 1, т. 1 ОПЛ попълва „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“, включена в медицинския софтуер на лекаря, осъществил прегледа, изготвена по образец съгласно приложение № 4 към Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 2.

(3) На ЗОЛ, включени в групите от лица с рискови фактори за развитие на заболяване, ОПЛ извършва вторичен профилактичен преглед съгласно приложение № 5 към Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 12. Резултатът от вторичния профилактичен преглед се отразява в амбулаторен лист, в който се отбелязва МКБ код на състоянието на лица с рискови фактори за развитие на заболяване и извършените дейности.

(4) В случай, че ЗОЛ е включено в повече от една група с рискови фактори за развитие на заболяване, ОПЛ извършва вторичния профилактичен преглед за всички рискове, като ги отразява в един амбулаторен лист.

(5) Общопрактикуващият лекар няма задължение да предоставя на ЗОЛ здравноосигурителни книжки и не трябва да съхранява раздадените такива в амбулаторията си.

(6) След издадаване на направление за хоспитализация/КПр/АПр ОПЛ не назначава допълнително прегледи и изследвания по искане на лечебното заведение за болнична помощ.

(7) След изписване на ЗОЛ от лечебно заведение за болнична помощ контролните прегледи, включени в КП, не се отнасят до:

1. профилактични прегледи на ЗОЛ;

2. прегледи на ЗОЛ от ОПЛ или лекар – специалист от СИМП, за предписване на лекарства;

3. преглед по повод диспансерно наблюдение на ЗОЛ;

4. прегледи при назначаване и извършване на процедури от пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“;

5. прегледи по повод извършване на дейности по медицинска експертиза.

Чл. 138. (1) За нуждите на осъществяваната дейност лечебните заведения – изпълнители на ПИМП, наемат медицински персонал, както следва:

1. при регистрирани над 2500 ЗОЛ при ОПЛ – лекар;

2. при регистрирани над 3500 ЗОЛ при ОПЛ – лекар на пълен работен ден.

(2) В случай по ал. 1, т. 2 при регистрирани над 3500 ЗОЛ при ОПЛ – един лекар на пълен работен ден, и допълнително за всеки 2000 регистрирани над този брой ЗОЛ още един лекар на пълен работен ден.

(3) За нуждите на осъществяваната дейност изпълнителите на ПИМП могат да наемат медицински специалист/и с образователно-квалификационна степен „специалист“ или „бакалавър“ с оглед осигуряване на основния пакет от медицински услуги съобразно техните потребности, размера, вида и територията.

(4) В случаите, когато има нает допълнителен медицински персонал, лекарите от лечебното заведение – изпълнител на ПИМП, са задължени да включат в месечния график часовете, в които лично ще оказват медицинска помощ.

(5) Всеки лекар, който е в трудовоправни отношения с изпълнител на ПИМП, сключил договор с НЗОК, подписва всички медицински документи и ги подпечатва с личния си печат и/или с печата на лечебното заведение.

Раздел III

Условия и ред за оказване на извънболнична медицинска помощ

Условия и ред за оказване на извънболнична медицинска помощ. Избор на общопрактикуващ лекар, условия и ред за оказване на ПИМП

Чл. 139. (1) Общопрактикуващите лекари обявяват в амбулаторията на място, достъпно за ЗОЛ, своя месечен график съгласно приложение № 9, който съдържа часове:

1. за амбулаторен прием;
2. за домашни посещения;
3. за промотивна и профилактична дейност;
4. за работа по програма „Майчино здравеопазване“;
5. за работа по програма „Детско здравеопазване“.

(2) Графикът по ал. 1 съдържа телефон за консултация и за домашни посещения – телефон на практиката или мобилен телефон. В графика се посочва и заместник на избрания ОПЛ за случаите, когато той не може да изпълнява лично задълженията си, както и неговото местоположение, телефон и други начини за контакт, а също и местонахождението, телефонът и другите начини за контакт и с дежурния кабинет и/или лечебното заведение, осигуряващи медицинска помощ на пациентите извън графика на ОПЛ.

(3) Извън графика по ал. 2 в случаите, в които ОПЛ не може да изпълнява лично задълженията си, същият поставя на видно и общодостъпно място в амбулаторията си съобщение за срока на своето отсъствие, както и имената на заместника, неговото местонахождение, телефон и други начини за контакт.

(4) В случаите, когато ОПЛ обслужва ЗОЛ в повече от едно населено място, графикът по ал. 1 се изготвя за всяко населено място поотделно, в т. ч. и за всеки нает лекар в практиката.

Чл. 140. (1) Всеки ОПЛ посочва в договора си с РЗОК свой заместник или заместници за случаите, когато не може да изпълнява лично задълженията си. Посоченият заместник или заместници представят писмена декларация за съгласие. Общопрактикуващият лекар писмено уведомява директора на РЗОК за името на заместника, срока и мястото на заместване. Заместникът подготвя документацията по консултации и медико-диагностични изследвания.

(2) Общопрактикуващият лекар и заместникът/заместниците му могат да представят в РЗОК договор за заместване за условията, при които се извършва заместването – срок, място,

разплащателна сметка, помощен персонал и др., който се приподписва от директора на РЗОК.

(3) При липса на договор за заместване посоченият по реда на ал. 1 заместник встъпва в правата на титуляря, като титулярят писмено уведомява съответната РЗОК. В този случай РЗОК заплаща по сметката на титуляря на практиката.

(4) Лицата, определени за заместници, трябва да притежават съответната правоспособност и да са вписани в съответния регистър по ЗСОЛЛДМ.

(5) В срока на заместване заместникът има всички права и задължения на титуляря на практиката, попълва всички медицински документи с личните си данни (УИН и трите имена) и УИН на титуляря, подписва ги и подпечатва с личния си печат и/или печата на лечебното заведение. Във всички случаи се вписва регистрационният номер на практиката на замествания ОПЛ.

(6) В срока на заместване заместникът може да подписва финансово-отчетни документи, само когато това е уговорено в договора за заместване.

(7) Срокът на заместване не може да бъде по-дълъг от срока на действие на договора на титуляря на практиката с РЗОК.

Чл. 141. (1) При възникнала необходимост от преглед или консултация на болни или пострадали лица, които се нуждаят от медицинска помощ, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяването, изпълнителят на ПИМП извън обявения график осигурява необходимите медицински грижи по един от начините, определени в наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

(2) В случаите по ал. 1 диагностично-лечебните дейности се изпълняват по общ, предварително изготвен месечен график. В графика фигурират телефон/и за връзка и адрес/и на мястото, където се оказва медицинската помощ. За промените в графика се уведомява РЗОК.

Чл. 142. Общопрактикуващият лекар създава и съхранява здравно (медицинско) досие на пациентите, което съдържа:

1. амбулаторни листове от извършени от него прегледи и дейности;
2. амбулаторни листове от специалисти, в случай че има предоставени такива от ЗОЛ на ОПЛ;
3. амбулаторни листове за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение от специалисти по „Кожно-венерически болести“ и/или по „Психиатрия“/„Детска психиатрия“, в случай че има предоставени такива от ЗОЛ на ОПЛ;
4. резултати от извършени медико-диагностични дейности и изследвания, в случай че има предоставени такива от ЗОЛ на ОПЛ;
5. епикриза/и от проведено болнично лечение, в случай че има предоставени такива от ЗОЛ на ОПЛ;
6. карта за профилактика на бременността съгласно Наредба № 8 от 2016 г.;
7. карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване, включена само в медицинския софтуер на ОПЛ;
8. екземпляр от издаденото от ОПЛ направление за хоспитализация.

Чл. 143. (1) Наред с първичните документи за работа с РЗОК ОПЛ издава и/или заверява и документи на записаните в неговия регистър ЗОЛ съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

(2) При необходимост от скъпоструващи лекарства и лечение по реда на чл. 78 ЗЗО ОПЛ съдейства за комплектуване на необходимите документи за извършване на експертизи.

(3) Общопрактикуващият лекар попълва „Рецептурната книжка на хронично болен“ при заболяванията по приложение № 5.

Чл. 144. (1) За осигуряване на необходимостта от специализирана извънболнична медицинска помощ ОПЛ издава „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) по преценка в зависимост от обективното състояние на ЗОЛ в следните случаи:

1. при необходимост от консултативен преглед;
2. при заболявания и проблеми, изискващи специализирани диагностични дейности;
3. за оценка на здравословното състояние;
4. при необходимост от физиотерапия.

(2) За осигуряване необходимостта от специализирана извънболнична медицинска помощ ОПЛ издава „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) за провеждането на профилактични и диспансерни прегледи по реда на Наредба № 8 от 2016 г. и наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

(3) Общопрактикуващият лекар отразява оказаната медицинска помощ в „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1).

(4) За осигуряване необходимостта от комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение от специалисти по „Кожно-венерически болести“ ОПЛ издава „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10).

(5) Включването на ЗОЛ в програми „Майчино здравеопазване“ и „Детско здравеопазване“ при лекари с придобита специалност „Акушерство и гинекология“ и „Педиатрия“ и извършването на профилактични прегледи при лекари с придобита специалност „Гастроентерология“, „Урология“, „Ендокринология и болести на обмяната“, „Вътрешни болести“, „Кардиология“, „Хирургия“ и „Акушерство и гинекология“ за лицата с установен риск, както и диспансеризация на ЗОЛ се осъществяват на база на еднократно издадено „Направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) от ОПЛ. При промяна на лекаря специалист, осъществяващ дейностите по изпълнение на програмите и диспансеризацията, ОПЛ издава ново направление.

(6) В случаите по ал. 1 ОПЛ подготвя необходимите документи.

(7) В медицинското направление за консултация или провеждане на съвместно лечение задължително се посочва конкретното искане към специалиста.

(8) Общопрактикуващият лекар издава „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) за ВСМДИ в случаите на:

1. писмено назначение от ТЕЛК или от НЕЛК съгласно глава дванадесета;
2. за ВСМДИ: „Мамография на двете млечни жлези“ от пакет „Образна диагностика“, „Хормони: fT4, TSH“, „Туморен маркер: PSA“ и „Изследване на урина – микроалбуминурия“ от пакет „Клинична лаборатория“;
3. за ВСМДИ, които фигурират и като МДИ в друг пакет по друга специалност.

(9) Общопрактикуващият лекар издава „Направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) за дейностите, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложение № 8 и/или приложение № 8 и приложение № 13.

(10) Общопрактикуващият лекар разполага със: медицински направления за консултация или провеждане на съвместно лечение; медицински направления за ВСМД, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложение № 8 или приложения № 8 и № 13 и ВСМД от пакет „Анестезиология и интензивно лечение“, и направления за медико-диагностични дейности.

(11) „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) със специалист и „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) може да издава и лекар, който е назначен да обслужва следните категории лица:

1. задържани под стража или лишени от свобода;
2. малолетни и непълнолетни, настанени в домове за деца и юноши;
3. настанените в домове за медико-социални услуги.

(12) В случаите по ал. 11 направленията се закупуват от съответното ведомство, което ги подпечатва с печата си.

Чл. 145. (1) Общопрактикуващият лекар насочва за хоспитализация ЗОЛ, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ, при наличие на индикация за хоспитализация. Към направлението за хоспитализация ОПЛ прилага амбулаторния лист от извършения преглед на пациента с посочени данни от анамнезата и обективното състояние на пациента, предприетите диагностични и терапевтични дейности, в т. ч. и обективните обстоятелства, мотивиращи становището, че лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ. ОПЛ вписва в амбулаторния лист от прегледа на пациента и издаването на направлението за хоспитализация и диагнозата, с която пациентът се насочва за диагностика и лечение в болнични условия.

(2) Направление за хоспитализация се издава и в случаите на отказ на пациента, документиран писмено срещу подпис или друг инициализиращ знак на пациента и подпис на лекаря в амбулаторния лист, съгласно чл. 21, ал. 3 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ.

(3) По един екземпляр от направлението за хоспитализация и от амбулаторния лист за прегледа на пациента се съхраняват в изпращащия го ОПЛ.

(4) След изписване на пациента от лечебно заведение, изпълнител на болнична помощ, ОПЛ получава чрез пациента екземпляр от епикризата или копие от нея, която прилага към здравното му досие.

(5) Общопрактикуващият лекар се съобразява с данните в болничната епикриза и състоянието на ЗОЛ при прегледа.

(6) В случай на хоспитализиране на ЗОЛ и когато това е удостоверено с подписа му в амбулаторния лист, ОПЛ не следва да назначава и извършва за периода на хоспитализацията консултативни прегледи и изследвания, необходими за:

1. профилактични и диспансерни прегледи по реда на Наредба № 8 от 2016 г. и наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО и приложения № 8 и № 12;

2. прегледи и изследвания, необходими за основното заболяване, за което е хоспитализирано лицето;

3. прегледи и изследвания, необходими за придружаващи заболявания по време на стационарното лечение.

(7) В случаите на хоспитализация (планов прием) на ЗОЛ по КП/АПр, при които не са извършени определени медико-диагностични изследвания и/или консултативни прегледи на това ЗОЛ преди датата на хоспитализация, а приемащото лечебното заведение за болнична помощ ги изисква, ОПЛ не е длъжен да издава медицински направления за извършването им.

Чл. 146. Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ оказват ПИМП в консултативните си кабинети и отделенията си без легла при спазване на описаните по-горе условия и ред.

Условия и ред за оказване на СИМП

Чл. 147. (1) Специализирана извънболнична медицинска помощ се оказва на ЗОЛ, на които е издадено „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) от лекар, работещ в лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ, и „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) от лекар за СИМП, сключил договор с НЗОК, или от ОПЛ в случаите по чл. 144, ал. 9 и 10.

(2) Специалистът осъществява своята част от дейността и връща информацията на ОПЛ с указания за продължаване на лечението чрез пациента.

(3) Специалистът отразява оказаната медицинска помощ в „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1).

(4) Медицинското направление за консултация или провеждане на съвместно лечение е валидно до 30 календарни дни от издаването му. Срокът за извършване на вторични прегледи от изпълнител на СИМП е до 30 календарни дни от датата на извършване на първичния преглед.

(5) Медицинското направление за медико-диагностични дейности (бл. МЗ-НЗОК № 4) и медицинско направление за високоспециализирани дейности (бл. МЗ-НЗОК № 3А) е валидно до 30 календарни дни от издаването му.

(6) Високоспециализирана дейност се извършва от специалиста и на основание медицинското направление за консултация или провеждане на съвместно лечение (бл. МЗ-НЗОК № 3) след преценка на необходимостта от ВСМД от този специалист. В този случай специалистът, извършил ВСМД, попълва медицинското направление за високоспециализирани дейности (бл. МЗ-НЗОК № 3А), като посочва само датата на издаване на направлението, полага подпис и личен печат, а за извършената дейност с интерпретация на резултатите от нея попълва амбулаторен лист.

(7) Здравноосигуреното лице може да избере лечебно заведение за СИМП, сключило договор с НЗОК. Специалистът определя ден и час за консултация.

Чл. 148. (1) Лекарите от лечебните заведения за СИМП обявяват в амбулаторията на място, достъпно за ЗОЛ, своя седмичен график, който включва часовете за амбулаторен прием и за домашни посещения, както и телефон за връзка.

(2) Лекарите със специалност „Педиатрия“ и „Акушерство и гинекология“ посочват в графика и часове за промотивна и профилактична дейност по програми.

(3) Лекарите със специалност „Вътрешни болести“, „Гастроентерология“, „Урология“, „Ендокринология и болести на обмяната“, „Кардиология“, „Хирургия“ и „Акушерство и гинекология“ посочват в графика по ал. 1 и часове за профилактична дейност на ЗОЛ с рискови фактори за развитие на заболявания.

(4) Всяко лечебно заведение поддържа и съхранява листа на чакащите и уведомява пациентите си за първата следваща свободна дата за амбулаторен прием.

(5) Лекар специалист от лечебно заведение за СИМП оказва помощ в дома на ЗОЛ, в случай че:

1. е повикан за консултация от ОПЛ, който е преценил, че състоянието на пациента не позволява да посети кабинета на специалиста, като в този случай попълва „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1);

2. за лекувано от него лице се налага повторно посещение в дома на пациента, като в този случай попълва „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1).

(6) Специалистът може да назначи консултация в дома с друг специалист.

(7) Специалистът осъществява и регистрира консултации в дома на пациента или в амбулаторията на ПИМП при поискване от ОПЛ, като го отбелязва в амбулаторния лист и посочва номера на направлението, деня и часа на извършването на консултацията. Лечебно-консултативна помощ в амбулатория на ПИМП при поискване от ОПЛ се осъществява, като за това специалистът е длъжен в срок до 3 календарни дни да уведоми РЗОК писмено или по електронна поща с електронен подпис.

Чл. 149. (1) В случаите на временно отсъствие на лекар специалист от лечебни заведения за СИМП той може да бъде заместен от лекар със същата специалност.

(2) Лицата, определени за заместници, трябва да имат придобита съответна специалност; квалификации (когато ще изпълняват и ВСМД/ВСМДИ), а в случаите, в които работят в лечебно заведение за болнична помощ по чл. 9 от ЗЛЗ или в лечебно заведение по чл. 10 от ЗЛЗ, да отговарят на изискванията на чл. 62 от ЗЗО и чл. 81 от ЗЛЗ.

(3) За обстоятелството по ал. 1 лечебното заведение уведомява РЗОК писмено или по електронна поща, подписано с електронен подпис на представляващия лечебното заведение, в срок до 5 работни дни от началото на заместването. В РЗОК се представят и документите, удостоверяващи обстоятелствата по ал. 2.

(4) Заместникът попълва всички амбулаторни листове за извършена дейност с личните си данни (УИН и трите имена) и УИН на замествания специалист.

(5) Всички отчетни документи заместникът подписва и подпечатва с личния си печат за срока на заместване, като вписва и регистрационния номер на лечебното заведение, в което е заместник.

(6) При необходимост от диспансерно наблюдение на ЗОЛ и дейности по програми „Майчино здравеопазване“ и „Детско здравеопазване“ не е необходимо за срока на заместване на лицата да се издава ново медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение (бл. МЗ-НЗОК № 3).

Чл. 150. (1) Изпълнителят на СИМП извършва дейности от пакетите при първични и вторични посещения на ЗОЛ.

(2) Специалистът преценява броя на необходимите вторични прегледи за всеки пациент съобразно неговото състояние.

Чл. 151. (1) Специалистът е длъжен да насочва за хоспитализация ЗОЛ, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ при наличие на индикации за хоспитализация.

(2) В случаите по ал. 1 към направлението за хоспитализация специалистът прилага амбулаторния лист от извършения преглед на пациента с посочени данни от анамнезата и обективното състояние на пациента, предприетите диагностични и терапевтични дейности, в т. ч. и обективните обстоятелства, мотивиращи становището, че лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ. Специалистът вписва в амбулаторния лист от прегледа на пациента и издаването на направлението за хоспитализация и диагнозата, с която пациентът се насочва за диагностика и лечение в болнични условия.

(3) Направление за хоспитализация се издава и в случаите на отказ на пациента, документиран писмено срещу подпис или друг инициализиращ знак на пациента и подпис на лекаря в амбулаторния лист, съгласно чл. 21, ал. 3 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ.

(4) По един екземпляр от направлението за хоспитализация и от амбулаторния лист за прегледа на пациента се съхраняват в изпращащия го специалист.

(5) В случаите по ал. 1 лекарят от лечебно заведение за СИМП издава направление за хоспитализация.

(6) В случаите на хоспитализация (планов прием) на ЗОЛ по КП/АПр, при които не са извършени определени медико-диагностични изследвания и/или консултативни прегледи на това ЗОЛ преди датата на хоспитализация, а приемащото лечебно заведение за болнична помощ ги изисква, лекарят от лечебно заведение за СИМП не е длъжен да издава медицински направления за извършването им.

Чл. 152. Необходимостта от рехабилитационни мероприятия за ЗОЛ се установява от специалиста и/или ОПЛ, като лечението се извършва по предписан от лекаря – специалист по „Физикална и рехабилитационна медицина“, физиотерапевтичен курс на лечение.

Чл. 153. (1) За физиотерапевтичен курс на лечение на определено заболяване се приема комплексно лечение, включващо първоначален преглед на лекаря – специалист по „Физикална и рехабилитационна медицина“, с оценка на обективното състояние на пациента с назначени видове и общ брой процедури до 20 в курс от група 1 и/или 2, или 3 по преценка на лекаря специалист, промените на лечението, както и заключителен преглед с оценка на резултатите от проведеното лечение и отразени вид и брой на проведените процедури.

(2) Във физиотерапевтичен курс на лечение се включват следните групи процедури:

1. група 1 – процедури с физикални фактори от апаратната терапия;
2. група 2 – процедури с кинезитерапевтични техники;
3. група 3 – процедури с физикални фактори от апаратната терапия и кинезитерапевтични техники.

(3) Процедурите от група 1 и/или 2, или 3 от съответните групи, включени в курс на лечение по физиотерапия и рехабилитация, се отразяват непосредствено при провеждането им във Физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89) за физикална терапия и рехабилитация. Физиопроцедурната карта се съхранява в лечебното заведение.

(4) Прегледите по ал. 1 се отразяват в „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1).

Чл. 154. Специалистът води необходимата документация съгласно глава седемнадесета, раздел IX.

Чл. 155. (1) Лечебното заведение за СИМП изисква консултация или провеждане на съвместно лечение със специалист от същото или друго лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, в следните случаи:

1. при необходимост от консултация или провеждане на съвместно лечение със специалист от същата или от друга специалност (бл. МЗ-НЗОК № 3);
2. при необходимост от извършване на ВСМД с „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А);
3. при необходимост от извършване на МДИ и/или ВСМДИ с „Медицинско направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4).

(2) Лечебното заведение за СИМП разполага с медицински направления за консултация или за провеждане на съвместно лечение, медицински направления за високоспециализирани дейности и направления за медико-диагностични изследвания.

(3) Изпълнителите на СИМП, оказали медицинска помощ на ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права без направление от ОПЛ, имат право да издават направления за оказване на специализирана медицинска помощ от други специалисти (бл. МЗ-НЗОК № 3), за високоспециализирани медицински дейности (бл. МЗ-НЗОК № 3А), за медико-диагностични дейности (бл. МЗ-НЗОК № 4).

(4) Издаваните от изпълнителите на СИМП направления по ал. 3 са в рамките на определените им брой назначавани СМД и стойност на назначаваните МДД, но не повече от 10 на сто от общия им брой.

(5) В случай на хоспитализиране на ЗОЛ и когато това е удостоверено с подписа му в амбулаторния лист, лекар от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК за оказване на СИМП, не следва да назначава и извършва за периода на хоспитализацията консултативни прегледи и изследвания, необходими за:

1. профилактични и диспансерни прегледи по реда на Наредба № 8 от 2016 г. и наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО и приложения № 13, приложения № 8 и № 13, и № 14;
2. основното заболяване, за което е хоспитализирано лицето;
3. придружаващи заболявания по време на стационарното лечение.

Чл. 156. Специалистът предоставя на ОПЛ чрез пациента необходимите документи за всяко консултирано от него лице в случаите, когато му е назначено скъпоструващо лечение съгласно правилата за извършване на експертизи и дейност на комисията по чл. 78 ЗЗО.

Чл. 157. Специалистът извършва дейност и издава следните документи:

1. медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение;
2. медицинско направление за високоспециализирани дейности;
3. направление за медико-диагностична дейност;
4. направление за хоспитализация/КПр/АПр;
5. болничен лист за временна неработоспособност;
6. съобщения за смърт;
7. рецепти (бланка МЗ-НЗОК);
8. протоколи по приложение № 2;
9. бързи известия за инфекциозно заболяване и за задължително съобщаване за злокачествено образуване;
10. талон за медицинска експертиза;
11. карта за профилактика на бременността – от специалист по „Акушерство и гинекология“;
12. картон за физиотерапевтични процедури – Физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89) – от специалист по „Физикална и рехабилитационна медицина“;
13. медицинско направление за КДН.

Чл. 158. (1) Видът и честотата на дейностите по диспансеризация са посочени в приложение № 13 и в съответствие с наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО и Наредба № 8 от 2016 г.

(2) Лекарите от лечебните заведения за СИМП провеждат диспансеризация на ЗОЛ при спазване на реда по чл. 4, ал. 1 и 6 на Наредба № 8 от 2016 г. Едно ЗОЛ не може да бъде диспансеризирано за едно и също заболяване в повече от едно лечебно заведение и/или от повече от един лекар за един и същ период от време.

(3) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ до 18 г. е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други – при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от лекар – специалист от СИМП, съгласно приложение № 8 и приложение № 13.

(4) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 г. е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други – при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от ОПЛ съгласно приложение № 8 и приложение № 13. Изключение се допуска за пациентите с инсулинозависим захарен диабет, неинсулинозависим захарен диабет на инсулинолечение и пациенти, претърпели сърдечни

интервенции и/или операции до края на първата година след интервенцията/операцията, при които диспансерното наблюдение се осъществява от лекар – специалист от СИМП.

(5) В случаите по ал. 4, когато ЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение за всички заболявания изцяло от ОПЛ, е препоръчително извършването на два консултативни прегледа от съответния лекар – специалист от СИМП, за съответната календарна година по преценка на ОПЛ, но не по-малко от един, като в тези случаи ОПЛ насочва пациента за консултативен преглед.

(6) В случаите по ал. 5, когато ЗОЛ е заявило писмен отказ в амбулаторния лист от извършване на консултативен преглед при лекар специалист, ОПЛ има право да не назначи консултация.

(7) В случаите, в които при прегледа от лекаря специалист на база издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 13 или приложения № 8 и № 13, ЗОЛ подлежат на диспансеризация, като диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

Чл. 159. (1) В случаите по чл. 158, в които за отделните заболявания е определена различна честота на диспансерните прегледи/медицинските дейности за периода на наблюдение (за календарна година), за обща честота на диспансерните прегледи/медицинските дейности се приема най-високата предвидена честота за което и да е от заболяванията на ЗОЛ, диспансеризирани от съответния лекар.

(2) Когато за отделните заболявания са посочени едни и същи медико-диагностични и консултативни дейности, за общ брой/честота на тези медико-диагностични и консултативни дейности се приема най-високият предвиден брой/честота за което и да е от заболяванията в рамките на периода на диспансерно наблюдение (за календарна година).

(3) При първоначална диспансеризация за дадено заболяване общият брой прегледи, изследвания и консултации за пациента за съответната календарна година се определя пропорционално на оставащите месеци до края на годината.

(4) При уведомяване на ЗОЛ за правото му на следващ диспансерен преглед и последващото неявяване на ЗОЛ диспансеризацията лекар не носи отговорност.

Чл. 160. (1) Специалистите по „Педиатрия“ и „Акушерство и гинекология“ в лечебните заведения за СИМП изпълняват съответно: програма „Детско здравеопазване“ и програма „Майчино здравеопазване“ съгласно приложения № 1, 2 и 6 на Наредба № 8 и приложение № 14 „Дейности на лекаря специалист по „Педиатрия“ по програма „Детско здравеопазване“, на лекаря специалист по „Акушерство и гинекология“ по програма „Майчино здравеопазване“ и на лекаря специалист по профилактика на ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване.

(2) Лекарите със специалност „Вътрешни болести“, „Гастроентерология“, „Урология“, „Ендокринология и болести на обмяната“, „Кардиология“, „Хирургия“ и „Акушерство и гинекология“ извършват профилактика на ЗОЛ над 18 години съгласно приложение № 14.

(3) В случаите, в които при прегледа от лекаря специалист се установи, че се касае за заболявания (състояния), включени в приложение № 14, ЗОЛ подлежат на профилактика, като диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

Чл. 161. (1) Профилактиката и диспансеризацията на ЗОЛ се извършват в съответствие с медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика и включват необходимите медицински дейности на лекаря специалист при осъществяването на профилактичния/диспансерния преглед, както и извършване на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации.

(2) При поискване от пациента специалистът му предоставя екземпляр от медицинската документация за всеки извършен преглед.

Чл. 162. (1) Високоспециализираните медицински дейности и ВСМДИ се назначават само от изпълнители на СИМП.

(2) За ВСМД, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложение № 8 или приложения № 8 и 13, и ВСМД от пакет „Анестезиология и интензивно лечение“ се допуска назначаването на ВСМД от изпълнителите на ПИМП и СИМП.

(3) За ВСМДИ: „Мамография на двете млечни жлези“ от пакет „Образна диагностика“, „Хормони: fT4, TSH“, „Туморен маркер: PSA“ и „Изследване на урина – микроалбуминурия“ от пакет „Клинична лаборатория“; за ВСМДИ, които фигурират и като МДИ в друг пакет по друга специалност, както и за ВСМДИ по искане на ТЕЛК или НЕЛК се допуска назначаването им и от изпълнителите на ПИМП.

Чл. 163. (1) След издаване на направление за хоспитализация/КПр/АПр специалистът не назначава допълнително прегледи и изследвания по искане на лечебното заведение за болнична помощ.

(2) След изписване на ЗОЛ от лечебно заведение за БП контролните прегледи, включени в КП, не се отнасят до:

1. профилактични прегледи на ЗОЛ;
2. прегледи на ЗОЛ от ОПЛ или лекар – специалист от СИМП, за предписване на лекарства;
3. преглед по повод диспансерно наблюдение на ЗОЛ;
4. прегледи при назначаване и извършване на процедури от пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“;
5. прегледи по повод извършване на дейности по медицинска експертиза.

Чл. 164. За оказаната СИМП потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО не се заплаща от категориите лица по чл. 37, ал. 4 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 11 „Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО“.

Чл. 165. Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ оказват СИМП в консултативните си кабинети и отделенията си без легла при спазване на описаните по-горе условия и ред.

Условия и ред за извършване на медико-диагностична дейност

Чл. 166. (1) Изпълнителите извършват медико-диагностични изследвания въз основа на „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4), издадено от изпълнител на ПИМП или СИМП.

(2) В направлението за медико-диагностична дейност се описват кодовете на необходимите изследвания, за които има договор с НЗОК. За изследвания, които в един пакет са МДИ, а в друг пакет са ВСМДИ съгласно приложение № 10, всяко изследване със своя код се посочва в отделно направление за медико-диагностична дейност.

(3) За ВСМДИ, включени в един пакет съгласно приложение № 10, всяко изследване със своя код може да се посочи както в едно, така и в отделни направления за медико-диагностична дейност.

(4) Извършените медико-диагностични изследвания на ЗОЛ се отразяват в съответния лабораторен журнал – хартиен или електронен, по хронология с отразени резултати.

Чл. 167. Медико-диагностичната лаборатория осъществява договорената дейност в съответствие с медицинските стандарти в рамките на дневния работен график на лабораторията. В изпълнение на договора с НЗОК лекарят специалист следва да има работен график в лабораторията, който не може да бъде по-малък от 4 часа.

Чл. 168. (1) За медико-диагностични дейности в лабораторията съответният изпълнител може да определи цена „биологичен материал“, като сумата се заплаща от ЗОЛ.

(2) За едно посещение в медико-диагностичната лаборатория се плаща цена, определена по реда на ал. 1, независимо от броя на изследванията.

(3) В случай че ЗОЛ заплаща цена „биологичен материал“ по ал. 1, лечебното заведение не може да изисква от него за изследвания в същата лаборатория такса по чл. 37, ал. 1, т. 1 ЗЗО.

(4) В лечебни заведения, извършващи медико-диагностични дейности, за които не се плаща сумата по ал. 1, ЗОЛ заплащат таксата по чл. 37, ал. 1, т. 1 ЗЗО.

(5) От заплащане на сума „биологичен материал“ по ал. 1 се освобождават лицата без доходи, настанени в домове за деца и юноши, домове за деца от предучилищна възраст и домове за социални грижи.

Чл. 169. Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ извършват медико-диагностичната дейност в медико-диагностичните си лаборатории при спазване на описаните по-горе условия и ред.

Раздел IV

Критерии за качество и достъпност на медицинската помощ

Критерии за качество и достъпност на първичната извънболнична медицинска помощ

Чл. 170. (1) Изпълнителите на ПИМП оказват договорените медицински дейности съгласно критериите за качество и достъпност на медицинската помощ, които са критерии за качество и достъпност на процеса и критерии за качество и достъпност на резултата.

(2) Критериите за качество и достъпност на процеса са:

1. изпълнение на профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. и формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване;

степен на обхващане – не по-малко от 33 % от подлежащите;

2. изпълнение на изискванията на програма „Майчино здравеопазване“;

степен на обхващане – не по-малко от 80 % от подлежащите;

3. изпълнение на програма „Детско здравеопазване“ по профилактика за проследяване на здравословното състояние на лица на възраст от 0 до 18 години;

степен на обхващане – не по-малко от 83 %;

4. срочност на извършване на първия преглед на новородено – до 24 часа след изписване от лечебното заведение при осъществен избор на родителите/законните настойници на лекар на детето; при липса на избран лекар до 24-тия час след изписването първият преглед се извършва до 24 часа след избора;

5. минимална продължителност на профилактичен преглед, включително и формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболявания и попълването на „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“ – десет минути;

6. минимална продължителност на диспансерен преглед, включително и извършването на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации – десет минути.

(3) Критерии за качество на резултата са:

1. изпълнение на диспансерно наблюдение на пациенти със захарен диабет – неинсулинозависим тип, за целия период на диспансерно наблюдение (за календарна година), но не по-малко от 6 месеца:

1.1. компенсирано състояние на гликемията в над 50 % от периода на наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсирен, като процент от целия период на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат стойности до 7,0 % на HbA1c (или до 8,0 % за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения, множество съпътстващи заболявания), измерени при прегледи по повод на диспансерно наблюдение или по друг повод;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат стойности над 7,0 % на HbA1c (или над 8,0 % за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения на захарен диабет, множество съпътстващи заболявания), измерени при прегледи по повод на диспансерно наблюдение или по друг повод;

1.2. компенсирано състояние на съпътстващата при захарен диабет артериална хипертония в над 50 % от периода на диспансерно наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсирани, като процент от целия период на наблюдение:

а) за добър контрол се считат измерените стойности на систолното налягане под 140 mm/Hg и диастолно под 85 mm/Hg;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат измерените стойности на систолното налягане над 140 mm/Hg и диастолно над 85 mm/Hg;

1.3. компенсирано състояние на съпътстващото захарен диабет при сърдечносъдово заболяване в периода на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l за пациенти с ИБС и респективно под 2,6 mmol/l за останалите;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат нива LDL холестерол над 1,8 mmol/l за пациенти с ИБС и респективно над 2,6 mmol/l за останалите;

2. изпълнение на диспансерно наблюдение на пациенти със сърдечносъдови заболявания или мозъчносъдова болест за целия период на диспансерно наблюдение (за календарна година), но не по-малко от 6 месеца:

2.1. компенсирано състояние на артериалното налягане в над 50 % от периода на наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсирани, като процент от целия период на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат измерените стойности на систолното налягане под 145 mm/Hg и диастолно под 90 mm/Hg;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат измерените стойности на систолното налягане над 145 mm/Hg и диастолно над 90 mm/Hg;

2.2. компенсирано състояние на съпътстващата при АХ дислипидемия в периода на наблюдение:

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l, респективно под 2,6 mmol/l, под 3 mmol/l за пациентите съответно с много висок, висок, умерен и нисък риск от развитие на друго сърдечносъдово заболяване;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат нива на LDL холестерол над 1,8 mmol/l, респективно над 2,6 mmol/l, над 3 mmol/l за пациентите съответно с много висок, висок, умерен и нисък риск от развитие на друго сърдечносъдово заболяване.

(4) Стойностите за HbA1c, LDL холестерол и артериално налягане, посочени в критериите за качество и достъпност по ал. 3, са прицелни и са насочени към мониториране и проследяване на здравословното състояние на диспансеризирани пациенти за сърдечносъдови заболявания и/или захарен диабет и резултатите от проведеното лечение. В тези случаи е необходимо да се предприемат мерки, включващи: препоръки за начин на живот, двигателна активност, хигиенно-диетичен режим, преустановяване на вредни навици от пациента, промяна в

терапията и/или назначаване на консултация със специалист и др., и не са основание за налагане на санкция.

Критерии за качество и достъпност на специализираната извънболнична медицинска помощ

Чл. 171. (1) Изпълнителите на СИМП оказват договорените медицински дейности съгласно критериите за качество и достъпност на медицинската помощ, които са критерии за качество и достъпност на процеса и критерии за качество и достъпност на резултата.

(2) Критериите за качество и достъпност на процеса са:

1. изпълнение на профилактични прегледи на ЗОЛ с рискови фактори за развитие на заболяване в случай на насочване от ОПЛ и достигнали до лекар специалист в СИМП;
степен на обхващане – не по-малко от 80 % от насочените от ОПЛ;
2. изпълнение на изискванията на програма „Майчино здравеопазване“;
степен на обхващане – не по-малко от 85 %;
3. изпълнение на програма „Детско здравеопазване“ за проследяване на здравословното състояние на лица на възраст от 0 до 18 години;
степен на обхващане – не по-малко от 85 %;
4. срочност на извършване на първия преглед на новородено – до 24 часа след изписване от лечебното заведение при осъществен избор на родителите/законните настойници на лекар на детето; при липса на избран лекар до 24-тия час след изписването първият преглед се извършва до 24 часа след избора;
5. минимална продължителност на профилактичен преглед, включително и извършването на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации – десет минути;
6. минимална продължителност на диспансерен преглед, включително и извършването на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации – десет минути;
7. минимална продължителност на първичен преглед на дете по повод остро състояние – петнадесет минути.

(3) Критерии за качество на резултата са:

1. изпълнение на диспансерно наблюдение на пациенти със захарен диабет тип 2 на инсулиново лечение (за целия период на диспансерно наблюдение (за календарна година):

1.1. компенсирано състояние на гликемията в над 50 % от периода на наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсирани, като процент от целия период на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат стойности до 7,0 % на HbA1c (или до 8,0 % за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения, множество съпътстващи заболявания), измерени при диспансерни прегледи или по друг повод;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат стойности над 7,0 % на HbA1c (или над 8,0 % за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения на захарен диабет, множество съпътстващи заболявания), измерени при прегледи по повод диспансерно наблюдение или по друг повод;

1.2. компенсирано състояние на съпътстващата при захарен диабет артериална хипертония в над 50 % от периода на диспансерно наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсирани, като процент от целия период на наблюдение:

а) за добър контрол се считат измерените стойности на систолното налягане под 140 mm/Hg и диастолно под 85 mm/Hg;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат измерените стойности на систолното налягане над 140 mm/Hg и диастолно над 85 mm/Hg;

1.3. компенсирано състояние на съпътстващото захарен диабет сърдечносъдово заболяване в периода на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l за пациенти с ИБС и респективно под 2,6 mmol/l за останалите;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат нива на LDL холестерол над 1,8 mmol/l за пациенти с ИБС и респективно над 2,6 mmol/l за останалите;

2. изпълнение на диспансерно наблюдение на пациенти със сърдечносъдови заболявания (за целия период на диспансерно наблюдение (за календарна година):

2.1. компенсирано състояние на артериалното налягане в над 50 % от периода на наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсиран, като процент от целия период на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат измерените стойности на систолното налягане под 145 mm/Hg и диастолно под 90 mm/Hg;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат измерените стойности на систолното налягане над 145 mm/Hg и диастолно над 90 mm/Hg;

2.2. компенсирано състояние на съпътстващата АХ дислипидемия в периода на наблюдение:

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l, респективно под 2,6 mmol/l, под 3 mmol/l за пациентите с много висок, висок, умерен и нисък риск от развитие на друго сърдечносъдово заболяване;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат нива на LDL холестерол над 1,8 mmol/l, респективно над 2,6 mmol/l, над 3 mmol/l за пациентите с много висок, висок, умерен и нисък риск от развитие на друго сърдечносъдово заболяване.

(4) Стойностите за HbA1c, LDL холестерол и артериално налягане, посочени в критериите за качество и достъпност по ал. 3, са прицелни и са насочени към мониториране и проследяване на здравословното състояние на диспансеризирани пациенти за сърдечносъдови заболявания и/или захарен диабет и резултатите от проведеното лечение. В тези случаи е необходимо да се предприемат мерки, включващи: препоръки за начин на живот, двигателна активност, хигиенно-диетичен режим, преустановяване на вредни навици от пациента, промяна в терапията и/или назначаване на консултация със специалист и др., и не са основание за налагане на санкция.

Критерии за качество и достъпност на специализираните медико-диагностични изследвания

Чл. 172. (1) Изпълнителите на МДИ оказват договорените медицински дейности съгласно критериите за качество и достъпност на медицинската помощ, които са критерии за качество и достъпност на процеса и критерии за качество и достъпност на резултата.

(2) Критериите за качество и достъпност на процеса са:

1. изпълнение на задължителните нормативни изисквания съгласно медицинските стандарти по специалности;

2. лекарско присъствие в рамките на обявения график;

3. осъществяване и документиране на текущ лабораторен контрол и предприетите коригиращи действия;

4. документирана преценка на резултата от изследванията (интерпретация на резултатите или референтни стойности) от лекар с придобита специалност по профила на лабораторията.

Раздел V

Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности в извънболничната медицинска помощ

Чл. 173. (1) Националната здравноосигурителна каса закупува медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО, оказвана на ЗОЛ при условията и по реда на НРД, определена като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

(2) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят обеми и цени на видовете медицинска помощ по ал. 1, определени по реда на настоящия раздел.

(3) Договорените обеми и цени от 1.04.2018 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2018 г. по ЗБНЗОК за 2018 г.

(4) Цените и обемите, договорени в настоящия раздел, подлежат на промяна по реда на чл. 177.

Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности в първичната извънболнична медицинска помощ

Чл. 174. Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят следните обеми и цени за дейностите в ПИМП, включени в приложение № 1 „Първична извънболнична медицинска помощ“ към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
I	Капитационно плащане		
1	Лица от 0 до 18 години	1 232 824	1,45
2	Лица от 18 до 65 години	3 312 975	1,11
3	Лица над 65 години	1 455 444	1,52
4	Заплащане за осигуряване на достъп до медицинска помощ на ЗОЛ извън обявения работен график на практиката съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО	6 000 803	0,11
II	Дейност по програма „Детско здравеопазване“	2 025 991	
1	Профилактични преглед за лица от 0 до 1 г.	395 000	11,50
2	Профилактични преглед за лица от 1 до 2 г.	134 000	10,50
3	Профилактични преглед за лица от 2 до 7 г.	350 128	10,00
4	Профилактични преглед за лица от 7 до 18 г.	492 215	9,00
5	Задължителни имунизации и реимунизация на лица от 0 до 18 г.	654 648	6,00
III	Поставяне на препоръчителни ваксини срещу РМШ и срещу ротавирусните гастроентерити по национални програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ		4,00
IV	Дейност по програма „Майчино здравеопазване“	4 154	9,00
V	Дейност по диспансерно наблюдение	3 107 861	
1.	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно заболяване	1 516 480	9,50

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
2.	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с две заболявания	1 030 000	12,40
3.	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две заболявания	561 380	13,50
VI	Профилактична дейност за лица над 18 г.	2 074 210	
1.	Годишни профилактични прегледи на лица над 18 г.	1 700 000	12,00
2.	Вторични профилактични прегледи на лица, включени в група с рискови фактори за развитие на заболяване	374 210	9,00
VII	Имунизации на лица над 18 г.	151 487	5,00
VIII	Инцидентни посещения на ЗОЛ от други здравни райони	20 000	9,00
IX	Неблагоприятни условия	3 418 642 (стойност за периода)	

Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности в специализираната извънболнична медицинска помощ

Чл. 175. Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят следните обеми и цени за дейностите в СИМП, включени в приложение № 2 към чл. 1 „Специализирана извънболнична медицинска помощ“ и приложение № 6 към чл. 1 „Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение“ към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
I	Първични посещения	4 728 560	
1	Прегледи по повод остри заболявания и с хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	3 962 700	21,00
2	Прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист по „Педиатрия“ и/или с придобита профилна специалност по „Детски болести“, насочен от ОПЛ по повод остри състояния	592 954	21,00
3	Прегледи при специалисти („Хирургия“, „Ортопедия и травматология“), изпълняващи процедури	113 348	21,00
4	Първични профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“	29 161	21,00
5	Първични специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ	30 397	21,00
II	Вторични посещения	2 118 896	
1	Прегледи по повод остри заболявания и с хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	1 586 000	9,50

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
2	Прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист „Педиатрия“ и/или с придобита профилна специалност по „Детски болести“, насочен от ОПЛ по повод остри състояния	430 143	9,50
3	Прегледи при специалисти („Хирургия“, „Ортопедия и травматология“), изпълняващи процедури	102 753	9,50
III	Профилактични прегледи на ЗОЛ до 18 г. от лекар-специалист с придобита специалност по „Педиатрия“	30 782	12,00
IV	Профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“	222 221	12,00
V	Профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. с рискови фактори за развитие на заболяване	30 000	12,00
VI	Специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно или повече заболявания	466 592	12,50
VII	Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания	14 727	14,00
VIII	Медицинска експертиза	738 957	7,00
IX	Високоспециализирани дейности	511 550	
05.31	Локално обезболяване – проводна анестезия	4	7,49
06.11	Пункционна биопсия на щитовидна жлеза под ехографски контрол	374	28,36
14.24	Лазертерапия при очни заболявания	7 855	39,91
21.22	Вземане на биопсичен материал от нос	17	13,38
21.29	Назален провокационен тест с алергени	1	26,22
21.31	Отстраняване на полипи от носната кухина	55	26,75
22.01	Пункция и аспирация на максиларен синус	996	13,05
28.0	Инцизия на тонзиларни и перитонзиларни абсцеси	656	13,05
31.48	Ларингостробоскопия; ларингостробография	404	26,75
33.29	Бронхопровокационен тест с метахолин	1	32,10
38.50	Лигатура на вена при подкожни варикозни образувания и екцизия на варикозни възли	1	29,96
39.96	Венозна анестезия	251	19,90
40.11	Вземане на биопсичен материал от лимфен възел	520	13,91
41.31	Вземане на материал чрез костномозъчна пункция за специализирани изследвания	20	16,05
45.13	Диагностична горна ендоскопия	3 803	40,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
45.23	Диагностична долна ендоскопия, фиброколоноскопия	257	40,00
45.24	Диагностична долна ендоскопия, фибросигмоидоскопия	770	40,00
57.32	Уретроцистоскопия (диагностична)	1 454	20,12
57.33	Вземане на биопсичен материал от пикочен мехур	1	13,91
58.0	Уретротомия при стриктура	2	14,98
58.23	Вземане на биопсичен материал от уретра	1	13,91
60.11	Вземане на биопсичен материал от простата	7	13,91
64.11	Вземане на биопсичен материал от пенис	1	13,91
67.11	Колпоскопия с прицелна биопсия	1 787	13,91
67.32	Деструктивно лечение на доброкачествени изменения на маточната шийка, с изключение на химична каутеризация	3 101	13,91
68.16	Аспирационна ендометриална биопсия	42	8,03
81.91	Диагностична и терапевтична пункция на стави	15 175	17,44
82.04	Инцизия и дренаж на палмарно или тенарно пространство	673	40,77
83.13	Вагинотомия	4	8,56
85.0	Инцизия на гръдна (млечна) жлеза	645	16,05
85.11	Вземане на биопсичен материал от гърда	669	13,91
86.3	Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори	8 400	13,91
88.71	Трансфонтанелна ехография	1 281	17,44
88.72	Ехокардиография	329 805	22,79
88.721	Фетална ехокардиография на рисков контингент за сърдечна патология на плода	3	28,89
88.73	Ехография на млечна жлеза	2 399	13,36
88.75	Доплерово ултразвуково изследване на бъбречни съдове	1 385	17,66
88.77	Доплерова сонография; доплерова сонография на периферни съдове; доплерова сонография на съдовете на щитовидната жлеза	28 257	17,66
88.79	Ехографско изследване на стави при деца	9 176	17,66
88.98	Остеоденситометрия и интерпретация при следните случаи: Болни с трансплантирани органи. Пациенти с хиперпаратиреоидизъм. Пациенти с хипогонадизъм	1	20,33
89.01	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани тромбоцити	1	26,75

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
89.04	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани еритроцити – обем циркулираща кръв/кинетика на еритроцити	1	26,75
89.06	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел от морфологични, имунофенотипни, цитогенетични и молекулярни показатели за диагноза и определяне на група прогностичен риск при болен с левкемия	24	26,75
89.07	Снемане на анестезиологичен статус за планиране на оперативна интервенция с анестезия	2 798	13,38
89.08	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел имунохистохимични, имунохимични показатели β -микроглобулин за диагноза и определяне на група прогностичен риск при пациент с лимфом	4	26,75
89.12	Назален провокационен тест с медиатори	5	28,89
89.14	Електроенцефалография (ЕЕГ)	25 882	16,05
89.41	Сърдечно-съдов тест с натоварване	5 732	20,12
89.50	Непрекъснат 24-часов електрокардиографски запис (ЕКГ Холтер мониториране)	9 306	17,44
89.61	Непрекъснат 24-часов запис на артериално налягане (Холтер мониториране)	1 219	17,12
90.49	Индуциране на хрчка и нейната обработка	1	12,84
93.08	Електромиография (ЕМГ)	24 864	16,05
93.13	Постизометрична релаксация (курс на лечение)	190	12,84
93.21	Екстензионна терапия (курс на лечение)	138	12,84
93.27	Специализирани кинезитерапевтични методи, приложими при ДЦП	60	27,82
93.75	Фониатрична консултация с последваща гласова рехабилитация – курс (комплекс дихателни, фонаторни и резонаторни упражнения) 10 сеанса	981	27,82
94.35	Сесия за кризисна интервенция	158	5,00
95.12	Флуоресцентна ангиография на съдовете на окото	7 161	36,06
95.23	Евокирани потенциали	200	20,33
95.47	Фонетография	1	16,05
96.53	Назален лаваж и обработка	1	18,19
99.88	Лазертерапия при ставни заболявания и трудно зарастващи рани	11 538	26,75

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
Z01.5	Кожно-алергично тестване	870	8,03
Z01.5	Тестване за поносимост при прилагане на анестетици	161	9,63
X	Физиотерапия и рехабилитация	4 989 219	
1	Първоначален специализиран преглед	227 898	7,00
2	Група I процедури	2 276 544	1,90
3	Група II процедури	92 189	1,90
4	Група III процедури	2 165 465	1,90
5	Заклучителни прегледи по трите групи	227 123	9,00

Обеми и цени на закупуваните от НЗОК медико-диагностични дейности в извънболничната медицинска помощ

Чл. 176. Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят следните обеми и цени за специализирани и високоспециализирани медико-диагностични изследвания, включени в т. V, буква „Б“ на приложение № 2 „Специализирана извънболнична медицинска помощ“ към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
01	Клинична лаборатория	13 400 345	
01.01	Кръвна картина – поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC	1 900 000	1,98
01.03	Скорост на утаяване на еритроцитите	534 665	0,80
01.04	Време на къвене	35 416	1,43
01.05	Протромбиново време	206 046	1,98
01.06	Активирано парциално тромбопластиново време (АРТТ)	14 329	1,98
01.07	Фибриноген	28 101	1,98
01.08	Химично изследване на урина с течни реактиви (рН, белтък, билирубин, уробилиноген, глюкоза, кетони, относително тегло, нитрити, левкоцити, кръв)	601 514	1,05
01.09	Седимент на урина – ориентировъчно изследване	679 794	0,85
01.10	Окултни кръвоизливи	1 634	2,30
01.11	Глюкоза	1 064 706	1,43
01.12	Кръвно-захарен профил	234 908	3,85
01.13	Креатинин	1 002 461	1,43

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
01.14	Урея	155 454	1,43
01.15	Билирубин – общ	52 646	1,43
01.16	Билирубин – директен	24 166	1,43
01.17	Общ белтък	39 243	1,43
01.18	Албумин	25 800	1,43
01.19	Холестерол	896 734	1,43
01.20	HDL холестерол	987 645	1,43
01.21	Триглицериди	1 216 823	1,43
01.22	Гликиран хемоглобин	289 706	9,24
01.23	Пикочна киселина	253 981	1,43
01.24	АСАТ	291 687	1,43
01.25	АЛАТ	294 564	1,43
01.26	Креатинкиназа (КК)	14 212	1,43
01.27	ГГТ	137 970	1,43
01.28	Алкална фосфатаза (АФ)	51 842	1,43
01.29	Алфа-амилаза	23 263	1,43
01.30	Липаза	3 517	1,54
01.31	Натрий и калий	114 445	2,86
01.34	Калций	38 157	1,43
01.35	Фосфати	20 528	1,43
01.36	Желязо	126 544	1,43
01.37	ЖСК	42 317	2,10
01.38	CRP	167 287	3,74
01.39	LDL холестерол – директен метод	835 000	1,80
01.40	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване	148 335	1,98
01.41	Морфология на еритроцити – визуално микроскопско изследване	13 641	1,98
02.09	Антистрептолизинов титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)	3 809	3,67
02.10	Изследване на ревма фактор (RF)	4 238	3,67
09.01	Криоглобулини	30	6,27

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
09.02	Общи имуноглобулини IgM	423	9,79
09.03	Общи имуноглобулини IgG	481	9,79
09.04	Общи имуноглобулини IgA	390	9,79
09.05	C3 компонент на комплемента	85	9,79
09.06	C4 компонент на комплемента	74	9,79
10.08	fT4	115 817	10,34
10.09	TSH	296 548	10,34
10.10	PSA	217 065	12,10
10.11	СА-15-3	2 196	12,10
10.12	СА-19-9	2 024	12,10
10.13	СА-125	5 977	12,10
10.14	Алфа-фетопротеин	798	12,10
10.15	Бета-хорионгонадотропин	928	12,10
10.16	Карбамазепин	62	12,00
10.17	Валпроева киселина	449	12,00
10.18	Фенитоин	1	12,00
10.19	Дигоксин	5	12,00
10.20	Изследване на урина – микроалбуминурия	104 958	8,00
10.21	Progesteron	5 473	10,34
10.22	LH	7 140	10,34
10.23	FSH	9 096	10,34
10.24	Prolactin	14 454	10,34
10.25	Estradiol	6 431	10,34
10.26	Testosteron	7 553	10,34
10.27	Антитела срещу Тереоидната пероксидаза – Anti-TPO	21 666	10,34
10.34	Маркер за костно разграждане за диагностика на остеопороза	1 700	16,00
10.61	СЕА	1 392	12,10
02	Клинична микробиология	414 491	
02.07	Серологично изследване за първичен и латентен сифилис (RPR или ELISA, или VDRL, или ТРНА, или FTA-ABs)	27 530	3,56
02.09	Антистрептолизинов титър (AST) (за бета-стрептококови инфекции и постстрептококови усложнения – ревматизъм и	10 019	3,67

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
	гломерулонефрит)		
02.10	Диагностично изследване за ревматоиден артрит	9 202	3,67
02.11	Диагностично изследване на инфекциозна мононуклеоза	736	3,56
02.12	Микробиологично изследване на фекална маса и материал от ректум – препарат по Грам, и изследване на Salmonella, Shigella, E. coli, Candida, Staphylococcus aureus	52 729	8,00
02.13	Микробиологично изследване на урина за урокултура за E. coli, Proteus, Providencia, Klebsiella, Enterobacter, Serratia и други Enterobacteriaceae, Enterococcus, Грам(-) неферментативни бактерии (Pseudomonas, Acinetobacter и др.), Staphylococcus (S. aureus, S. saprophyticus)	81 156	6,00
02.14	Материал от мъжка/женска генитална система – директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на N. gonorrhoeae, Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	75 593	8,50
02.15	Микробиологично изследване на ранев материал и гной – препарат по Грам и доказване на Staphylococcus (S. aureus), Streptococcus beta-haemolyticus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам(-) бактерии, Corynebacterium, Гъбички (C. albicans) и др.	3 819	8,50
02.16	Микробиологично изследване на гърлен, носен или назофарингиален секрет – изолиране и интерпретация на Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Neisseria (N. meningitidis), Haemophilus (H. influenzae), Гъбички (C. albicans), Corynebacterium и др.	67 024	8,50
02.17	Микробиологично изследване на храчка – препарат по Грам, изолиране на Streptococcus pneumonia, Streptococcus beta-haemolyticus gr. A, Staphylococcus (S. aureus), Branhamella, Haemophilus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans и др.) и др.; препарат по Цил-Нилсен за Mycobacterium	8 359	8,50
02.19	Антибиограма с 6 антибиотични диска по EUCAST	76 713	5,50
02.20	Диагностично изследване за Chlamydia trachomatis	1 611	3,46
04	Медицинска паразитология	110 192	
04.01	Микроскопско изследване за паразити, вкл. Trichomonas vaginalis	105 873	4,50

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
04.02	Серологично изследване за трихинелоза	86	10,00
04.03	Серологично изследване за токсоплазмоза	3 010	11,00
04.04	Серологично изследване за ехинококоза	1 223	10,00
05	Вирусология	54 823	
05.01	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела	20 837	7,71
05.02	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни (IgM и IgG)	153	12,00
05.03	Серологично изследване на IgM антитела за морбили при бременни	14	8,16
05.04	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен А вирус	335	8,50
05.05	Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус	29 570	8,50
05.06	Серологично изследване на антитела срещу хепатитен С вирус	3 501	9,50
05.07	Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела и HBeAg на хепатитен В вирус	413	15,00
06	Образна диагностика	1 077 107	
06.01	Рентгенография на зъби с определен центраж (секторна рентгенография)	18 246	1,49
06.02	Рентгенография на челюстите в специални проекции	322	7,56
06.03	Рентгенография на лицеви кости	1 511	7,56
06.04	Рентгенография на околоносни синуси	30 053	7,56
06.05	Специални центражи на черепа	1 350	7,56
06.06	Рентгенография на стернум	488	7,56
06.07	Рентгенография на ребра	8 083	7,56
06.08	Рентгеноскопия на бял дроб	1 065	7,56
06.09	Рентгенография на крайници	2 335	7,56
06.10	Рентгенография на длан и пръсти	24 361	7,56
06.11	Рентгенография на стерноклавикуларна става	306	7,56
06.12	Рентгенография на сакроилиачна става	1 434	7,56
06.13	Рентгенография на тазобедрена става	28 502	7,56
06.14	Рентгенография на бедрена кост	3 190	7,56
06.15	Рентгенография на колянна става	79 200	7,56
06.16	Рентгенография на подбедрица	9 404	7,56

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
06.17	Рентгенография на глезенна става	25 925	7,56
06.18	Рентгенография на стъпало и пръсти	35 066	7,56
06.19	Рентгенография на клавикула	1 032	7,56
06.20	Рентгенография на акромиоклавикуларна става	374	7,56
06.21	Рентгенография на скапула	268	7,56
06.22	Рентгенография на раменна става	23 966	7,56
06.23	Рентгенография на хумерус	2 062	7,56
06.24	Рентгенография на лакетна става	8 195	7,56
06.25	Рентгенография на антебрахиум	5 078	7,56
06.26	Рентгенография на гривнена става	18 870	7,56
06.28	Рентгенография на череп	2 519	13,77
06.29	Рентгенография на гръбначни прешлени	132 569	13,77
06.30	Рентгенография на гръден кош и бял дроб	215 253	13,77
06.31	Обзорна рентгенография на сърце и медиастиnum	765	13,77
06.32	Обзорна рентгенография на корем	9 976	13,77
06.33	Рентгенография на таз	29 118	13,77
06.34	Ехографска диагностика на коремни и ретроперитонеални органи	91 805	13,77
06.35	Томография на гръден кош и бял дроб	32	21,60
06.37	Рентгеново изследване на хранопровод, стомах	7 466	21,60
06.38	Рентгеново изследване на тънки черва	369	21,60
06.39	Иригография	1 834	21,60
10.01	Компютърна аксиална или спирална томография	34 064	76,94
10.02	Ядрено-магнитен резонанс	20 157	225,41
10.03	Мамография на двете млечни жлези	143 089	18,35
10.04	Ехография на млечна жлеза	9 853	13,77
10.58	Хистеросалпингография	29	21,60
10.59	Интравенозна холангиография	1	21,60
10.60	Венозна урография	481	21,60
10.62	Обзорна (панорамна) рентгенография на зъби (Ортопантомография)	47 041	13,77
07	Обща и клинична патология	182 666	

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
07.01	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от храчка	30	8,90
07.02	Цитологично изследване на две проби от седимент от урина	6	8,90
07.03	Цитологично изследване на две проби от секрет от млечна жлеза	129	8,90
07.04	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пикочен мехур	3	8,90
07.05	Цитологично изследване на две проби от секрет от външна фистула	4	8,90
07.06	Цитологично изследване на две проби от секрет от рана (включително оперативна)	2	8,90
07.07	Цитологично изследване на две проби от синовиална течност	35	8,90
07.08	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от уретери	31	8,90
07.09	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от женски полови органи	178 908	8,90
07.10	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от устна кухина	21	8,90
07.11	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от очни лезии	3	8,90
07.12	Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии	97	8,90
07.13	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пиелон	1	8,90
10.38	Хистобиопсично изследване на две проби от лимфен възел	59	16,96
10.39	Хистобиопсично изследване на две проби от млечна жлеза	285	16,96
10.40	Хистобиопсично изследване на две проби от простата	33	16,96
10.41	Хистобиопсично изследване на две проби от щитовидна жлеза	46	16,96
10.42	Хистобиопсично изследване на две проби от слюнчена жлеза	1	16,96
10.43	Хистобиопсично изследване на две проби от коремен орган	198	16,96
10.44	Хистобиопсично изследване на две проби от бял дроб, ларингс и трахея	3	16,96
10.45	Хистобиопсично изследване на две проби от медиастиnum	1	16,96
10.46	Хистобиопсично изследване на две проби от туморни	19	16,96

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
	формации в коремната кухина		
10.47	Хистобиопсично изследване на две проби от полов орган	846	16,96
10.48	Хистобиопсично изследване на две проби от устна кухина, фаринкс и хранопровод	33	16,96
10.49	Хистобиопсично изследване на две проби от кожа и кожни лезии	1 559	16,96
10.50	Хистобиопсично изследване на две проби от мускул	8	16,96
10.51	Хистобиопсично изследване на две проби от подкожен тумор	288	16,96
10.52	Хистобиопсично изследване на две проби от органи на пикочната система	2	16,96
10.53	Хистобиопсично изследване на две проби от око и очни лезии	5	16,96
10.54	Хистобиопсично изследване на две проби от става	1	16,96
10.55	Хистобиопсично изследване на две проби от външно ухо	5	16,96
10.56	Хистобиопсично изследване на две проби от нос	3	16,96
10.57	Хистобиопсично изследване на две проби от костен мозък	1	16,96
09	Клинична имунология	1 572	
01.38	Изследване на С реактивен протеин	1	3,74
02.10	Изследване на ревматоиден фактор	6	3,67
09.01	Определяне на криоглобулини	9	6,27
09.02	Определяне на общи имуноглобулини IgM	173	9,79
09.03	Определяне на общи имуноглобулини IgG	192	9,79
09.04	Определяне на общи имуноглобулини IgA	151	9,79
09.05	Определяне на С3 компонент на комплемента	117	9,79
09.06	Определяне на С4 компонент на комплемента	108	9,79
10.05	Флуоцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел	20	123,20
10.06	Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразол тест	1	32,82
10.07	Флуоцитометрично определяне на фагоцитозата	1	47,94
10.08	fT4	203	10,34
10.09	TSH	263	10,34
10.27	Определяне на Anti-TPO	1	10,34
10.29	Определяне на общи IgE	94	41,89

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цени (лв.)
1	2	3	4
10.30	Определяне на антинуклеарни антитела в серум	232	41,89
12	Имунохематология	27 641	
10.35	Определяне на имуноглобулиновата характеристика на еритроантителата (диференциран директен тест на Coombs) с моноспецифични антиимуноглобулинови тест-реагенти с анти-IgG и анти-комплементарен (C') тест-реагент	23	11,76
10.36	Определяне на специфичността и титъра на еритроантителата чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	108	23,41
10.37	Определяне на титъра на имунните анти-А и анти-В антитела от клас IgG след обработка на серума с 2-меркаптоетанол чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	337	16,35
12.01	Определяне на кръвни групи от системата АВ0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-А, анти-В, анти-АВ, анти-D и тест-еритроцити А1, А2, В и 0)	18 546	7,06
12.02	Определяне на подгрупите на А антигена (А1 и А2) с тест-реагенти с анти-А и анти-Н	2 419	4,14
12.03	Определяне на слаб D антиген (Du) по индиректен тест на Coombs	326	31,58
12.04	Изследване за автоеритроантитела при фиксирани антитела върху еритроцитите – чрез директен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум, при свободни антитела в серума – чрез аглутинационен или ензимен метод	368	21,06
12.05	Изследване за алоеритроантитела чрез аглутинационен или ензимен метод или индиректен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум	5 456	31,58
12.06	Определяне на Rh фенотип (CcDEe) и Kell антиген с моноспецифични тест-реагенти	58	29,23

Чл. 177. (1) В съответствие с чл. 55а ЗЗО НЗОК и БЛС планират и договарят закупуването за ЗОЛ на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО в рамките на договорените обеми по чл. 174 – 176, както и в съответствие с параметрите на разходите по бюджета на НЗОК, определени в ЗБНЗОК за 2018 г.

(2) В изпълнение на чл. 3, ал. 4 ЗБНЗОК за 2018 г. представителите по чл. 54, ал. 1 ЗЗО извършват текущо наблюдение и анализ за изпълнението на договорените обеми, както и за изпълнение на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания към 30.06.2018 г., 30.09.2018 г., 31.12.2018 г. и към 31.03.2019 г. След 30.06.2018 г. БЛС получава на тримесечие

информация за касовото изпълнение на здравноосигурителните плащания по бюджета на НЗОК.

(3) В случай че при анализа по ал. 2 се установи очаквано превишение на договорените обеми и/или очакван преразход на средства за здравноосигурителни плащания за ПИМП, СИМП и/или МДД към 31 декември 2018 г., надхвърлящ с повече от 3 на сто предвидените средства, в срок до 20-о число на месеца, следващ анализа, НЗОК и БЛС договарят коригирани обеми в рамките на оставащите средства по бюджетните параграфи за съответното здравноосигурително плащане.

(4) Когато в срока по ал. 3 не се постигне договореност, НЗОК едностранно намалява обемите.

(5) В случай че при анализа по ал. 2 се установи очаквано неизпълнение на договорените обеми и/или очаквано неусвояване на средства за здравноосигурителни плащания за ПИМП, СИМП и/или МДД към 31 декември 2018 г. с повече от 3 на сто от предвидените средства, в едномесечен срок от анализа страните договарят промени в договорените обеми в рамките на бюджетните средства на НЗОК за съответните здравноосигурителни плащания, което създава основание за промяна в сключените договори с изпълнителите на ИМП.

(6) Текущо през периода на действие на този НРД в зависимост от оказаната на ЗОЛ медицинска помощ, когато по някоя дейност се достигне договореният обем, преди да е извършена актуализацията по ал. 3, 4 и 5, тези дейности се заплащат в рамките на наличните средства за съответния вид здравноосигурителни плащания по бюджета на НЗОК.

(7) Надзорният съвет на НЗОК може да одобрява компенсирани промени между елементите на разходите по отделните видове дейност в случай на отклонение от параметрите по чл. 174 – 176 в рамките на средствата по бюджета на НЗОК за съответните периоди.

(8) Националната здравноосигурителна каса осъществява контрол по реда на глава двадесета на изпълнителите на извънболничната медицинска помощ за дейностите, за които при анализа по ал. 2 се наблюдава превишение на обемите по чл. 174, 175 и 176, водещо до преразход на средства за здравноосигурителни плащания.

Раздел VI

Методики за остойностяване на видовете извънболнична медицинска помощ

Чл. 178. Методиката на образуване на стойностите, за които НЗОК през 2018 г. има финансов капацитет да закупи дейностите по пакета медицинска помощ по чл. 45, ал. 2 ЗЗО, се състои от следните последователни етапи:

1. Дефиниране на обхвата на медицинската помощ по пакета по чл. 45, ал. 2 ЗЗО, заплащан от съответния вид здравноосигурителни плащания по ЗБНЗОК за 2018 г., съгласно разделите на този НРД, регламентиращи условия и ред за оказване на помощта.

2. Определяне на отделните дейности в обхвата на всеки вид здравноосигурителни плащания по т. 1.1, в разделите за обеми, цени и методика за закупуване на медицинската помощ на този НРД.

3. Определяне на прогнозните обеми по всяка отделна дейност по т. 2 за заплащане през 2018 г. съобразно:

3.1. информацията за отчетения и заплатен годишен брой дейности от съответния вид през 2015 г. – 2017 г.;

3.2. отчетените тенденции в годишния ръст на обемите;

3.3. промени в пакетите през предходните периоди, съотносими към съответната дейност по пакета медицинска помощ по чл. 45, ал. 2 ЗЗО за 2018 г.;

3.4. налична информация за промени във външни фактори, които оказват влияние на обема на извършване на съответния вид дейност:

- а) демографски фактори и тенденции;
- б) промени в нормативната уредба;
- в) промени в заболяемостта;
- г) промени в медицинската практика и технология;
- д) други значими фактори;

3.5. експертно становище от националните консултанти и бордовете по специалности за очакваните/необходимите годишни обеми за нови (незаплащани през предходните години) дейности по пакета за 2018 г.

4. Определяне на прогнозните стойности на необходимите средства за закупуване на прогнозните обеми по т. 3 по действащите през 2017 г. цени и експертно становище от националните консултанти и бордовете по специалности за цените за нови (незаплащани през предходните години) дейности по пакета за 2018 г.

5. Формиране на стойности, за които НЗОК има финансов капацитет да закупи обемите дейности по т. 3, подлежащи на заплащане през 2018 г. по този НРД, с цел балансиране на прогнозните стойности по т. 4 с размера на финансовата рамка за съответните здравно-осигурителни плащания по ЗБНЗОК за 2018 г. чрез прилагане на:

а) еднакви коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през 2017 г. цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (включително и предложените от националните консултанти цени на новите дейности);

б) различни коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през 2017 г. цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (включително и предложените от националните консултанти цени на новите дейности), съобразени с налични данни за оценяване на съответната дейност.

Раздел VII

Методики за закупуване на дейностите в извънболничната медицинска помощ

Методика за закупуване на медицинските дейности в първичната извънболнична помощ

Чл. 179. (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, заплаща договорената и извършената дейност на изпълнителите на ПИМП съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО по следните елементи:

1. медицинско обслужване на ЗОЛ, включени в регистъра на изпълнител на ПИМП, по пакета за ПИМП съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО;

2. профилактична дейност по програма „Детско здравеопазване“, включително извършена задължителна имунизация и реимунизация на лица от 0 до 18 години съгласно Имунизационния календар на Република България – приложение № 1 към чл. 2, ал. 2 от Наредба № 15 от 2005 г. и приложение № 12;

3. профилактична дейност по програма „Майчино здравеопазване“ на ЗОЛ, избрали ОПЛ за изпълнител по тази програма по приложение № 12;

4. диспансерни прегледи на ЗОЛ съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и списъка на заболяванията за деца и възрастни, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ, за които НЗОК заплаща съгласно приложение № 8;

5. профилактични прегледи на ЗОЛ над 18-годишна възраст съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 12;

6. извършена задължителна имунизация и реимунизация съгласно Имунизационния календар на лица над 18 години;

7. работа на практики в населени места с неблагоприятни условия съгласно методика, приета от НС на НЗОК, съгласувана с УС на БЛС;

8. преглед на ЗОЛ, осъществило правото си на избор на изпълнител на ПИМП, регистрирал амбулатория на територията на друг здравен район, обърнало се към изпълнител на ПИМП инцидентно по повод на остро възникнало състояние;

9. осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения им работен график на ЗОЛ съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на ОПЛ за всяко поставяне на препоръчителна ваксина срещу РМШ по Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България и срещу ротавирусните гастроентерити по Националната програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017 г. – 2021 г. по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ съгласно ЗБНЗОК за 2018 г.

(3) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в Постановление № 193 на Министерския съвет от 2012 г. за определяне размера на сумите, заплащани от здравноосигурените лица за посещение при лекар, лекар по дентална медицина и за болнично лечение, и реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване, наричано по-нататък „ПМС № 193 от 2012 г.“, от държавния бюджет чрез Министерството на здравеопазването НЗОК заплаща на ОПЛ разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

(4) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща, при условие че:

1. са спазени всички относими нормативни изисквания за извършване на медицинските дейности;

2. ЗОЛ, на които е оказана медицинската помощ, са с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на медицинската дейност – за задължително осигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО;

3. осигуреното в друга държава лице, спрямо което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от допълнителните разпоредби на ЗЗО/двустранна спогодба за социално осигуряване и което има право на медицинска помощ, предоставяна от НЗОК към датата на оказване на медицинската помощ, е представило удостоверителен документ за право на обезщетения в натура.

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на ПИМП дейностите по ал. 1 и 2 по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

Чл. 180. (1) Заплащането по чл. 179, ал. 1, т. 1 се определя в зависимост от възрастта и броя на:

1. ЗОЛ с постоянен избор – при изпълнителя на ПИМП;

2. ЗОЛ, осъществили временен избор – при изпълнителя на ПИМП.

(2) Броят на ЗОЛ по ал. 1, т. 1 се намалява с броя на лицата по ал. 1, т. 2, които са направили временен избор при друг изпълнител на ПИМП, за периода на временния избор.

(3) Броят на ЗОЛ по ал. 1 се определя към последно число на месеца или към датата на прекратяване на договора.

(4) Когато договорът е сключен или прекратен през текущия месец, заплащането се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.

(5) Дейността по чл. 179, ал. 1, т. 1 се отчита със:

1. първите екземпляри на регистрационните форми на хартиен носител/електронните форми за избор за новорегистрирани ЗОЛ;

2. електронен отчет, в определен от НЗОК формат, за включените в регистъра на изпълнител на ПИМП ЗОЛ;

3. електронен отчет, в определен от НЗОК формат, за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове.

Чл. 181. (1) Заплащането по чл. 179, ал. 1, т. 2 се дължи:

1. за извършен профилактичен преглед при лица на възраст от 0 до 18 години съгласно изискванията на Наредба № 8 от 2016 г.;

2. за извършена задължителна планова имунизация или реимунизация (в т. ч. проба Манту) съгласно Имунизационния календар на лице на възраст от 0 до 18 години, като общият брой на заплатените имунизации на едно лице не може да надвишава максималния брой.

(2) Дейността по чл. 179, ал. 1, т. 2 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторните листове.

Чл. 182. (1) Заплащането по чл. 179, ал. 1, т. 3 се дължи за извършен преглед на лице, включено в програмата „Майчино здравеопазване“ при изпълнителя на ПИМП.

(2) Включването на ЗОЛ, осъществили правото си на избор на ОПЛ за изпълнител на програмата „Майчино здравеопазване“, се извършва след доказване на бременността.

(3) Дейността по чл. 179, ал. 1, т. 3 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове.

(4) Общият брой на заплатените профилактични прегледи за една бременност не може да надвишава максималния брой в съответствие с изискванията на приложение № 6 към Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 12.

Чл. 183. (1) За медицинската помощ по чл. 179, ал. 1, т. 4 се заплаща за извършен преглед на:

1. ЗОЛ с едно заболяване, подлежащо на диспансерно наблюдение от ОПЛ;

2. ЗОЛ с две заболявания, подлежащи на диспансерно наблюдение от ОПЛ;

3. ЗОЛ с повече от две заболявания, подлежащи на диспансерно наблюдение от ОПЛ.

(2) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други – при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, обем и честота) за всички заболявания изцяло от ОПЛ съгласно приложение № 8 и приложение № 13, като в тези случаи ЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение за всички заболявания изцяло от ОПЛ.

(3) Изключение за случаите по ал. 2 се допуска за пациентите с инсулинозависим захарен диабет, неинсулинозависим захарен диабет на инсулинолечение и пациенти, претърпели сърдечни интервенции и/или операции до края на първата година след интервенцията/операцията, при които диспансерното наблюдение се осъществява от лекар – специалист от СИМП.

(4) В случаите по ал. 2 е препоръчително извършването на два консултативни прегледа от съответния лекар – специалист от СИМП, за съответната календарна година по преценка на ОПЛ, но не по-малко от един, като ОПЛ насочва пациента за консултативен преглед. В тези случаи на ОПЛ се заплаща по реда на ал. 1.

(5) Дейността по чл. 179, ал. 1, т. 4 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове.

(6) Заплащането по чл. 179, ал. 1, т. 4 се осъществява в случаите, в които са извършени дейностите от основния пакет и са назначени всички медицински дейности съгласно изискванията на приложения № 12 и 13 на Наредба № 8 от 2016 г., наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО и приложение № 8 или приложения № 8 и № 13.

(7) Националната здравноосигурителна каса заплаща за не повече от предвидения максимален брой прегледи за заболяването с най-висока честота на наблюдение.

(8) При първоначална диспансеризация за дадено заболяване общият брой прегледи за пациента за съответната календарна година се заплаща пропорционално на оставащите месеци до края на годината.

Чл. 184. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща по чл. 179, ал. 1, т. 5 и 6:

1. един годишен профилактичен преглед на ЗОЛ над 18 години съгласно приложения № 2, 3 и 4 към Наредба № 8 и приложение № 12;

2. един вторичен профилактичен преглед съгласно приложение № 5 на Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 12 – за ЗОЛ, включено в групите от лица с рискови фактори за развитие на заболяване, с изключение на рисков фактор наднормено тегло или затлъстяване и рисков фактор тютюнопушене;

3. за извършена задължителна имунизация и реимунизация съгласно Имунизационния календар.

(2) Общият брой на заплатените имунизации на едно лице не може да надвишава максималния брой съгласно ал. 1, т. 3.

(3) Дейността по чл. 179, ал. 1, т. 5 и 6 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове, и електронен отчет на „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“. Отчитането на „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“ се допуска и в месеца, следващ месеца на отчитане на профилактичния преглед по ал. 1, т. 1 на съответното ЗОЛ.

(4) „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“ се отчита задължително, включително и когато ЗОЛ не предостави резултати от извършените изследвания. Случаите, при които резултатите от извършените изследвания не са предоставени от ЗОЛ, респ. не са отразени от ОПЛ в картата, не са основание за отказ от заплащане на профилактичния преглед по ал. 1, т. 1.

(5) Вторичният профилактичен преглед по ал. 1, т. 2 се заплаща само за ЗОЛ, при които резултатите от извършените прегледи и изследвания са отразени в отчетената „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“.

(6) В случай че ЗОЛ е включено в повече от една група с рискови фактори за развитие на заболяване, на ОПЛ се заплаща един вторичен профилактичен преглед по ал. 1, т. 2 за всички рискови фактори за развитие на заболяване.

Чл. 185. (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 179, ал. 1, т. 7, когато населеното място, в което е регистриран адрес на лечебното заведение, отговаря на критериите, обуславящи го като неблагоприятно.

(2) Месечните суми, заплащани от НЗОК за работа на практики в населени места с неблагоприятни условия, се определят от управителя на НЗОК съгласно методика.

(3) При наличие на повече от един изпълнител на ПИМП с месторазположение на практиката в населеното място по ал. 2 сумата се разпределя пропорционално на броя регистрирани при ОПЛ от лечебното заведение – изпълнител на ПИМП, ЗОЛ от това населено място.

(4) Сумите по ал. 2 и 3 се определят към момента на сключване на индивидуалния договор и се вписват в него. При промяна на регистрираните при ОПЛ лица по реда на чл. 7 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ сумите по ал. 2 и 3 се преизчисляват съгласно броя регистрирани при ОПЛ ЗОЛ към 1 юли, съответно към първи януари на следващата година, и се вписват в договора.

(5) Когато договорът е сключен или е прекратен през текущия месец, сумата се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.

(6) Изпълнител на ПИМП получава еднократно плащане за работа в неблагоприятни условия при наличие на следните две условия:

1. разкрита амбулатория в обособена в областната здравна карта практика, която е била незаета в продължение на последните 6 месеца;

2. декларирано осигуряване на достъп на ЗОЛ на медицинска помощ извън обявения работен график по начина, посочен в т. IX, т. 1.4 от приложение № 1 към чл. 1 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

Чл. 186. (1) Заплащането по чл. 179, ал. 1, т. 8 е за извършен преглед на ЗОЛ с регистрация в друг здравен район – при лекаря, при следните условия:

1. ЗОЛ временно е извън здравния район, където е осъществило избор на ОПЛ, и при посещението си представи здравноосигурителна книжка или ако е осигурено в друга държава лице, потърсило помощ по повод на остро възникнало състояние и при посещението си:

а) представи Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК), удостоверение, временно заместващо ЕЗОК, и/или удостоверение за регистрация към НЗОК;

б) попълни „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК“;

2. изпълнителят отчита не повече от две посещения на едно и също ЗОЛ за месеца.

(2) Дейността по чл. 179, ал. 1, т. 8 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове, а за осигурени в друга държава лица и с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания и „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК“.

Чл. 187. (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 179, ал. 1, т. 9, в случай че осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ по един от начините, посочени в наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

(2) Заплащането за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения му работен график на ЗОЛ от изпълнителя на ПИМП се осъществява след представяне на декларация по образец съгласно приложение № 9.

(3) Заплащането по чл. 179, ал. 1, т. 9 се извършва, когато изпълнителят на ПИМП осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ по един от следните начини:

1. чрез дежурен кабинет на груповата практика за ПИМП, в която е съчредител;

2. чрез дежурен кабинет, организиран на функционален принцип на базата на сключен договор по чл. 95, ал. 1, т. 1 ЗЛЗ с други лечебни заведения за ПИМП и утвърден от лечебните заведения график за осигуряване на дейността на кабинета;

3. по договор с най-близко разположеното:

3.1. лечебно заведение за болнична помощ, което е разкрило дежурен кабинет;

3.2. лечебно заведение по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква „б“ и/или по т. 2, букви „б“, „в“ или „г“ от ЗЛЗ, което е разкрило дежурен кабинет;

3.3. лечебно заведение по чл. 10, т. 1 ЗЛЗ с разкрити филиали за спешна медицинска помощ;

4. индивидуално чрез 24-часово осигуряване на консултации по телефона, осъществяване на необходимите дейности в амбулаторията или в дома на пациента по преценка на ОПЛ;

5. лечебните заведения, с които ОПЛ може да сключи договор по т. 3.1 и 3.2, както и съответният обслужващ филиал по т. 3.3 трябва да се намират на отстояние не повече от 35 км

от месторазположението на практиката на ОПЛ (относимо за всеки един от адресите на практиката едновременно).

(4) Дежурните кабинети извършват само диагностично-лечебните дейности по приложение № 1 към чл. 1, т. VI от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО с изключение на маркираните със знака „*“.

(5) С договорите по ал. 3, т. 3 могат да бъдат възлагани само дейности, които могат да бъдат извършвани от дежурни кабинети.

(6) Лечебните заведения за ПИМП следва да представят в РЗОК договори за обслужване на ЗОЛ по ал. 3 за осигуряване постоянно присъствие на лекар.

(7) Заплащането по чл. 179, ал. 1, т. 9 се определя в зависимост от броя на:

1. ЗОЛ с постоянен избор – при изпълнителя на ПИМП;
2. ЗОЛ, осъществили временен избор – при изпълнителя на ПИМП.

Чл. 188. Дейността по чл. 179, ал. 2 и 3 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове.

Чл. 189. (1) По предложение на директорите на РЗОК съгласувано с РЛК на БЛС управителят на НЗОК утвърждава списък на населените места с неблагоприятни условия за работа на изпълнителите на ПИМП и сумите за заплащане за работа в тях.

(2) Включването на населено място в списъка по ал. 1 и определянето на съответните суми за работа при неблагоприятни условия се извършват по реда и критериите, установени в методиката по чл. 179, ал. 1, т. 7.

Методика за закупуване на медицинските дейности в специализираната извънболнична помощ

Чл. 190. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнители на СИМП съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО и НРД, както следва:

1. преглед на ЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности извън случаите по т. 2 – 10, включително по следните специалности: „Акушерство и гинекология“, „Вътрешни болести“, „Гастроентерология“, „Детска гастроентерология“, „Гръдна хирургия“, „Педиатрия“, „Ендокринология и болести на обмяната“, „Детска ендокринология и болести на обмяната“, „Инфекциозни болести“, „Кардиология“, „Детска кардиология“, „Клинична алергология“, „Педиатрия“ и „Клинична алергология“, „Клинична токсикология“, „Клинична хематология“, „Детска клинична хематология и онкология“, „Кожни и венерически болести“, „Неврохирургия“, „Нервни болести“, „Детска неврология“, „Нефрология“, „Детска нефрология и хемодиализа“, „Ортопедия и травматология“, „Очни болести“, „Пневмология и фтизиатрия“, „Детска пневмология и фтизиатрия“, „Психиатрия“, „Детска психиатрия“, „Ревматология“, „Детска ревматология“, „Съдова хирургия, ангиология“, „Ушно-носно-гърлени болести“, „Урология“, „Хирургия“, „Детска хирургия“, „Медицинска паразитология“ и „Медицинска онкология“;

2. преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по: „Педиатрия“, „Детска гастроентерология“, „Детска ендокринология и болести на обмяната“, „Детска кардиология“, „Педиатрия“ и „Клинична алергология“, „Детска клинична хематология и онкология“, „Детска неврология“, „Детска нефрология и хемодиализа“, „Детска пневмология и фтизиатрия“, „Детска психиатрия“, „Детска ревматология“ и „Детска хирургия“, по повод на остро възникнало състояние и по назначение на ОПЛ;

3. профилактичен преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по „Педиатрия“, съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 14;

4. профилактичен преглед на ЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по „Акушерство и гинекология“ (по програма „Майчино здравеопазване“), извършващ профилактични прегледи на бременни, съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 14;

5. профилактичен преглед на ЗОЛ над 18-годишна възраст от групи с риск от развитие на заболяване, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по: „Акушерство и гинекология“, „Урология“, „Кардиология“, „Ендокринология и болести на обмяната“, „Гастроентерология“, „Вътрешни болести“ или „Хирургия“, съгласно приложение № 14;

6. специализиран преглед на ЗОЛ съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 13, извършен от специалиста, водещ диспансерното наблюдение;

7. общомедицински и специализирани медицински дейности съгласно пакета по „Физикална и рехабилитационна медицина“;

8. високоспециализирани медицински дейности по съответните специалности от основния пакет СИМП;

9. специализирани и/или високоспециализирани медико-диагностични изследвания по пакети: „Вирусология“, „Клинична имунология“, „Клинична лаборатория“, „Клинична микробиология“, „Медицинска паразитология“, „Имунохематология“, „Обща и клинична патология“ и „Образна диагностика“;

10. общомедицински и специализирани дейности по медицинска експертиза.

(2) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща при наличие на следните условия:

1. спазени са всички нормативни изисквания за извършване на дейностите от съответните пакети от основния пакет СИМП;

2. ЗОЛ, на които е оказана медицинската помощ, са с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на медицинската услуга – за задължително осигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО, с изключение на здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ;

3. осигуреното в друга държава лице, спрямо което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранна спогодба за социално осигуряване и което има право на медицинска помощ, предоставяна от НЗОК, към датата на извършване на медицинската помощ е представило удостоверителен документ за право на обезщетения в натура.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на СИМП дейностите по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

(4) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в Постановление № 193 на Министерския съвет от 2012 г., от държавния бюджет чрез МЗ НЗОК заплаща на изпълнителите на СИМП разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

Чл. 191. (1) За дейностите, оказани на здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ, НЗОК заплаща на изпълнителите на СИМП един профилактичен преглед съгласно чл. 19 от Наредба № 26 от 14 юни 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравнонеосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

(2) Дейността по ал. 1 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност по чл. 82, ал. 1, т. 2 33.

Чл. 192. (1) За видовете специализирана медицинска помощ по чл. 190, ал. 1, т. 1 се заплаща за:

1. реализиран първичен преглед при специалист по повод заболявания и състояния;
2. реализиран вторичен преглед по повод заболявания и състояния.

(2) Първичните посещения по ал. 1, т. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3) и с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица – с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, и „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК“.

(3) Вторичните посещения по ал. 1, т. 2 се отчитат с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(4) За видовете специализирана помощ се заплащат на изпълнителя на СИМП отчетените вторични посещения през месеца, но за тримесечието – не повече от 50 на сто от общия брой на отчетените през тримесечието първични посещения по ал. 1, т. 1. В този случай изравняването се прави с отчета и плащането за последния месец от тримесечието.

(5) За видовете специализирана помощ по пакети „Хирургия, детска хирургия“ и „Ортопедия и травматология“ на изпълнителя се заплащат отчетените вторични посещения до броя на отчетените през месеца първични посещения, при които на ЗОЛ са извършени хирургични и ортопедични процедури, определени със заповед на управителя на НЗОК.

Чл. 193. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 190, ал. 1, т. 2 се заплаща за:

1. реализиран първичен преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст при лекар с придобита специалност по: „Педиатрия“, „Детска гастроентерология“, „Детска ендокринология и болести на обмяната“, „Детска кардиология“, „Педиатрия“, „Клинична алергология“, „Детска клинична хематология и онкология“, „Детска неврология“, „Детска нефрология и хемодиализа“, „Детска пневмология и фтизиатрия“, „Детска психиатрия“, „Детска ревматология“ и „Детска хирургия“, по повод на остри състояния;

2. реализиран вторичен преглед по повод на същото състояние.

(2) Първичният преглед по ал. 1, т. 1 за месеца се отчита пред РЗОК с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3) и с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест и майчинство, и „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК“.

(3) Вторичният преглед по ал. 1, т. 2 се отчита с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(4) За видовете специализирана помощ по ал. 1 се заплащат отчетените вторични посещения за ЗОЛ до 18-годишна възраст по повод на остри състояния, но не повече от броя на отчетените през месеца първични посещения по ал. 1, т. 1.

Чл. 194. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 190, ал. 1, т. 3 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст от лекар с придобита специалност „Педиатрия“.

(2) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ без придобита специалност по „Педиатрия“, когато на лицето е оказана медицинска помощ по програма „Детско здравеопазване“ при първо посещение, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи по програма „Детско здравеопазване“ на ЗОЛ съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 14.

Чл. 195. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 190, ал. 1, т. 4 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ, включено в програма „Майчино здравеопазване“ и избрало специалист по „Акушерство и гинекология“ за наблюдение на бременността, както следва:

1. за реализиран първичен преглед на ЗОЛ, направило първоначален избор на специалист по „Акушерство и гинекология“;

2. за реализиран вторичен преглед по повод на същото състояние или за реализирано посещение при преизбор на специалист.

(2) Профилактичните прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ се заплащат като първични по ал. 1, т. 1 в следните случаи:

1. когато при прегледа от лекар специалист на основание издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за състояния, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 14, и бременните подлежат на профилактика – в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист;

2. когато при преизбор на специалист по „Акушерство и гинекология“ на основание издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за ново състояние на бременната или за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 14.

(3) Профилактичните прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ се заплащат като вторични по ал. 1, т. 2 в следните случаи:

1. при извършен вторичен преглед по повод същото състояние на бременната при същия специалист или преизбор на специалист на основание издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3);

2. когато при прегледи по диспансерно наблюдение или по програма „Майчино здравеопазване“, провеждани от един и същ лекар специалист по „Акушерство и гинекология“, се установи, че се касае за ново заболяване (състояние), включено в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 14 – в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист и не се изисква ново направление;

3. когато при извършен вторичен преглед при лекар специалист по „Акушерство и гинекология“ се установи, че се касае за състояние (заболяване), включено в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 15 – в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

(4) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове, и с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, когато на лицето е оказана медицинска помощ по програма „Майчино здравеопазване“ при първичен преглед или при преглед по повод на преизбор на

специалист по „Акушерство и гинекология“, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(5) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените по Наредба № 8 от 2016 г. профилактични прегледи на ЗОЛ по програма „Майчино здравеопазване“ и по приложение № 14.

Чл. 196. За профилактичен преглед на неосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ се заплаща по реда на чл. 195, ал. 1, т. 1 като за първичен преглед.

Чл. 197. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 190, ал. 1, т. 5 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ над 18-годишна възраст.

(2) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи на ЗОЛ, но за не повече от един годишен преглед при всеки един от посочените специалисти.

Чл. 198. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 190, ал. 1, т. 6 се заплаща за извършен преглед на ЗОЛ с едно или повече заболявания на диспансерно наблюдение от лекар специалист:

1. за реализиран първичен преглед на ЗОЛ, направили първоначален избор на лекар специалист, извършващ диспансерното наблюдение;

2. за реализиран вторичен преглед или посещение при преизбор на специалист.

(2) Прегледите за оказаната медицинска помощ по диспансерно наблюдение се заплащат като първични по ал. 1, т. 1 в следните случаи:

1. когато при първоначален преглед при лекар специалист на основание издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 13, ЗОЛ подлежат на диспансеризация – в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист;

2. когато при преизбор на лекар специалист на основание издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за ново заболяване, включено в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 13.

(3) Прегледите за оказаната медицинска помощ по диспансерно наблюдение се заплащат като вторични по ал. 1, т. 2 в следните случаи:

1. при реализиран вторичен преглед по повод на същото заболяване при същия специалист или при преизбор на специалист на базата на издадено направление от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3) по повод на същото заболяване;

2. когато при прегледи по диспансерно наблюдение, провеждани от един и същ лекар специалист, се установи, че се касае за ново заболяване от същия клас по МКБ 10, включено в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 13 – в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист и не се изисква ново направление;

3. когато едно диспансеризирано ЗОЛ до 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други – при лекар специалист, ЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение

(медицински дейности и изследвания по вид, обем и честота) за всички заболявания само от лекар специалист съгласно приложение № 13 или приложения № 8 и 13 – в тези случаи ЗОЛ вече е диспансеризирано при специалиста за съответното заболяване от същия клас;

4. когато едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 години е със заболявания в един клас, но с различни МКБ кодове, подлежащи на диспансеризация от лекар – специалист от СИМП, в случаите на изключенията по чл. 158, ал. 4.

(4) В случаите по чл. 158, ал. 5 е препоръчително извършването на два консултативни прегледа от съответния лекар – специалист от СИМП, за съответната календарна година по преценка на ОПЛ, но не по-малко от един, като ОПЛ насочва пациента за консултативен преглед. В тези случаи на лекаря специалист се заплаща по реда на ал. 1.

(5) За видовете специализирана помощ се заплаща по реда на ал. 1 в случаите, в които са спазени всички изисквания за извършване на специализирани медицински дейности съгласно изискванията на Наредба № 8 от 2016 г., наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО и приложение № 13 или приложения № 8 и 13, но за не повече от предвидения оптимален брой прегледи за заболяването с най-висока честота на наблюдение.

(6) Дейността по ал. 2 за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, при първичен преглед или при посещение по повод на преизбор на диспансеризиращ специалист, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК; „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, не се изисква, когато ЗОЛ се диспансеризира при посещение по друг повод.

(7) При първоначална диспансеризация за дадено заболяване през текущата година НЗОК заплаща отчетените диспансерни прегледи на пациента, но не повече от общия брой прегледи, определен пропорционално на оставащите месеци до края на годината.

Чл. 199. (1) Специализираната медицинска помощ по чл. 190, ал. 1, т. 7 се заплаща за реализиран физиотерапевтичен курс на лечение за определено заболяване, който включва комплексно лечение от:

1. първоначален преглед;
2. проведени процедури от физиотерапевтичния курс на лечение за следните групи:
 - 2.1. група 1 – процедури с физикални фактори от апаратната терапия;
 - 2.2. група 2 – процедури с кинезитерапевтични техники;
 - 2.3. група 3 – процедури с физикални фактори от апаратна терапия и кинезитерапевтични техники;
3. заключителен преглед, извършен не по-късно от 5-ия работен ден, следващ деня, в който е извършена последната процедура.

(2) При неотчитане на заключителния преглед се заплаща отчетената дейност по ал. 1, т. 1 и 2.

(3) Дейността по ал. 1 за месеца се отчита пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3), а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест и майчинство, и „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК“.

Чл. 200. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за ВСМД на изпълнителите на медицинска помощ по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

(2) Заплащането за ВСМД се извършва в случаите, в които е налице интерпретация на резултатите, отразени в амбулаторния лист.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща за ВСМД, ако дейността е назначена от лекар специалист с „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бланка МЗ-НЗОК № 3А), а за дейностите по пакет „Анестезиология и интензивно лечение“ и за дейностите, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ – съгласно приложение № 8 или приложения № 8 и 13 – и от изпълнител на ПИМП; за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания.

(4) С едно „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бланка МЗ-НЗОК № 3А) може да бъде отчетена само една ВСМД.

(5) Високоспециализираната медицинска дейност за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бланка МЗ-НЗОК № 3А).

(6) Високоспециализирани медицински дейности по пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“ се отчитат след приключване на физиотерапевтичните процедури със следните документи: „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бланка МЗ-НЗОК № 3А) и електронен отчет за извършен преглед и назначени процедури на ЗОЛ, отразени в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 201. (1) На изпълнители на СИМП се заплаща за извършена и отчетена дейност по чл. 190, ал. 1, т. 10 по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща за извършена и отчетена медицинска експертиза на работоспособността на всеки член на обща или специализирана ЛКК, но на не повече от трима членове.

(3) Експертизата по ал. 2 се отчита с отрязък от „Талон за медицинска експертиза“ (бланка МЗ-НЗОК № 6) за всеки член на ЛКК и с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, издаден от председателя на ЛКК, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

(4) Заплаща се за извършен и отчетен преглед за подготовка за ЛКК, за преглед по искане на ЛКК/РКМЕ или за преглед за подготовка за освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК.

(5) Преглед по медицинска експертиза на работоспособността по ал. 2 и 4 се отчита с общия талон и с отрязък от „Талон за медицинска експертиза“ (бланка МЗ-НЗОК № 6) и с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

Чл. 202. (1) Регулацията на броя на СМД и стойността на МДД в извънболничната помощ се осъществява в съответствие с чл. 3 от ЗБНЗОК за 2018 г.

(2) Контрол върху надвишения брой СМД и стойност на МДД от изпълнителите на ПИМП и СИМП се извършва при изчерпване на определения по съответните параграфи тримесечен бюджет за брой СМД и стойност на МДД на национално ниво.

(3) В резултат на осъществен контрол по ал. 2 възстановените от изпълнителите на извънболнична медицинска помощ неоснователно получени суми за превишени брой СМД и

стойност на МДД се използват от НЗОК/РЗОК за промени във възложените им брой СМД и стойност на МДД.

Методика за закупуване на медико-диагностичните дейности

Чл. 203. (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща за медико-диагностичната дейност, в съответствие с наредбата по чл. 54, ал. 2 от ЗЗО, назначена и извършена съобразно националните медицински стандарти, включително и в случаите, когато е предвидена интерпретация на резултатите. В заплащането не се включват стойността на контрастната материя и цената за биологичен материал.

(2) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща при наличие на следните условия:

1. спазени са всички нормативни изисквания за извършване на медико-диагностична дейност;

2. ЗОЛ, на които е извършена медико-диагностична дейност, са с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на дейността – за задължително осигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО, с изключение на здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ;

3. осигуреното в друга държава лице, спрямо което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранна спогодба за социално осигуряване и което има право на медицинска помощ, предоставяна от НЗОК, към датата на извършване на медико-диагностичната дейност е представило удостоверителен документ за право на обезщетения в натура.

(3) Отчетените високоспециализирани медико-диагностични дейности се заплащат само когато са назначени от изпълнител на СИМП, а от изпълнител на ПИМП в следните случаи:

– по искане на ТЕЛК или НЕЛК;

– за ВСМДИ: „Мамография на двете млечни жлези“ от пакет „Образна диагностика“, „Хормони: fT4, TSH“, „Туморен маркер: PSA“ и „Изследване на урина – микроалбуминурия“ от пакет „Клинична лаборатория“;

– за ВСМДИ, които фигурират и като МДИ в друг пакет по друга специалност.

(4) По искане на ТЕЛК (НЕЛК) НЗОК закупува само ВСМДИ, свързани с процеса на медицинската експертиза на работоспособността, в рамките на годишния бюджет.

(5) Дейността по ал. 1 и 3 се отчита с „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) и електронен отчет в определен от НЗОК формат за назначената и извършената медико-диагностична дейност.

(6) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в ПМС № 193 от 2012 г., от държавния бюджет чрез МЗ НЗОК заплаща на изпълнителите на медико-диагностична дейност разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

(7) Алинея 6 не се прилага в случаите, в които лицата са заплатили на лечебното заведение цена за биологичен материал.

Чл. 204. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за медико-диагностичната дейност, назначена на неосигурените жени, на които се оказва наблюдение на бременността по реда на чл. 45, ал. 1, т. 7 ЗЗО и чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ, в обхват, определен в чл. 19 от Наредба № 26 от 2007 г. на министъра на здравеопазването за предоставяне на акушерска помощ на здравнонеосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

(2) Дейността по ал. 1 се отчита с „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) и електронен отчет в определен от НЗОК формат за назначената и извършената медико-диагностична дейност по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ.

Чл. 205. Националната здравноосигурителна каса заплаща медико-диагностични дейности по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

Раздел VIII

Условия и срокове за заплащането на дейностите в извънболничната помощ

Чл. 206. (1) Лекарите, работещи в лечебни заведения – изпълнители на извънболнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК, отчитат месечно по електронен път в утвърдени от НЗОК формати оказаната през месеца извънболнична медицинска дейност, включена в предмета на договора, през интернет портала на НЗОК или чрез WEB услуга.

(2) Електронният отчет по ал. 1 съдържа информацията за извършената медицинска дейност по чл. 179 или чл. 190, отразена в амбулаторните листове в определен от НЗОК формат, и/или за извършената медико-диагностична дейност по чл. 203 в определен от НЗОК формат. При представяне на електронен отчет на лекаря в направлението за МДД (бл. МЗ-НЗОК № 4) на хартиен носител може да не се посочва УИН на лекаря, извършил изследването.

(3) Електронните отчети се подписват от лекарите, извършили дейността с УЕП по смисъла на чл. 13, ал. 2 ЗЕДЕП.

(4) За оказана извънболнична медицинска помощ на правоимащи лица, осигурени в друга държава, спрямо които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби за социално осигуряване, регистрационните данни на пациента трябва да съответстват на тези в удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания.

(5) Оказаната от ИМП дейност по ал. 2 се отчита най-късно до 17 ч. на третия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(6) При констатиране на грешки в електронния отчет, свързани с регистрационни данни и реквизити, изпълнителят на извънболнична медицинска помощ получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и електронният отчет не се обработва от НЗОК до получаване на отчет с коректни данни.

(7) Грешки по ал. 6 могат да са:

1. регистрационен номер на лечебно заведение, УИН на лекар, код на специалност, отразени в първичните медицински документи, номер на договора с НЗОК, регистрационните данни на ЗОЛ;

2. отчетена дейност извън предмета на договора с НЗОК;

3. несъответствия с установените реквизити и съответните им номенклатури, относими към заплащаната от НЗОК извънболнична медицинска дейност.

(8) В информационната система на НЗОК се обработва последният, подаден в сроковете по ал. 5, отчет с коректни данни.

(9) При необходимост от корекции на отчетените в електронните отчети данни при установяване на фактически грешки, свързани с неправилно въвеждане в софтуера на лекари и правилно отразени на хартиен носител, се подава нов електронен отчет с коригирани данни чрез системата в периода на отчитане. Корекции се допускат при:

1. фактически грешки при отчитане на СИМП:

а) сгрешен код по МКБ на заболяване при правилно попълване на диагноза;

б) неточно посочени номер и дата на амбулаторния лист;

в) сгрешен код на здравен район в електронен отчет при вярно изписан на хартиен носител;

2. фактически грешки при отчитане на медико-диагностичните дейности:

а) неточно посочени номер и дата на издаване на направление за медико-диагностична дейност в електронен отчет при вярно изписани такива на хартиен носител;

б) сгрешен код по МКБ на заболяване при вярно изписан код на хартиен носител;

в) сгрешен код на извършена дейност при вярно изписан код на хартиен носител;
г) грешен номер на амбулаторен лист в електронен отчет при вярно изписан номер на хартиен носител;

д) сгрешен код на здравен район в електронен отчет при вярно изписан на хартиен носител.

(10) След окончателната обработка за отчетен месец директорът на РЗОК или упълномощени от него служители изпраща/изпращат по електронен път през информационната система на НЗОК месечно известие, съдържащо отхвърлената и одобрената за заплащане дейност и съответните основания за отхвърляне. Известието се изпраща в срок до 17-о число на месеца.

(11) Месечното известие по ал. 10 се подписва от директора на РЗОК или от упълномощено от него длъжностно лице с УЕП съгласно чл. 13, ал. 2 ЗЕДЕП.

(12) Не се допуска подаване на нови електронни отчети за отчетния период от страна на ИМП след изпращане на месечното известие по ал. 10.

(13) При обективна невъзможност на ИМП да се отчете по горепосочения ред се допуска възможност за отчитане на място в РЗОК в определените срокове след мотивирано искане на ИМП.

(14) Възражения във връзка с ал. 10 се разглеждат и решават от РЗОК само след контрол. За одобрените за заплащане след контрол дейности директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице изпраща по електронен път през информационната система на НЗОК „Известие след контрол“, подписано с електронен подпис.

(15) За заплатените от НЗОК дейности по чл. 179, ал. 1, т. 5, за които изпълнителят на ПИМП не е изпълнил изискването по чл. 184, ал. 3 и 4, директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице изпраща по електронен път през информационната система на НЗОК „Известие след контрол“, подписано с електронен подпис.

Чл. 207. (1) Изпълнителите на ПИМП представят ежемесечно в РЗОК в срок до 17 ч. на 3-тия работен ден на месеца, следващ отчетния, списък в утвърден от НЗОК формат с новоизбралите ги ЗОЛ и първите екземпляри от регистрационните форми за избор на новозаписаните пациенти в пациентска листа на ОПЛ на хартиен носител, и в случаите, когато не отчитат дейност. Подадените по електронен път форми съгласно чл. 128, ал. 2 се съхраняват в информационната система на НЗОК.

(2) При предоставяне на регистрационни форми за избор на ОПЛ формите могат да се предоставят сканирани, подписани с електронен подпис от ОПЛ през портала на НЗОК. Размерът на файла на предоставените по този начин форми не може да надхвърля 15 МБ.

(3) В случаите по ал. 2 първите екземпляри на хартиен носител се предоставят в РЗОК в срок до 20-о число на месеца, следващ отчетния.

(4) Изпълнителите на СИМП предоставят в РЗОК първичните медицински документи: „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3), „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А), „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) и „Галон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6) най-късно до четвъртия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(5) Изпълнителите на ПИМП и СИМП предоставят в РЗОК копия (хартиени или електронни) от удостоверителните документи за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания и декларации при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК, най-късно до 20-о число на месеца, следващ отчетния, в случаите, когато отчитат такава дейност.

(6) Удостоверителните документи по ал. 5 на лицата, осъществили право на избор на изпълнител на ПИМП, се предоставят еднократно при отчитане на първоначалния или постоянния избор.

(7) Лечебното заведение, изпълнител на ПИМП или СИМП, представя едно копие на удостоверителния документ по ал. 5 за всички дейности, отчетени за лицето през отчетния период.

Чл. 208. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената медицинска дейност на изпълнителя на ИМП след представяне на финансово-отчетни документи (фактури или дебитни/кредитни известия към тях) в електронен вид, в утвърден от НЗОК формат през интернет портала на НЗОК или чрез WEB услуга и документите по чл. 207.

(2) Електронна фактура по ал. 1 се подава в срок до два работни дни след изпращане на месечното известие, но не по-късно от 19-о число на месеца, и включва само договорената и извършена медицинска дейност, одобрена за заплащане в това месечно известие.

(3) Дебитно известие към фактура по ал. 1 се подава в срок до два работни дни след изпращане на известие след контрол по чл. 206, ал. 14 и включва само одобрената за заплащане медицинска дейност в това известие.

(4) Кредитно известие към фактура по ал. 1 се подава в срок до два работни дни след изпращане на известие след контрол по чл. 206, ал. 15 и медицинските дейности, за които изпълнителят на ПИМП не е изпълнил изискването по чл. 184, ал. 3 и 4.

(5) Електронните финансово-отчетни документи се подписват с УЕП по смисъла на чл. 13, ал. 2 от ЗЕДЕП от управителя на ИМП или упълномощено лице.

(6) Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се заплаща от НЗОК след представяне на отделни документи по ал. 1 за оказана медицинска помощ на лица, с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава – членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, придружена с документите по чл. 207, ал. 5.

(7) Дейностите по поставяне на препоръчителни ваксини срещу РМШ по Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България 2017 г. – 2020 г. и срещу ротавирусните гастроентерити по Националната програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017 г. – 2021 г. по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ се заплащат от НЗОК след представяне на отделни документи по ал. 1, придружени със съответната отчетна документация.

(8) Дейностите, извършени на здравнонеосигурените жени, на които се оказва наблюдение на бременността по реда на чл. 45, ал. 1, т. 7 от ЗЗО и чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ, се заплащат от НЗОК след представяне на отделни документи по ал. 1 и отчетна документация.

(9) Отчитането на разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст, се извършва с отделни финансово-отчетни документи по ал. 1 и отчетен документ, в който се посочват номерата на издадените документи за заплатените суми по чл. 37, ал. 5 от ЗЗО.

Чл. 209. (1) При подаване на електронен финансов документ по чл. 208 информационната система на НЗОК извършва автоматична проверка.

(2) При констатиране на грешки в електронните финансово-отчетни документи, свързани с регистрационни данни и реквизити, ИМП получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и документите не се обработват от НЗОК до получаване на коректни електронни финансово-отчетни документи в сроковете по чл. 208, ал. 2, 3 и 4.

Чл. 210. (1) При успешно обработен електронен финансов документ от информационната система на НЗОК се извършва проверка и от РЗОК.

(2) При констатиране на грешки в електронен финансово-отчетен документ ИМП получава нотификация чрез профила на ИМП в информационната система на НЗОК и документът не се приема от НЗОК до получаване на коректен електронен финансово-отчетен документ в срок от един работен ден след получаване на нотификацията.

Чл. 211. (1) За приет финансово-отчетен документ се счита документът, подписан с електронен подпис от директора на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице.

(2) Изпълнителят на медицинска помощ получава нотификация чрез профила на ИМП в информационната система на НЗОК за приетия финансово-отчетен документ.

Чл. 212. (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилното попълване на документите съгласно настоящите условия и пълно и точно изпълнение на дейността.

(2) Плащанията на ИМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния.

(3) Плащанията се извършват в левове, по банков път, по обявена от ИМП банкова сметка.

Чл. 213. (1) При писмено заявен отказ от страна на ИМП да изпълни указанията в срока по чл. 210, ал. 2 РЗОК не заплаща отчетената дейност.

(2) При неспазване на посочените в чл. 208, 209 и 210 срокове за представяне на финансово-отчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващ период на отчитане.

(3) Ако исканите поправки по чл. 209 и 210 не се извършат до края на втория месец, следващ отчетния, на изпълнителя не се заплаща по този ред.

Чл. 214. Плащанията за отчетената дейност по чл. 208, ал. 7, 8 и 9 се извършват чрез РЗОК до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ.

Чл. 215. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на НРД.

Чл. 216. Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на ИМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

Раздел IX

Документация и документооборот за изпълнители на извънболнична помощ

Чл. 217. Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки ИМП, включва първични медицински и финансови документи съгласно приложение № 2 и глава десета.

Чл. 218. (1) Първичните медицински документи са:

1. „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1);
2. „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3);
3. „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А);
4. „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4);
5. „Рецептурна бланка – НЗОК“ (образци бл. МЗ-НЗОК);
6. „Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК или РЗОК“ в случаите, когато рецептурната бланка се предписва и от специалист по профила на заболяването, като копие от протокола се съхранява и при специалиста за срок 12 месеца от датата на издаването;
7. „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6);
8. „Рецептурна книжка на хронично болния“;
9. „Рецептурна книжка на военноинвалид/военнопострадал“;
10. „Рецептурна книжка на ветеран от войните“;
11. „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“;

12. „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7);

13. „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8);

14. „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А).

15. „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10);

16. „Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология“ (бл. МЗ-НЗОК № 12);

17. „Решение на специализирана комисия“ (бл. МЗ-НЗОК № 13).

(2) Документооборотът по ал. 1 е, както следва:

I. „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1) се издава:

А. От общопрактикуващия лекар:

1. Електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, подписан с електронен подпис на ОПЛ, извършил прегледа, се изпраща през портала на НЗОК. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, подписан от ОПЛ и ЗОЛ, се прилага към здравното (медицинско) досие на ЗОЛ, което съдържа всички медицински документи, и се съхранява в кабинета на лекаря. Един екземпляр от попълнения от лекаря от лечебното заведение – изпълнител на ПИМП, амбулаторен лист за извършения преглед се предоставя на пациента.

2. Националната здравноосигурителна каса определя електронния формат и информацията, съдържаща се в него, която изпълнителят на ПИМП ежесечно изпраща през портала на НЗОК при отчитане на дейността си съгласно тези изисквания.

Б. От лекаря от лечебното заведение за СИМП:

1. Електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, подписан с електронен подпис на лекаря специалист, извършил прегледа, се изпраща през портала на НЗОК. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, подписан от лекаря специалист и ЗОЛ, се води по ред, определен от лечебното заведение, и към него се прилагат всички медицински документи и се съхранява в кабинета на лекаря. Един екземпляр от попълнения от лекаря от лечебното заведение – изпълнител на СИМП, амбулаторен лист за извършения преглед се предоставя на пациента.

2. Националната здравноосигурителна каса определя електронния формат и информацията, съдържаща се в него, която изпълнителят на СИМП ежесечно изпраща през портала на НЗОК при отчитане на дейността си съгласно тези изисквания.

В. От председателя на ЛКК – за всяка извършена експертиза на едно ЗОЛ:

Електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, подписан с електронен подпис на председателя на ЛКК, се изпраща през портала на НЗОК. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител формира журнала на ЛКК, подреден по хронологичен ред, който се съхранява в кабинета на председателя на ЛКК; вторият екземпляр се изпраща по ЗОЛ до ОПЛ за прилагане към здравното досие. Един екземпляр от попълнения от лекаря от лечебното заведение – изпълнител на ПИМП/СИМП, амбулаторен лист за извършения преглед се предоставя на пациента.

II. „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) – съставя се в един екземпляр по преценка на изпълнителя на извънболнична медицинска помощ при необходимост от провеждане на специализирана медицинска

консултация или лечение. Лекарят специалист от лечебното заведение – изпълнител на СИМП, извършил консултацията или съвместното лечение, отчита документа в РЗОК в сроковете по чл. 207. Всяко отчетено „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) се отразява в електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

III. „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) – съставя се в един екземпляр от изпълнителя на СИМП, а при необходимост от провеждане на ВСМД, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложение № 8 или приложения № 8 и № 13, и ВСМД от пакет „Анестезиология и интензивно лечение“ и от изпълнител на ПИМП. Изпълнителят на СИМП, извършил ВСМД, отчита документа в РЗОК в сроковете по чл. 207. Всяко отчетено „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) се отразява в електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

IV. „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) – издава се за извършване на МДИ и ВСМДИ, както следва:

1. за МДИ – издава се в един екземпляр от изпълнител на ПИМП/СИМП; направлението се изпраща на медико-диагностичната лаборатория чрез пациента; медико-диагностичната лаборатория отчита в РЗОК „Направлението за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4), подписано от лекаря, извършил изследването, и ЗОЛ, отразено в електронен отчет, съдържащ назначената и извършена медико-диагностична дейност, във формат, определен от НЗОК, подписан с електронен подпис, и месечен отчет на лекаря специалист, резултатите се изпращат от медико-диагностичната лаборатория чрез пациента или по служебен път на лекаря, назначил изследванията;

2. за ВСМДИ – издава се в един екземпляр от:

2.1. изпълнител на СИМП;

2.2. изпълнител на ПИМП:

– по искане на ТЕЛК или НЕЛК;

– за ВСМДИ: „Мамография на двете млечни жлези“ от пакет „Образна диагностика“, „Хормони: fT4, TSH“, „Туморен маркер: PSA“ и „Изследване на урина – микроалбуминурия“ от пакет „Клинична лаборатория“;

– за ВСМДИ, които фигурират и като МДИ в друг пакет по друга специалност.

V. „Рецептурни бланки“ (образци бл. МЗ-НЗОК) – съставят се в два екземпляра от ИМП. Данните от рецептурните бланки се вписват в съответния амбулаторен лист съгласно приложение № 2.

VI. „Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК или РЗОК“ (образец МЗ-НЗОК № 1) се съставя в два екземпляра от лицата по чл. 53, ал. 1. Първият екземпляр се предоставя на ЗОЛ, вторият се съхранява от лекаря, който го е издал, за срок от 12 месеца.

VII. „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6) – документът се попълва в един екземпляр. Използва се в случаите, когато ОПЛ или специалист изпраща ЗОЛ към изпълнител на СИМП за прегледи и консултации, необходими за представяне пред ЛКК или ТЕЛК, към ЛКК за извършване на експертиза на работоспособността или при допълнително поискани прегледи от ЛКК. В тези случаи не се издава „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3), а всеки специалист, извършил прегледа, попълва данните си в отрязък от талона за медицинска експертиза, откъсва го и го изпраща в РЗОК, отразен в електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Общият талон от „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6):

1. при предварителни прегледи със специалисти за представяне пред ЛКК или ТЕЛК се прилага към месечния отчет на лекаря специалист, представян в РЗОК;

2. при изпращане към ЛКК остава при председателя на ЛКК, като се прилага към месечния отчет на ЛКК, представян в РЗОК;

3. при допълнително поискани прегледи от ЛКК се прилага към месечния отчет на лекаря специалист, представян в РЗОК.

VIII. Рецептурни книжки:

1. „Рецептурна книжка на хронично болния“ – издава се на ЗОЛ, определени като хронично болни със заболявания по списъка съгласно приложение № 5; закупената от ЗОЛ книжка се попълва от ОПЛ, при който е осъществен постоянен избор; заверява се в съответната РЗОК, с която ОПЛ има договор. В документа се вписват диагнозите съобразно списъка на заболявания, за които се издава „Рецептурна книжка на хронично болния“. Лекарствен продукт, медицинско изделие или диетична храна за специални медицински цели по диагноза, отбелязана в книжката, може да се изписва на ЗОЛ от ОПЛ или от специалист със специалност по профила на заболяването. Лекарствени продукти, изписани по тези диагнози, се получават в аптека, сключила договор с РЗОК, срещу представяне на рецептурна книжка, рецептурна бланка – НЗОК. „Рецептурната книжка на хронично болния“ се съхранява от ЗОЛ, на което е издадена.

2. „Рецептурна книжка на военноинвалиди и военнопострадали“ – редът за издаването ѝ е съгласно Наредба № 2 от 2016 г. за реда за получаване и заплащане на лекарствени продукти на военноинвалидите и военнопострадалите.

3. „Рецептурна книжка на ветераните от войните“ – редът за издаването ѝ е съгласно Наредба № 3 от 2012 г. за реда за предписване, отпускане и контрол на лекарствени продукти и дентална помощ на ветераните от войните.

IX. „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“ се изготвя от ОПЛ при профилактичен преглед на ЗОЛ над 18 години и се включва само в медицинския софтуер на лекаря.

X. „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) – съставя се в два екземпляра от лекар от лечебно заведение – изпълнител на ПИМП, СИМП, БП в условията на спешност и за КП по физикална и рехабилитационна медицина; КОЦ и ЦКВЗ; ЦСМП. Към него се прилага амбулаторният лист от извършения преглед на пациента, като по един екземпляр от тях се съхранява в изпращащото лечебно заведение. Към направлението се прилагат извършените в извънболничната помощ консултации и изследвания.

XI. „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8) се съставя в два екземпляра от лекар от лечебно заведение, изпълнител на СИМП или БП, или работещ в ЦСМП, КОЦ или диализен център.

XII. „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А) се съставя в два екземпляра от лекар от лечебно заведение – изпълнител на СИМП, БП, КОЦ и диализен център.

XIII. „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10) се съставя в един екземпляр:

1. от лекар – специалист по „Психиатрия“/„Детска психиатрия“ от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични заболявания в лечебно заведение за болнична помощ с клиника/отделение по психиатрия или ЦПЗ;

2. от ОПЛ, лекар – специалист от лечебно заведение за СИМП, или лекар – специалист по „Кожно-венерически заболявания“ от лечебно заведение за болнична помощ с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ, работещи в изпълнение на

договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания в лечебно заведение за болнична помощ с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ.

XIV. „Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология“ (бл. МЗ-НЗОК № 12) се съставя в три екземпляра от лекар от лечебно заведение – изпълнител на СИМП, КОЦ или БП.

XV. „Решение на специализирана комисия по специалност“ (бл. МЗ-НЗОК № 13) за насочване се попълва в два екземпляра от лекар от лечебно заведение – изпълнител на СИМП, ЦПЗ или БП.

Чл. 219. (1) Документите по чл. 218, ал. 1 се изготвят съгласно изискванията, реквизитите и стандарта, посочени в приложение № 2.

(2) Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ осигуряват за своя сметка формуляри на документите по чл. 218, ал. 1, с изключение на „Рецептурна книжка на хронично болния“, „Рецептурна книжка на военноинвалид/военнопострадал“ и „Рецептурна книжка на ветеран от войните“.

(3) Съществуващите документи в системата на здравеопазването към момента на сключване на този договор се прилагат, доколкото не противоречат на тук посочените документи.

Чл. 220. (1) Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ могат да използват разпечатани образци на следните документи:

1. „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1);
2. „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3);
3. „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А);
4. „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4);
5. „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6);
6. „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7);
7. „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8);
8. „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А);
9. „Рецептурни бланки“ – образци бл. МЗ-НЗОК.

(2) Информацията, която се съхранява в електронен вид, задължително се записва и на външни електронни носители.

Чл. 221. Електронните финансово-отчетни документи се изготвят в утвърден от НЗОК формат и се съхраняват съгласно изискванията на ЗЕДЕП.

Чл. 222. (1) Националната здравноосигурителна каса осигурява на изпълнителите на ПИМП чрез електронния портал на НЗОК достъп с електронен подпис на ОПЛ до информация за:

1. диспансеризирани при него пациенти с МКБ код на заболяванията и дата на диспансеризация; включени и изключени от регистър диспансеризирани ЗОЛ от пациентската листа на ОПЛ за отчетения месец;
2. регистъра на рецептурните книжки на записаните при него пациенти;
3. пациентска листа на ОПЛ.

(2) Националната здравноосигурителна каса осигурява на изпълнителите на СИМП чрез електронния портал на НЗОК достъп с електронен подпис на лекаря специалист до информация за диспансеризирани при него пациенти с МКБ код на заболяванията и дата на диспансеризация.

(3) При желание изпълнителите на извънболнична медицинска помощ представят списък с лицата, за които се заплащат разликите в сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за съответния отчетен месец, а НЗОК/РЗОК им връща обратна информация за тези лица.

Чл. 223. За представени неверни данни в отчетите по договора се прилагат разпоредбите на глава двадесета и глава двадесет и първа.

Глава осемнадесета

КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО (АМБУЛАТОРНО) НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПРИЛОЖЕНИЕ № 6 КЪМ ЧЛ. 1 НА НАРЕДБАТА ПО ЧЛ. 45, АЛ. 2 ОТ ЗЗО

Раздел I

Условия и ред за сключване на договори за изпълнение на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО

Чл. 224. (1) Страна по договор с НЗОК за изпълнение на КДН на лица с кожно-венерически заболявания по приложение № 6 към чл. 1 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО може да бъде лечебно заведение по чл. 16, т. 1, което отговаря на общите условия по чл. 20, ал. 1, т. 1, букви „а“, „б“ и „в“ и специалните условия в този раздел.

(2) Страна по договор с НЗОК за изпълнение на КДН на лица с психични заболявания по приложение № 6 към чл. 1 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО може да бъде лечебно заведение по чл. 16, т. 2, което отговаря на общите условия по чл. 20, ал. 1, т. 1, букви „а“, „б“ и „в“ и специалните условия в този раздел.

Чл. 225. (1) Лечебните заведения по чл. 224 следва да отговарят на следните специални условия:

1. съответствие на устройството на лечебното заведение с разрешението за осъществяване на лечебна дейност и съответното ниво на компетентност;

2. в лечебното заведение са разкрити необходимите структурни звена със съответните нива на компетентност, посочени в приложение № 15 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиници/отделения по кожно-венерически заболявания и центрове за кожно-венерически заболявания“ и съответно в приложение № 16 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиници/отделения по психични заболявания и центрове за психично здраве“, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства;

3. наличие в лечебното заведение на функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване, посочени в приложение № 15, съответно в приложение № 16, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства;

4. лечебното заведение е осигурило дейността на липсващите му структурни звена с необходимата медицинска апаратура и оборудване чрез договор с друго лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, в случаите, в които това се допуска в съответното КДН;

5. в лечебното заведение работят съответни лекари с придобити специалности, посочени в приложение № 15, съответно в приложение № 16, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства;

6. наличие на удостоверения и/или сертификати на специалиста за извършване на определени дейности за работа със съответна медицинска апаратура съгласно утвърдените медицински стандарти, които са в съответствие с наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, съгласно изискванията на съответното КДН;

7. в лечебното заведение работят специалист/и на основен трудов договор, за които е предвиден такъв в приложение № 15, съответно в приложение № 16, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства.

(2) Центровете за психично здраве и ЦКВЗ, в чиито разрешения за дейност не е посочено ниво на компетентност, не се изисква ниво на компетентност, а съответствие с условията за сключване на договор и изискванията, посочени в съответното КДН, за което се кандидатства.

Раздел II

Необходими документи за сключване на договори за извършване на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО от 2016 г.

Чл. 226. Лечебните заведения, желаещи да сключат договор за изпълнение на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, представят в РЗОК заявление, към което прилагат следните документи:

1. данни за идентификационния код на търговеца или кооперацията от Търговския регистър, а за дружествата, регистрирани в държава – членка на ЕС, или в държава, страна по Споразумението за ЕИП – документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава;

2. копие от разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването;

3. копие от акта за създаване на лечебното заведение – за лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ;

4. декларация от управляващия лечебното заведение по образец съгласно приложение № 15, съответно приложение № 16 – за функционираща и изправна налична медицинска апаратура и оборудване;

5. копие от договора по чл. 225, ал. 1, т. 4 – за лечебните заведения, които кандидатстват за изпълнение на съответното КДН;

6. копия на документи по чл. 225, ал. 1, т. 5 за придобити специалности по наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването – за лекарите, които ще осъществяват съответното КДН, за което кандидатства лечебното заведение;

7. копие на удостоверения и/или сертификати на специалиста за извършване на определени дейности за работа със съответна медицинска апаратура съгласно медицински стандарт „Кожни и венерически болести“/, „Психиатрия“, които са в съответствие с наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването – за лекарите, които ще изпълняват съответното КДН;

8. копие на сертификат от участие в национална или чуждестранна нетърговска система за външна оценка на качеството по медицински стандарт „Клинична лаборатория“ и/или копие на сертификат за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на БНСВОК по микробиология, вирусология, медицинска паразитология, микология и клинична имунология – за съответния вид/видове лаборатории, които ще извършват дейността;

9. копие от трудов договор по чл. 225, ал. 1, т. 7;

10. декларация от представляващия лечебното заведение за следните обстоятелства:

а) за актуално членство в РК на БЛС, която съдържа изходящ номер и дата на издаване на удостоверението с УИН по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 ЗСОЛЛДМ – на лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение;

б) че не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България – на лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение;

11. декларация по чл. 21 на хартиен носител за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК;

12. копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специализация, издадени от министъра на

здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации – за лекарите чужденци;

13. график за работа за изпълнение на КДН;

14. документи за придобита квалификация за продължаващо медицинско обучение след придобиване на специалност, необходими за изпълнение на ВСМД/ВСМДИ, в съответствие с чл. 182 ЗЗ и съответните утвърдени медицински стандарти.

Чл. 227. Лечебните заведения, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2017 г., представят:

1. документи по чл. 226, т. 1, 2, 3, 6, 7, 9, 12 и 14 – в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 226, т. 4, 10 и 11 – на хартиен носител;

3. документ по чл. 226, т. 5 – договор по чл. 226, ал. 1, т. 4, и документи по чл. 226, т. 8 и 13.

Чл. 228. При промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документите по чл. 226 и 227, изпълнителят на КДН е длъжен да уведоми РЗОК и да представи в срок до 5 календарни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ.

Чл. 229. Заявления за сключване на договори с НЗОК с приложения към тях документи и декларации по чл. 226 и 227, както и документи по чл. 228, могат да се подават и чрез използване на услугата за електронна препоръчана поща, а именно Система за електронно връчване, съгласно разписаните правила за използване на услугата, предоставена от ДАЕУ и публикувана на <https://edelivery.egov.bg>.

Чл. 230. В случаите, когато лечебно заведение едновременно кандидатства за оказване на КП, АПр, КПр и/или КДН, изискуемите документи за сключване на договор, които се дублират, се представят в един екземпляр.

Чл. 231. Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва, респ. отказва сключване на договор, при условията и по реда на глава седма.

Чл. 232. Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответното лечебно заведение всички документи, приложения към заявлението за сключване на договор.

Раздел III

Условие и ред за оказване на медицинската помощ по КДН по приложение № 6 към чл. 1 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО

Чл. 233. (1) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с кожно-венерически заболявания се извършва в полза на лица, на които е издадено „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10) от ОПЛ, от лекар – специалист от лечебно заведение за СИМП, или от лекар – специалист по „Кожно-венерически заболявания“ от лечебно заведение за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания/ЦКВЗ, работещ в изпълнение на договор с НЗОК.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за срока на комплексното диспансерно наблюдение.

Чл. 234. (1) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с психични заболявания се извършва в полза на лица, на които е издадено „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10) от лекар – специалист по „Психиатрия“/„Детска психиатрия“ от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за срока на комплексното диспансерно наблюдение.

Чл. 235. Изпълнителят обявява на видно място, достъпно за пациента, месечен график за изпълнение на съответното КДН.

Чл. 236. (1) Видът, периодичността и честотата на дейностите по КДН са посочени в приложение № 6 към чл. 1 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО и се осъществяват в съответствие с приложения № 14, 15, 16 и 17 на Наредба № 8 от 2016 г.

(2) Пациентът се диспансеризира само с неговото изрично съгласие. Несъгласието на ЗОЛ да бъде диспансеризирано се документира в „Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 11).

(3) Диспансеризацията е доброволна с изключение на случаите, в които същата е част от постановено от съда задължително лечение по реда на чл. 155 и сл. от ЗЗ или принудително лечение по реда на чл. 427 и сл. от НПК.

Чл. 237. За оказаната медицинска помощ потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО не се заплаща от категориите лица по чл. 37, ал. 4 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 11 „Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО“.

Чл. 238. (1) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания се счита за завършено, когато е извършен пълният обем от задължителни дейности съгласно приложение № 6 към чл. 1 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО и приложения № 14 и 15 на Наредба № 8 от 2016 г.

(2) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични заболявания се счита за завършено, когато е извършен пълният обем от задължителни дейности съгласно приложение № 6 към чл. 1 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО и приложения № 16 и 17 на Наредба № 8 от 2016 г.

Раздел IV

Методики за закупуване на дейностите по Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически и психични заболявания

Чл. 239. (1) Тази методика урежда закупуването, респ. заплащането на КДН на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания за:

1. здравноосигурени лица с непрекъснати здравноосигурителни права;
2. здравнонеосигурени лица съгласно § 2, ал. 1 ЗБНЗОК за 2018 г.

(2) Заплащането по ал. 1, т. 2 се извършва чрез трансфери от МЗ по реда на § 2 ЗБНЗОК за 2018 г.

Чл. 240. (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща на изпълнителите на КДН за договорената и извършената дейност за КДН, оказана на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания.

(2) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща, когато са спазени всички нормативни изисквания и са изпълнени всички изисквани медицински дейности съгласно НРД, наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО и Наредба № 8 от 2016 г.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на КДН дейностите по цени, определени по реда на глава осемнадесета, раздел V.

Чл. 241. Прегледът се отчита с „Направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бланка МЗ-НЗОК № 10) от първото посещение на пациента, с „Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение“ (бланка МЗ-НЗОК № 11) и с електронен отчет за извършената дейност на пациента, отразена в амбулаторния лист в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица – и с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

Чл. 242. (1) Изпълнителите на медицинска помощ се отчитат, като представят ежемесечно в РЗОК фактура (хартиена или електронна), финансовоотчетни документи и документите по чл. 241, по утвърден график, до третия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(2) Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се представя на отделна фактура (хартиена или електронна), спецификация (хартиена или електронна), за оказана медицинска помощ на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава – членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, придружена с документите по чл. 207, ал. 5.

(3) Отчитането на дейностите за здравнонеосигурени лица се извършва на отделна фактура (хартиена или електронна), придружена със съответната отчетна документация по ал. 1. Плащанията се извършват чрез РЗОК до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ.

Чл. 243. (1) Електронните отчети по чл. 241 се връщат за корекция на ИМП, в случай че след обработките им се установят следните фактически грешки:

1. сгрешен код по МКБ на заболяване при правилно попълване на диагноза;
2. неточно посочен номер и дата на амбулаторния лист (бланка МЗ-НЗОК № 11);
3. грешни данни на пациента (ЕГН, ЛНЧ, осигурителен номер).

(2) При нарушена структура на файла, водеща до невъзможност за обработка на електронния отчет по вина на ИМП, РЗОК връща електронния отчет на ИМП. Изпълнителят на медицинска помощ коригира електронния отчет.

(3) Плащанията на ИМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния.

Чл. 244. При неспазване на посочения в чл. 242, ал. 1 срок за представяне на отчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период за отчитане.

Чл. 245. (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилно попълване на документите съгласно настоящите условия и пълното и точно изпълнение на дейността.

(2) Не се заплаща по предвидения ред за извършени дейности от ИМП, ако те не са отчетени за два последователни месеца.

(3) Не се заплаща по предвидения ред за извършена от ИМП дейност за период, който изпълнителят вече е отчетел.

Чл. 246. При констатиране на фактическите грешки по чл. 243, ал. 1 РЗОК връща електронния отчет на ИМП за отстраняването им. Изпълнителят на медицинска помощ предоставя коригирания електронен отчет в срок до един работен ден.

Чл. 247. (1) При необходимости корекции и допълнения на финансовоотчетните документи – фактура и спецификация, РЗОК изпраща писмени указания за необходимите корекции и допълнения не по-късно от 16-о число на месеца на отчитане на изпълнителя на ИМП.

(2) С указанията по ал. 1 се връщат спецификацията и отчетите за отчетената дейност за корекции и допълнения.

(3) В срок до 3 дни изпълнителят на ИМП представя в РЗОК дебитно/кредитно известие към фактурата по ал. 1 и спецификацията за отчетената дейност с нанесени корекции и допълнения.

(4) Поправки и добавки във фактурите и в дебитните/кредитните известия към тях не се разрешават. Погрешно съставени или поправени фактури и дебитни/кредитни известия се анулират и се издават нови.

(5) Когато погрешно съставени или поправени фактури и/или дебитни/кредитни известия са отразени в счетоводните регистри на изпълнителя на ИМП или на РЗОК, за анулирането им ИМП съставя протокол – по един за всяка от страните, който съдържа:

1. основанийето за анулирането;
2. номера и датата на документа, който се анулира;

3. номера и датата на издадения нов документ;

4. подпис на лицата – за всяка от страните, върху съставения протокол.

(6) След като получи екземпляр от протокола по ал. 5, РЗОК връща на изпълнителя на ИМП екземпляра от фактура за анулиране и получава новосъставената.

(7) При писмено заявен отказ от страна на изпълнителя на ИМП да изпълни указанията в срока по ал. 3 РЗОК не заплаща отчетената дейност.

(8) Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определените срокове в текущия или в следващия отчетен период.

Чл. 248. Плащанията се извършват по банков път, в левове, по обявена от ИМП в индивидуалния договор банкова сметка.

Чл. 249. (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилното попълване на документите съгласно настоящите условия и пълно и точно изпълнение на дейността.

(2) Плащанията на ИМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния.

Чл. 250. За неверни данни, посочени в отчетите и в справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на глава двадесета и глава двадесет и първа.

Чл. 251. Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на ИМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

Раздел V

Документация и документооборот на изпълнителите на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО

Чл. 252. Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки изпълнител на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, включва първични медицински документи по приложение № 2 и финансовоотчетни документи по приложение № 4.

Чл. 253. (1) Първичните медицински документи по приложение № 2 са:

1. „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10);

2. „Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 11).

(2) Документооборотът по ал. 1 е:

I. „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10) се съставя в един екземпляр:

1. от лекар – специалист по „Психиатрия“/„Детска психиатрия“ от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на КДН на лица с психични заболявания в лечебно заведение за БП с клиника/отделение по психиатрия или ЦПЗ;

2. от ОПЛ, лекар – специалист от лечебно заведение за СИМП, или лекар – специалист по „Кожно-венерически заболявания“ от лечебно заведение за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ, работещи в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на КДН на лица с кожно-венерически заболявания в лечебно заведение за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ.

Изпълнителят на КДН отчита документа при първо посещение заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК до третия работен ден от месеца, следващ отчетния. Всяко отчетено „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10) се придружава от амбулаторен лист (бл. МЗ-НЗОК № 11) или електронен

отчет за извършената дейност на пациента, отразена в амбулаторни листове за КДН в определен от НЗОК формат.

II. „Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 11) се съставя от изпълнителя на КДН.

1. Отчет на хартиен носител или електронен отчет за осъществено КДН на пациенти, отразено в амбулаторни листове за КДН в определен от НЗОК формат, подписан с електронен подпис на представляващия лечебното заведение, се предоставя в РЗОК до третия работен ден от месеца, следващ отчетния. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, подписан от представляващия лечебното заведение, началника на отделение, лекаря специалист и пациента, се води по ред, определен от лечебното заведение, като към него се прилагат всички медицински документи и се съхранява в лечебното заведение. Екземпляр се изпраща чрез пациента до ОПЛ за прилагане към здравното (медицинско) досие.

2. Националната здравноосигурителна каса определя електронния формат и информацията, съдържаща се в него, която изпълнителят ежемесечно представя в РЗОК при отчитане на дейността си съгласно тези изисквания.

Чл. 254. Изпълнителите на КДН могат да използват разпечатани образци на документите по чл. 253.

Чл. 255. (1) Финансовоотчетните документи по приложение № 4 са:

1. фактура;
2. спецификация;
3. отчети за месечно отчитане на дейността.

(2) Финансовоотчетните документи се подготвят в два екземпляра от всички лечебни заведения, сключили договор с НЗОК. Първият екземпляр, придружен с фактура, се отчита в РЗОК в срок съгласно условията и сроковете на заплащане, установени по реда на глава осемнадесета, раздел VI. Вторият екземпляр остава в ИМП.

Чл. 256. (1) При констатиране на неправилно попълнени данни във финансовите отчетни документи на ИМП РЗОК ги връща за корекция в посочения срок.

(2) За представени неверни данни в отчетите по този договор се прилагат разпоредбите на глава двадесета и глава двадесет и първа.

Глава деветнадесета

БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Раздел I

Специални условия за сключване и изпълнение на договори за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури

Чл. 257. Националната здравноосигурителна каса сключва договори за оказване на БМП, както следва:

1. по КП от приложение № 9 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, както и приложение № 17 „Клинични пътеки“;
2. по АПр от приложение № 7 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, както и приложение № 18 „Амбулаторни процедури“;
3. по КПр от приложение № 8 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, както и приложение № 19 „Клинични процедури“;

4. по КП „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ от приложение № 10 към чл. 1 и чл. 2 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, както и приложение № 17;

5. по АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по клинична пътека...“ от приложение № 11 към чл. 1 и чл. 3 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, както и приложение № 18;

6. по приложение № 12 към чл. 1 и чл. 4 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО „Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)“.

Чл. 258. (1) Договорите по чл. 257 се сключват за всички заболявания, диагнозите на които са кодирани по МКБ 10 и/или процедури, както и за всички дейности, установени в диагностично-лечебния алгоритъм на всяка КП, АПр и КПр съгласно приложения № 17, 18 и 19.

(2) В случай че изрично е упоменато в съответния диагностично-лечебен алгоритъм (ДЛА), се допуска сключване на договор за отделни диагнози и/или процедури, включени в КП, АПр и КПр.

Чл. 259. За КП, в които има различни изисквания за изпълнението им спрямо пациенти под и над 18-годишна възраст, може да се сключи договор за оказване на БМП както само за лечението на пациенти под 18-годишна възраст или само над 18-годишна възраст, така и за двете възрастови групи едновременно.

Чл. 260. (1) Страна по договор с НЗОК за оказване на БМП по КП, АПр и КПр може да бъде лечебно заведение по чл. 15, което отговаря на общите условия по чл. 20, ал. 1, т. 1, букви „а“, „б“ и „в“, както и на следните специални условия:

1. съответствие на устройството на лечебното заведение с разрешението за осъществяване на лечебна дейност и съответното ниво на компетентност, респ. с регистрацията в РЗИ;

2. в лечебното заведение са разкрити необходимите структурни звена, посочени в приложения № 17, 18 и 19 на съответните КП, АПр и КПр, за които то кандидатства, когато тези структурни звена са клиници и/или отделения със специалностите, по които са разкрити, фигурират в разрешението за осъществяване на лечебна дейност със съответното ниво на компетентност съгласно ЗЛЗ;

3. наличие в лечебното заведение на функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване, посочени в приложения № 17, 18 и 19 на съответните КП, АПр и КПр, за които то кандидатства;

4. в лечебното заведение функционира документална система за проследяване на лекарствените продукти, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и АПр, от постъпването им в лечебното заведение до отпускането и прилагането им на пациентите;

5. в лечебното заведение работят съответни специалисти с придобити специалности, посочени в приложения № 17, 18 и 19 на съответните КП, АПр и КПр, за които то кандидатства;

6. в лечебното заведение работи/ят специалист/и на основен трудов договор, посочени в приложение № 1 към договора на лечебното заведение; в лечебното заведение могат да работят и специализанти по същите специалности, посочени в приложение № 1а към договора на лечебното заведение;

7. лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ, осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицински специалности съгласно разрешението за осъществяване на лечебна дейност;

8. лечебното заведение е осигурило дейността на липсващите му структурни звена с необходимата медицинска апаратура и оборудване чрез договор с друго лечебно заведение за болнична или извънболнична помощ в случаите, когато съответният алгоритъм допуска това, както следва:

а) с лечебни заведения, които се намират на територията на същата област, или с по-близко лечебно заведение в съседна област;

б) с лечебни заведения на територията на друга област, когато на територията на областта липсват имунологична, цитогенетична, генетична лаборатория за метаболитен, ензимен и ДНК анализ, вирусологична, паразитологична, химико-токсикологична, нуклеарномедицинска лаборатория (вкл. радиоизотопна лаборатория) клинична патология и микробиология, магнитно-резонансна томография/компютърна томография;

9. наличие на документи за придобита квалификация за продължаващо медицинско обучение след придобиване на специалност, необходими за извършване на определени процедури за работа със съответна медицинска апаратура, се прилагат към заявлението за сключване на договор в съответствие с чл. 182 ЗЗ и съответните утвърдени медицински стандарти;

10. наличие на свидетелство за професионална квалификация на специалиста, издадено и подписано от ректора на висше медицинско училище или началника на Военномедицинска академия, или документ/и, удостоверяващ/и не по-малко от определен брой извършени процедури от специалиста, съгласно изискванията на съответните КП, АПр и КПр;

11. наличие на удостоверение за професионален опит/клинична компетентност, издадено от ръководителя на лечебното заведение или обединение на лечебното заведение на основание на работен журнал или описателни фишове, в които са регистрирани извършените от специалиста брой процедури за предходен период според изискванията на съответната КП, АПр и КПр; удостоверението се издава от ръководителя на ЛЗ, където специалистът е извършил процедурите, с официален документ; тези документи подлежат на проверка от НЗОК/РЗОК;

12. лечебното заведение е оборудвано и поддържа софтуер за отчет на договорената и извършена медицинска дейност по НРД;

13. лечебното заведение или обединение на лечебното заведение разполага с функциониращо информационно звено, осигуряващо обмен на необходимата информация с НЗОК/РЗОК;

14. лечебното заведение е осигурило комплексно лечение по приложение № 12 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, самостоятелно или по договор/и с друго лечебно заведение/я, за реализиране на пълния обем дейности по чл. 319, ал. 2.

(2) Лечебните заведения, които не отговарят на условията по ал. 1, т. 6, могат да сключват трудов договор за допълнителен труд по Кодекса на труда с медицински специалисти, осъществяващи дейност в болнични структури без легла, за следните специалности:

1. вирусология;
2. клинична микробиология;
3. клинична паразитология;
4. клинична патология;
5. нуклеарна медицина;

(3) Лечебните заведения, осъществяващи дейности по анестезиология и интензивно лечение от I ниво на компетентност, осигуряват минимален брой лекари (двама) със

специалност по „Анестезиология и интензивно лечение“, като се допуска един от тях да е на основен трудов договор, а изискването за втори лекар по изключение да се осигури от двама, сключили трудов договор за допълнителен труд по Кодекса на труда.

(4) Лечебните заведения, които не отговарят на условията по ал. 1, т. 6, могат да сключват по изключение трудов договор за допълнителен труд по Кодекса на труда с лекари със специалност по „Неонатология“.

(5) Лекарите, посочени в ал. 3 и 4, не могат да бъдат включвани в приложение № 1 към договора на лечебното заведение в случай, че са в неплатен отпуск или в дълъг платен – над 40 дни годишно.

(6) Работният график на специалистите по ал. 1, т. 6, както и на специализантите, които работят и в други лечебни заведения, следва да осигурява изпълнението на изискванията за работа по КП, АПр и КПр.

(7) Лекар на основен трудов договор с повече от една медицинска специалност, работещ в лечебно заведение, изпълнител на БМП, може да бъде посочен като изпълнител по КП, АПр и КПр, за които се изискват съответните специалности в същото лечебно заведение.

Чл. 261. Лечебните заведения – КОЦ и ЦКВЗ, в чиито разрешения за дейност не е посочено ниво на компетентност, както и за МЦ/МДЦ/ДКЦ с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа (на които не се издава разрешение за дейност), не се изисква ниво на компетентност, а съответствие с условията за сключване на договор и изискванията, посочени в съответните КП, АПр и КПр, за които се кандидатства.

Чл. 262. (1) В случай че лекар със специалност, работещ в лечебно заведение, изпълнител на БМП, оказва медицинска помощ по КП, АПр и КПр, за които същото лечебно заведение има договор с НЗОК, то по отношение на дадения специалист е налице един договор с НЗОК.

(2) В случаите, при които в алгоритъма на КП, АПр и КПр е записано, че е необходима консултация със специалист извън посочените изискуеми специалисти за изпълнение на КП, АПр и КПр, договорът на консултиращия специалист не следва да се счита като договор с НЗОК.

Чл. 263. (1) Общопрактикуващи лекари със специалност, различна от „Обща медицина“, могат да сключват договор за оказване на медицинска помощ в центрове за спешна медицинска помощ.

(2) Общопрактикуващи лекари със специалност, различна от „Обща медицина“, могат да сключват договор с лечебни заведения за болнична помощ за оказване на медицинска помощ по тази специалност.

(3) Общопрактикуващи лекари, които притежават специалност само „Обща медицина“, могат да сключват договор с лечебни заведения за болнична помощ за оказване на медицинска помощ само в отделение по „Вътрешни болести“.

(4) Общопрактикуващите лекари по ал. 2 и 3 не се посочват в приложение № 1 към договора на лечебното заведение с РЗОК.

Чл. 264. (1) Създава се съвместна комисия, в която влизат равен брой представители на БЛС и НЗОК, за срока на този НРД.

(2) Комисията наблюдава изпълнението на договорите, сключени между изпълнителите на болнична медицинска помощ и НЗОК по отношение на обеми, стойности и качество, както и получени жалби.

(3) Комисията докладва периодично за изпълнението на договорите по ал. 2 на управителя на НЗОК и председателя на УС на БЛС.

(4) Комисията предлага, координира и подпомага осъществяването на съвместни проверки между НЗОК и БЛС на изпълнители на болнична медицинска помощ, при които са установени отклонения от договорените обеми, прогнозни стойности и качество, както и на получени жалби срещу тях.

(5) Членовете на комисията се назначават със заповед на управителя на НЗОК – за представителите на НЗОК, и от председателя на УС на БЛС – за представителите на БЛС.

(6) С решение на комисията могат да се включват лекари по съответна специалност, съобразно даден проблем.

(7) В срок до един месец от назначаването на членовете на комисията, последната изготвя Правила за дейността си, които се утвърждават съвместно от управителя на НЗОК и председателя на БЛС.

(8) Комисията може да дава предложения за подобряване на качеството на медицинската помощ.

Раздел II

Необходими документи за сключване на договори за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури

Чл. 265. Лечебните заведения, желаещи да сключат договор за оказване на БМП, представят в РЗОК заявление, към което прилагат:

1. данни за идентификационния код на търговеца или кооперацията от Търговския регистър, а за дружествата, регистрирани в държава – членка на ЕС, или в държава, страна по Споразумението за ЕИП – документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава;

2. копие на разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването – за лечебните заведения за БМП, КОЦ и ЦКВЗ;

3. копие от акта за създаване на лечебното заведение – за лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ;

4. копие на удостоверение за регистрация в РЗИ на територията, обслужвана от РЗОК – за лечебните заведения за СИМП с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа;

5. документи, удостоверяващи обстоятелствата по чл. 260, ал. 1, т. 5 (за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ по КП, АПр и КПр в изпълнение на договор с НЗОК);

6. копие от трудов договор по чл. 260, ал. 1, т. 6 и ал. 2;

7. копие на договора по чл. 260, ал. 1, т. 8;

8. копия на документи за придобити специалности по наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, които ще изпълняват КП, АПр и КПр съобразно квалификационните изисквания, посочени във всяка КП, АПр и КПр;

9. документи, удостоверяващи обстоятелствата по чл. 260, ал. 1, т. 10 и 11;

10. декларация от представляващия лечебното заведение за следните обстоятелства:

а) за актуално членство в РК на БЛС, която съдържа изходящ номер и дата на издаване на удостоверението с УИН по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 ЗСОЛЛДМ – на лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение;

б) че не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България – на лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение;

11. декларация от управляващия лечебното заведение по образец съгласно приложение № 20 „Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ“ за

функционираща и изправна налична медицинска апаратура, оборудване и декларация за функционираща документална система за проследяване на лекарствените продукти, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и АПр – за всички видове лечебни заведения;

12. копие на сертификата от участие в национална или чуждестранна нетърговска система за външна оценка на качеството по медицински стандарт „Клинична лаборатория“ и/или копие на сертификата за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на БНСВОК по микробиология, вирусология, медицинска паразитология, микология и клинична имунология – в случаите, когато в структурата на лечебното заведение има съответния вид/видове лаборатории;

13. декларация по приложение № 20 „Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ“ за наличие и поддържане на софтуер за въвеждане и отчитане на договорената и извършена болнична медицинска дейност по НРД;

14. декларация по чл. 20, ал. 1 на хартиен носител за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК;

15. копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специалност, издадени от министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации – за лекарите чужденци;

16. графици на лекарите, оказващи медицинска помощ по КП, АПр и КПр към момента на подаване на заявителните документи;

17. приложение № 1, в което се посочват всички лекари на основен трудов договор, оказващи медицинска помощ по КП, АПр и КПр; приложението е неразделна част от договора на лечебното заведение с НЗОК;

18. приложение № 1а, в което се посочват всички лекари без специалност и лекарите специализанти, работещи на основен трудов договор под ръководството и разпореджането на лекар с придобита специалност и оказващи медицинска помощ по КП, АПр и КПр.; приложението е неразделна част от договора на лечебното заведение с НЗОК;

19. копие от правилника за устройството, дейността и вътрешния ред за лечебните заведения за БП, КОЦ и ЦКВЗ;

20. копия от договор/договори по чл. 260, ал. 1, т. 14.

Чл. 266. (1) Лечебните заведения, сключили договор/допълнително споразумение с НЗОК за оказване на БМП в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2017 г., представят:

1. документи по чл. 265, т. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 15 и 19 – само в случай на настъпили промени в обстоятелствата, отразени в тях, или декларация за липса на промени;

2. документи по чл. 265, т. 7, 12, 17, 18, 19 и 20;

3. декларации по чл. 265, т. 10, 11, 13 и 14.

(2) При прилагане на ал. 1 управителят на НЗОК и председателят на УС на БЛС издават указание.

Чл. 267. Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва, респ. отказва сключване на договор по реда на глава седма.

Чл. 268. При наличие на сключен договор изпълнителят на БМП е длъжен:

1. при промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл. 265 и 266, да уведоми РЗОК и да представи в срок до 14 работни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ;

2. при промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл. 265, т. 6, да уведоми РЗОК и да представи в срок до 5 работни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ;

3. ежемесечно през отчетния период да представя в РЗОК отработен за предходния месец график на специалистите, работещи по КП, АПр и КПр;

4. при всяко изтичане на срока на валидност на документа по чл. 265, т. 12 да предоставя в РЗОК актуален сертификат в срок до 14 работни дни от издаването му.

Чл. 269. Заявления за сключване на договори с НЗОК с приложени към тях документи и декларации по чл. 265 – 266, както и документи по чл. 268 могат да се подават и чрез използване на услугата за електронна препоръчана поща, а именно Системата за електронно връчване, съгласно разписаните правила за използване на услугата, предоставена от ДАЕУ и публикувана на <https://edelivery.egov.bg>.

Чл. 270. Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответното лечебно заведение всички документи, приложени към заявлението за сключване на договор.

Чл. 271. В случаите, когато лечебно заведение едновременно кандидатства за извършване на дейности по КП, АПр и КПр, изискуемите документи за сключване на договор, които се дублират, се представят в един екземпляр.

Раздел III

Условия и ред за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури

Управление на болничния прием

Чл. 272. (1) За да бъде хоспитализиран/приет пациент за лечение по дадена КП, АПр и КПр, следва да е с непрекъснати здравноосигурителни права и да са налице следните обстоятелства:

1. индикациите за хоспитализация/лечение, включени КП, АПр и КПр;

2. лицето да е със заболяване, предвидено в блок „Кодове на болести за заболявания по МКБ 10“ на съответната КП, когато този блок е част от съдържанието на КП.

(2) В случаите, когато лицето е с прекъснати здравноосигурителни права, същото се хоспитализира/приема, като му се оказва БМП, ако възстанови правата си при условията и по реда на ЗЗО.

(3) При неизпълнение на условието по ал. 2 се прилага чл. 109, ал. 1 ЗЗО.

(4) При хоспитализация/лечение на осигурените лица в друга държава членка, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност, както и лицата по международни спогодби за социално осигуряване, по които Република България е страна, представят копие от съответния удостоверителен документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, а при ползване на права на спешна и неотложна помощ – ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК.

Чл. 273. (1) На основание чл. 50 от ЗЗО при всяко ползване на болнична медицинска помощ осигурените лица са длъжни да представят документ, удостоверяващ самоличността им съгласно Закона за българските лични документи.

(2) От лицата, на които не се издават документи по ал. 1, се представят документи, удостоверяващи самоличността им, съгласно националното законодателство на държавата, чиито граждани са лицата.

(3) Лицата в производство за предоставяне на статут на бежанец или право на убежище представят удостоверяващ самоличността им документ, издаден от Държавната агенция за бежанците.

(4) Лицата в процедура по издаване на документ, удостоверяващ самоличността им, поради изгубване, кражба, повреждане, унищожаване, подмяна и промяна в данните, представят декларация по чл. 17, ал. 1 от Правилника за издаване на българските лични документи или друг документ, удостоверяващ изброените обстоятелства, издаден от съответните компетентни органи.

(5) В случаите, когато лицата постъпват в лечебно заведение – изпълнител на БМП, в животозастрашаващо състояние и документ по ал. 1 – 4 не може да бъде представен, същият се представя до момента на напускане на лечебното заведение.

(6) Лечебното заведение – изпълнител на БМП, събира данните от документа за самоличност по ал. 1 и 4, както и информация за датата и часа на постъпване и на напускане на лечебното заведение – изпълнител на БМП, в клиентската част на информационна система на НЗОК „Регистрационна система на събития по хоспитализация и дехоспитализация“. Данните от документите с машинночитаема зона се събират чрез електронен четец, а тези от документите без машинночитаема зона се въвеждат ръчно.

(7) При оказване на БМП на малолетно лице, лечебното заведение – изпълнител на БМП, събира в клиентската част на информационната система по ал. 6 трите имена и единния граждански номер на лицето, както и данните от документа по ал. 1 на лицето, което може да изразява информирано съгласие за осъществяване на медицински дейности, съгласно изискванията на ЗЗ.

(8) Информационната система по ал. 6 на база събраните от лечебното заведение – изпълнител на БМП, данни за всяко лице, генерира електронен документ, който се подписва от упълномощено от изпълнителя на БМП лице чрез валидно удостоверение за квалифициран електронен подпис по смисъла на чл. 13, ал. 3 от ЗЕДЕП. Удостоверението следва да бъде издадено от акредитиран доставчик на удостоверителни услуги и да съдържа ЕИК по чл. 23 от Закона за търговския регистър/код по БУЛСТАТ, наименование на лечебното заведение, ЕГН/ЛНЧ и трите имена на упълномощеното лице.

(9) Лечебното заведение – изпълнител на БМП, незабавно изпраща чрез клиентската част на информационната система по ал. 6 електронния документ по ал. 8 в сървърната част на системата, разположена в ЦУ на НЗОК.

(10) Националната здравноосигурителна каса изготвя и публикува на интернет страницата си инструкции за ползване на клиентската част на информационната система по ал. 6.

Чл. 274. (1) Изпълнителят на БМП предоставя на РЗОК и обявява на достъпно място работния график на кабинетите в ДКБ/ПК, както и информация в журнал/папка за цените на медицинските изделия, които лечебното заведение осигурява по КП и АПр съгласно чл. 82б ЗЗ, за които НЗОК заплаща/не заплаща.

(2) Изпълнителят на БМП обявява на общодостъпно място: имената на договорените КП, АПр и КПр, цените, които НЗОК заплаща за тях, както и видовете медицински изделия и цените, до които НЗОК заплаща за същите (в случаите, когато медицинското изделие е включено при изпълнение на диагностично-лечебния алгоритъм в КП/АПр).

(3) Здравноосигурените лица заплащат потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО за всеки ден болнично лечение, но не повече от 10 дни годишно.

(4) За оказаната БМП потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО не се заплаща от категориите лица по чл. 37, ал. 4 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в

приложение № 11 „Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО“.

(5) Районната здравноосигурителна каса и нейните поделения по общини предоставят информацията по ал. 1 на:

1. изпълнителите на извънболнична помощ – при поискване;
2. здравноосигурените лица – при поискване.

Чл. 275. (1) Изпълнителят на БМП се задължава:

1. да осигурява на пациентите непрекъснатост на болничната помощ и грижите, както и координация между специалистите, които ги осъществяват;
2. при дехоспитализация на пациента за довършване на лечебния процес да издава епикриза и се насочва при необходимост към лечебни заведения за извънболнична или болнична помощ;
3. да спазва условията за управление на плановия прием;
4. да съобразява приема на пациенти по договора с НЗОК с капацитета на лечебното заведение, разписан като брой и вид болнични легла, посочени в договора на лечебното заведение, с които ще се осигури изпълнението му.

(2) Всички изследвания и консултации, необходими за извършване на задължителните контролни прегледи след дехоспитализация, се извършват от лечебното заведение за БМП – изпълнител на КП, по преценка на лекуващия лекар.

Чл. 276. Районната здравноосигурителна каса и съответните поделения по общини:

1. предоставят на изпълнителите на извънболнична помощ информация за изпълнителите на БМП в съответната област, сключили договор с НЗОК, както и за договорените с тях КП, АПр и КПр;
2. своевременно уведомяват изпълнителите на извънболнична помощ за промяна на предмета на договорите с изпълнителите на болнична помощ;
3. при поискване предоставя на ЗОЛ информация по т. 1.

Чл. 277. Изпълнителят на БМП в процеса на диагностика, лечение и обслужване на пациента прилага утвърдени начини на действие, съобразени с указанията за клинично поведение в КП, АПр и КПр.

Чл. 278. (1) Изпълнителят на БМП превежда пациент по КП, АПр и КПр за лечение към друго лечебно заведение за болнична помощ, когато в хода на лечебно-диагностичния процес установи, че не може да изпълни определени медицински дейности поради:

1. промяна на приемната диагноза или настъпило усложнение, което лечебното заведение не може да лекува;
2. възникнал проблем с медицинската апаратура и оборудване;
3. липса на съответно квалифициран медицински персонал.

(2) В случаите по ал. 1 изпращащият изпълнител на БМП попълва отново необходимите първични медицински документи.

(3) Изпращащият изпълнител на БМП задължително предоставя на приемащия изпълнител на БМП писмена информация за клиничното състояние на пациента и оказаните му диагностично-лечебни процедури, както и мотивите за превеждане в приемащото лечебно заведение за БМП.

Чл. 279. (1) В случай че на пациента се извършват медицински процедури от лекар със специалност, който не е включен в приложение № 1 към договора на лечебното заведение, документът се подписва от този лекар и се преподписва от лекар, включен в същото приложение, и/или началника на клиниката/отделението и се отчита в електронната система на НЗОК с УИН на преподписалия лекар. Допълнителният подпис не означава

съгласие или несъгласие с осъществената процедура, получените резултати и диагноза, а валидира само участието на конкретния лекар специалист в изпълнението на клинични пътеки.

(2) В случай че на пациента се извършват медицински процедури от лекар без специалност, документът се подписва от този лекар и се преподписва от лекаря с придобита специалност, под чието ръководство и по разпореждане първият извършва съответните медицински дейности, и се отчита в електронната система на НЗОК с УИН на преподписалия лекар. В този случай документът с извършените процедури се преподписва от началника на клиниката/отделението и/или от лекар специалист, под чието ръководство и по разпореждане работи лекарят без специалност.

Чл. 280. (1) Клиничните пътеки, АПр и КПр, заплащани от НЗОК в полза на ЗОЛ, съдържат изисквания и правила за клинично поведение при провеждане на диагностика, лечение и рехабилитация на заболяванията, включени в тях, както и за структурни звена, апаратура и необходимите специалисти.

(2) Определеният в диагностично-лечебния алгоритъм годишен брой на извършване на КП или АПр се отнася за срока на действие на този НРД.

(3) Извършените медико-диагностични изследвания и инструментални процедури се отразяват в съответните журналы по хронология с имена и диагноза/и.

Чл. 281. Броят на пролежаните леглодни се изчислява, като денят на постъпване и денят на изписване се броят за един леглоден, а всеки ден между тях се брои като пролежан.

Условия и ред за диагностика и лечение по клинични пътеки

Чл. 282. (1) Клинична пътека е система от изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности по отношение на пациенти със заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой не по-кратък от 48 часа.

(2) Дейностите и услугите в обхвата на диагностичните, лечебните и рехабилитационните дейности и услуги по време на хоспитализацията съгласно ДЛА на съответната КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

(3) В алгоритъма на КП се посочва минималното ниво на компетентност, на което следва да отговаря съответната структура на лечебното заведение.

(4) Клинични пътеки № 90, 92 – 97, 112, 199.1, 199.2, 240, 241, 242, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252 и 253 се изпълняват само в условията на комплексно лечение по чл. 319.

Чл. 283. (1) В случаите, когато диагностичната и/или лечебната дейност не може да бъде постигната в условията на извънболничната помощ, ЗОЛ може да бъде насочено съгласно Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) за хоспитализация в лечебно заведение – изпълнител на БМП.

(2) Преценката по ал. 1 се извършва от лекар, лекар по дентална медицина от лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ, като в условията на спешност същата може да бъде извършена и от дежурен екип в ЦСМП или от лекар в структура за спешна медицинска помощ на лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, към което пациентът се е самонасочил.

(3) Към направлението за хоспитализация се прилага амбулаторният лист от извършения преглед на пациента с посочени данни от анамнезата и обективното състояние на пациента, предприетите диагностични и терапевтични дейности, в това число и обективните обстоятелства, мотивиращи становището, че лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ.

(4) Амбулаторният лист, приложен към „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7), става неразделна част от медицинската документация на пациента.

(5) За организиране на плановия прием в лечебните заведения – изпълнители на БМП, се поддържа листа на планов прием. В листата за планов прием се включват всички подлежащи на хоспитализация лица с изключение на тези, които се нуждаят от незабавен прием в лечебното заведение.

(6) Управлението на плановия прием се осъществява в съответствие с Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ.

Чл. 284. (1) При планов прием приемащото лечебно заведение вписва ЗОЛ и издаденото му „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) в амбулаторния журнал в ДКБ на болницата.

(2) При наличието на индикации за хоспитализация, регламентирани в КП, приемащият лекар в ДКБ на болницата осъществява или планува приема на ЗОЛ.

Чл. 285. (1) При наличие на индикации (клинични и параклинични) за хоспитализация по КП ЗОЛ не може да бъде връщано при изпълнител на извънболнична медицинска помощ за допълнителни консултации и/или изследвания, свързани с основното заболяване, за което пациентът се хоспитализира.

(2) При необходимост от болнично лечение лечебно заведение за БМП може да издава „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) за КП по физикална и рехабилитационна медицина само ако пациентът е лекуван по повод остро заболяване в същото лечебно заведение – изпълнител на БМП.

(3) Направлението за хоспитализация има срок на валидност до 30 календарни дни от издаването му. По изключение хоспитализирането може да се осъществи след този срок, ако в посочения 30-дневен срок на пациента е извършен преглед в ДКБ/ПК на изпълнителя на БП, а хоспитализирането е осъществено след този срок.

(4) При хоспитализация (планов прием) по КП ЗОЛ може да представи предварително извършени изследвания от групата на образната диагностика и клинико-лабораторни изследвания, реализирани от друго лечебно заведение преди дата на хоспитализация, но ако няма, приемащото лечебно заведение не може да ги изисква. Приемащото лечебно заведение може да зачете тези изследвания, както и да ги използва при отчитане на КП като част от диагностично-лечебния алгоритъм на същата. Давността на предварително извършените клинико-лабораторни изследвания е 7 дни, като за тези от групата на образната диагностика може да е и по-дълга (но не повече от 30 дни или по-дълга от посочения в алгоритъма на съответната КП) преди датата на хоспитализация, в зависимост от вида им и клиничната преценка на лекуващия лекар. Изключение от последното се прави за МДИ по КП/АПР за диагностика и лечение на пациенти със злокачествени заболявания и муковисцидоза, като всички необходими МДИ се правят от приемащото лечебно заведение.

(5) При последващи планови хоспитализации по КП № 240 „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) се издава от лечебните заведения, в които се извършва дейността.

Чл. 286. Клиничните пътеки се състоят от следните основни компоненти, които са задължителни за изпълнение от лечебните заведения:

1. задължителен минимален болничен престой за осъществяване на посочените в КП дейности и процедури във времеви план; конкретният болничен престой за всеки пациент зависи от състоянието му при изписването;

2. кодове на болести за заболявания по МКБ 10 и основни диагностични и терапевтични процедури – за всяка терапевтична КП; процедурите в тези КП – по вид, обем, сложност, съответстват на процедурите – по вид, обем, сложност, посочени в утвърдените медицински стандарти;

3. неразделна част от диагностично-лечебният алгоритъм на терапевтичните КП за заболявания са разработените и утвърдени по всяка специалност фармако-терапевтични ръководства;

4. основни кодове на процедури за всяка хирургична/интервенционална КП; процедурите в тези КП – по вид, обем, сложност, начин на осъществяване и условия за провеждане, съответстват на изискванията, посочени в утвърдените медицински стандарти, а при липса на стандарти за посочените специалности – в подписаните или приети от научните дружества за тях консенсусни протоколи за лечение;

5. условия за сключване на договор и изпълнение на КП, включващи:

а) задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, необходими за изпълнение на алгоритъма на КП;

б) необходими специалисти за изпълнение на КП;

6. индикации за хоспитализация, диагностично-лечебен алгоритъм, поставяне на окончателна диагноза и критерии за дехоспитализация, включващи:

а) индикации за хоспитализация, включващи задължително обективни критерии за заболяването, диагностично доказани и аргументиращи необходимостта от хоспитализация;

б) диагностично-лечебен алгоритъм: диагностично-лечебният алгоритъм е съобразен с утвърдените медицински стандарти или консенсусни протоколи и е задължителен за изпълнение, както и фармако-терапевтичните ръководства (съгласно чл. 259, ал. 1, т. 4 ЗЛПХМ), за тези които са приети;

7. поставяне на окончателна диагноза;

8. дехоспитализация при определяне на следболничен режим; обективните критерии за дехоспитализация се съпоставят с обективни критерии при хоспитализация и съгласно алгоритъма на всяка КП;

9. медицинска експертиза на временна неработоспособност;

10. документирани дейности по съответната КП;

11. предоперативната епикриза, както и оперативният протокол са задължителна част от алгоритъма и медицинската документация за всяка КП с оперативна дейност; при извършването и с обща и/или регионална анестезия е задължително извършването на анестезиологична и други предоперативни консултации, отразени в медицинската документация.

Чл. 287. (1) При дехоспитализация изпълнителят на БМП предоставя на пациента епикриза с машинен текст, която се издава в три еднообразни екземпляра, като:

1. първият екземпляр от епикризата се предоставя на пациента или на членовете на семейството му или на придружаващите го лица срещу подпис в „История на заболяване“ (ИЗ);

2. вторият екземпляр от епикриза се оформя и изпраща чрез пациента или чрез членовете на семейството му или чрез придружаващите го лица на ОПЛ;

3. копие от епикриза се прилага към историята на заболяването на пациента и се съхранява в лечебното заведение.

(2) При необходимост се издава ново копие от епикриза по цени, утвърдени от лечебното заведение.

(3) Епикриза съдържа следните реквизити:

1. паспортна част;
2. окончателна диагноза, заболяване с код по МКБ 10 и номер на КП – наименование.
3. придружаващи заболявания с изписано наименование на диагнозата с код по МКБ 10;
4. анамнеза;
5. обективно състояние с локален, соматичен и специализиран статус;
6. параклинични изследвания;
7. консултативни прегледи;
8. терапевтична схема;
9. задължително вписване на използваните в хода на лечението на ЗОЛ лекарства, които НЗОК заплаща извън цената на КП и АПр (вид, доза – еднократна и/или дневна, продължителност курс на лечение), назначени от лекуващия лекар и/или лекар-консултант;
10. ход на заболяването;
11. настъпили усложнения;
12. проведени инвазивни диагностични и терапевтични процедури;
13. дата на оперативната интервенция с оперативна диагноза;
14. извадка от оперативния протокол – вид анестезия, находка, извършена интервенция;
15. постоперативен статус и ход на заболяването след операцията;
16. статус при изписването;
17. изход от заболяването;
18. препоръки за хигиенно-диетичен режим след изписването и назначено медикаментозно лечение след изписването и препоръки за такова;
19. необходимост от контролни прегледи в болницата след изписването;
20. препоръки към ОПЛ на пациента;
21. описание на съпровождащите епикриза изследвания и други документи за служебно ползване;
22. имена и подписи на лекуващия лекар и началника на съответното отделение или негов заместник, като лекуващият лекар може и да не бъде изписващият лекар;
23. печат на лечебното заведение върху екземплярите на епикризите, предоставени на пациента и/или ОПЛ.

(4) Копия от изследванията, резултатът от които се получава след изписването на пациента, при поискване му се предоставят в писмен вид лично или на членове на семейството или на упълномощени от пациента лица.

(5) Лечебното заведение удостоверява за платените от пациента услуги и медицински изделия, както и получена потребителска такса със съответните финансово отчетни документи, които се представят при поискване от лечебното заведение на контролните органи на НЗОК – за дейности, заплащани от НЗОК.

(6) В случаите на изчакване на резултати от проведени изследвания, касаещи потвърждаване на окончателна диагноза, епикриза се предоставя на пациента след получаване на резултата.

Чл. 288. (1) Клиничното проследяване на състоянието на пациента и извършените диагностично-лечебни дейности се вписват в ИЗ.

(2) Извършването на дейности по КП се отразява в медицинската болнична документация и в следните документи:

1. документ № 2 „Предоперативна анестезиологична консултация“ е задължителен за всяка КП с оперативна дейност, извършена с обща или регионална анестезия, и се прикрепва към лист „История на заболяването“ (ИЗ) на пациента, като става неразделна част от него;

2. документ № 4 „Информация за пациента“ (родителя/настойника/попечителя); документът се предоставя на пациента (родителя/настойника/попечителя) в хода на лечебно-диагностичния процес за запознаване и не е част от медицинско-финансовата документация;

3. декларация за информирано съгласие от страна на пациента по отношение провежданите процедури в хода на лечебно-диагностичния процес – изготвя се от изпълнителя на БМП и се прикрепва към ИЗ на пациента, като става неразделна част от него;

4. документ „Физиопроцедурна карта“ (бл. МЗ № 509-89) за физикална терапия и рехабилитация за КП № 112 и КП № 257 – 265 включително, в който се регистрират само процедурите, отразени като основни в „Блок основни терапевтични процедури“ във всяка КП; извършените процедури по КП се кодират съобразно посочените в „Блок основни диагностични/терапевтични процедури“ кодове и следва да съответстват на заложения обем и сложност в същата КП, както и на процедурите по обем и сложност, посочени в съответните утвърдени медицински стандарти или консенсусни протоколи за лечение; този документ се прикрепва към ИЗ на пациента и стават неразделна част от него.

Чл. 289. Документиране в хода на хоспитализацията:

1. в диагностично-консултативния блок/приемен кабинет се води журнал, приет на хартиен или електронен носител, с данни за преминаващите през ДКБ/ПК ЗОЛ; данните от електронния носител могат да се разпечатват при поискване от контролните органи и да се валидират с подпис и печат от лечебното заведение за БМП;

2. хоспитализацията на пациента се документира в ИЗ и в част II на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7);

3. в медицинската документация (ИЗ) се отразява дата и час на постъпването на ЗОЛ в лечебното заведение – изпълнител на БМП;

4. изпълнението на диагностично-лечебния алгоритъм задължително се документира в ИЗ;

5. резултатите от извършените изследвания и процедури, използваните лекарствени продукти, проведените консултации и други обстоятелства се вписват в болничната медицинска документация съгласно изискванията на министъра на здравеопазването и утвърдените в лечебното заведение правила;

6. всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ; рентгеновите филми или друг носител на рентгенови образи се прикрепват към ИЗ; резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“; в случай че оригиналните документи са необходими на пациента за продължение на лечебно-диагностичния процес или за експертиза на здравословно състояние, това се вписва в ИЗ срещу подпис на пациента и в епикризата;

7. в случай че рентгенологичните изследвания се записват само на електронен носител, копие от електронния носител се предоставя на пациента при дехоспитализацията срещу заплащане по определена цена от лечебното заведение; рентгенологичната находка се съхранява в базата данни на лечебното заведение;

8. при извършване на ултразвуково изследване, вкл. и при интервенционални процедури под ехографски контрол, се изготвя и прилага в ИЗ документ „Протокол за ултразвуково изследване“, който съдържа описанието на находката съгласно медицински стандарт по „Образна диагностика“, име на пациента, час и дата на извършване, собственоръчно положено име и подпис от специалиста, осъществил изследването;

9. при извършване на ЕКГ изследване електрокардиограмата и интерпретация на същата се прилагат в ИЗ, като същата съдържа апаратна дата и час на извършването, име на пациента и собственоръчно положено име и подпис от осъществилия изследването;

10. при извършване на изследвания с графично изображение – ЕМГ, ЕЕГ и др., същите съдържат апаратната дата на извършването, име на пациента и собственоръчно положено име и подпис от специалиста, разчел изследването;

11. всички извършени изследвания с графично изображение се прилагат задължително към ИЗ;

12. при извършване на инвазивни/интервенционални процедури се изготвя и се прилага в ИЗ документ „Протокол за инвазивна/интервенционална процедура“, който съдържа описанието на находката, име на пациента, час и дата на извършване, собственоръчно положено име и подпис от специалиста, осъществил изследването;

13. при извършване на ендоскопско изследване се изготвя и прилага в ИЗ документ „Ендоскопски протокол“, който съдържа описанието на находката, име на пациента, час и дата на извършване, собственоръчно положено име и подпис от специалиста, осъществил изследването;

14. при взет материал за хистологично изследване в медицинската документация се прилага резултатът с посочената диагноза и пореден номер от патоанатомичния журнал;

15. използваните в хода на лечението на ЗОЛ лекарства (вид, доза – еднократна и/или дневна, курс на лечение) задължително се отбелязват в лекарствен (осигурени от изпълнителя на БМП) и температурен и/или реанимационен лист на пациента и в ИЗ; в епикриза се отразява информация за проведеното лекарствено лечение;

16. с „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура“ се отчитат медицинските изделия, вложени при лечението по определени КП и АПр, заплащани извън цената на същите; екземпляр от формуляра става неразделна част от ИЗ, а друг екземпляр се представя и се съхранява в РЗОК;

17. превеждането към друго лечебно заведение се документира в ИЗ, в част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) и в епикриза, съдържаща причините за превеждане;

18. превеждането към друга структура в същото лечебно заведение се документира в ИЗ и в етапна епикриза;

19. дехоспитализацията на пациента се документира в ИЗ, в част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) и в епикриза;

20. в случай че пациентът се изписва с диагноза за заболяване, включено в Наредба № 8 от 2016 г., същият се насочва за диспансерно наблюдение.

Чл. 290. (1) Изпълнителят на КП по приложение № 17 „Клинични пътеки“ задължително сключва договор и за изпълнение на АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...“ по приложение № 18.

(2) Алинея първа не се прилага за изпълнителят на БП, сключващ договор само за КП, които не могат да бъдат приключени като АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...“ по приложение № 18.

Условия и ред за извършване на амбулаторни процедури

Чл. 291. (1) Амбулаторна процедура е система от определени с този НРД изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности по отношение на пациенти, чието състояние не налага непрекъснат престой в лечебното заведение.

(2) В алгоритъма на АПр се посочва минималното ниво на компетентност, на което следва да отговаря съответната структура на лечебното заведение.

(3) Амбулаторни процедури № 5, 6, 7, 8, 9, 16, 17, 39 и 42 се изпълняват само в условията на комплексно лечение по чл. 319.

Чл. 292. Лечебните заведения попълват документ № 2 „Предоперативна анестезиологична консултация“, който е задължителен за всяка АПр с оперативна дейност, извършена с обща или регионална анестезия. Този документ се прикрепва към ИЗ и е неразделна част от същата.

Чл. 293. (1) Амбулаторни процедури № 1, 2, 3, 6, 8, 10, 27 и 32 се изпълняват в полза на ЗОЛ, на които е издадено „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8).

(2) Амбулаторни процедури № 7, 9, 39, 40, 41 и 42 се извършват в полза на ЗОЛ, на които е издаден „Лист за диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 9) от лекар от лечебно заведение, изпълнител на АПр.

(3) Амбулаторни процедури № 4, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 31 и 34 се извършват в полза на ЗОЛ, на които е издадено „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7).

(4) Амбулаторни процедури № 25, 26, 28, 29, 30, 33, 35, 36 и 37 се извършват в полза на ЗОЛ, на които е издадено „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А).

Чл. 294. (1) За АПр № 1 направлението по чл. 293, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват всички проведени хроничемодиализни процедури по брой, дата и час на започване и завършване на всяка отделна АПр.

(2) За АПр № 2 и № 3 направлението по чл. 293, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразява броят дни.

Чл. 295. (1) Амбулаторна процедура № 5 приключва с „Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология“ съгласно съответните медицински стандарти. Изготвя се план за поведение в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства.

(2) Решението по ал. 1 съдържа задължително и следните реквизити: дата на вземане на решението, пореден номер, име и положен собственоръчен подпис на членовете на комисията. Поредният номер на решението започва с началото на всяка календарна година.

(3) Екземпляр от решението по ал. 1 е неразделна част от медицинската документация на пациента и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК/РЗОК при поискване, друг екземпляр от решението се съхранява от комисията.

Чл. 296. (1) За АПр № 6 направлението по чл. 293, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват всички проведени процедури по брой.

(2) При последващи планови приеми по АПр № 6 „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8) се издава от лечебните заведения, в които се извършва дейността.

Чл. 297. (1) Дейностите по АПр № 7 се извършват на ЗОЛ, на които е издадено решение от обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология.

(2) Диспансеризацията/диспансерното наблюдение при лица с онкологични заболявания започва след приключване на активното лечение (системно лекарствено лечение или лъчелечение, или оперативно лечение) по повод на основната диагноза. При рецидив на основното заболяване и при преминаване на заболяването в по-напреднал стадий диспансеризацията/диспансерното наблюдение на пациента започва отново от първото мероприятие, предвидено за случаите на първоначална диспансеризация/диспансерно наблюдение.

(3) Обемите и честотата на диспансерното наблюдение на лица със злокачествени заболявания са съгласно приложение № 18 от Наредба № 8 от 2016 г.

(4) При смяна на лечебното заведение, което извършва диспансеризацията на лицата по ал. 1, медицинската документация или копие от нея се предава чрез диспансеризираното лице на новоизбраното лечебно заведение.

Чл. 298. За АПр № 8 направлението по чл. 293, ал. 1 се издава при необходимост от експертна оценка на терапевтичния отговор след приключени три курса на лечение с проследяване при пациенти, провеждащи домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия.

Чл. 299. (1) Дейностите по АПр № 9 се извършват на ЗОЛ, на които е издадена епикриза с диагноза „Муковисцидоза“.

(2) Диспансерното наблюдение на лица с поставена диагноза „Муковисцидоза“ се извършва на всеки три месеца, но не повече от четири пъти годишно.

Чл. 300. (1) Амбулаторни процедури № 16 и 17, за които в наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО е предвидена възможност за повтаряне на същата в съответствие с утвърдената схема, се извършват повече от веднъж месечно.

(2) За процедурите по ал. 1 направлението по чл. 293, ал. 3 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват всички проведени процедури.

Чл. 301. (1) За АПр № 25 направлението по чл. 293, ал. 4 се издава еднократно за дейност в срок от 30 дни, като в същото се отразяват не повече от две процедури.

(2) За АПр № 26 направлението по чл. 293, ал. 4 се издава еднократно за извършване на дейност в срок от 30 дни, като в същото се отразяват не повече от три процедури.

(3) За АПр № 27 направлението по чл. 293, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват не повече от две процедури.

(4) За АПр № 29 направлението по чл. 293, ал. 4 се издава еднократно за дейност в срок от 30 дни, като в същото се отразяват не по-малко от десет процедури.

(5) За АПр № 32 направлението по чл. 293, ал. 1 се издава не повече от два пъти годишно.

Чл. 302. (1) С направлението по чл. 293, ал. 4 за изпълнение на АПр № 36 и 37 пациентите се насочват към ЛКК, сформирани на основание чл. 77 ЗЛЗ в структурите по нуклеарна медицина в лечебното заведение – изпълнител на същите.

(2) Комисията по ал. 1 взема решение за осъществяване на процедурите в 14-дневен срок от подаване на медицинската документация.

Чл. 303. Амбулаторна процедура № 38 приключва с „Решение на специализирана комисия по специалност“ (бл. МЗ-НЗОК № 13) по специалности за пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, ал. 2 от ЗЗО, в което е отразено първоначално кандидатстване или кандидатстване за продължаване на лечението или смяна на терапията, което се представя в случаите по чл. 60, ал. 1.

Чл. 304. Амбулаторна процедура № 39 се предоставя на ЗОЛ до 4 пъти годишно при извършени до 4 клинични прегледа.

Чл. 305. Амбулаторни процедури № 40 и 41 се предоставят на ЗОЛ до 3 пъти годишно при извършени до 3 клинични прегледа.

Чл. 306. Амбулаторна процедура № 42 се предоставя на ЗОЛ до 4 пъти годишно при извършени до 4 клинични прегледа, но не по-малко от 2 през период от 3 месеца.

Чл. 307. (1) Амбулаторни процедури по приложение № 18, за които в наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО не е предвидена възможност за повтаряне на процедурата в съответствие с утвърдена схема, се извършват не повече от веднъж месечно, в зависимост от диагностично-лечебния алгоритъм на същите.

(2) Изпълнители на БМП, които извършват диагностика и лечение на пациенти със заболявания, влизащи в обхвата на АПр, имат право да издават документите по чл. 293.

Чл. 308. Амбулаторните процедури се извършват в съответствие с алгоритмите по приложение № 18 и се отразяват в посочените в тези алгоритми документи.

Чл. 309. (1) Лечебните заведения за болнична помощ, КОЦ и ЦКВЗ, изпълнители на АПр по приложение № 18, сключват договор и за изпълнение на КП „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ от приложение № 17.

(2) Лечебните заведения за СИМП с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа, изпълнители на АПр по приложение № 18, при необходимост от наблюдение на пациента до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура съгласно диагностично-лечебния алгоритъм на АПр задължително превеждат пациента в лечебно заведение за болнична помощ, КОЦ или ЦКВЗ, сключило договор за изпълнение на КП „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ от приложение № 17.

Условия и ред за извършване на клинични процедури

Чл. 310. (1) Клинична процедура е система от определени с този НРД изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти в специализирани структури на лечебни заведения за болнична помощ при изпълнението по отношение на пациента на определени по вид и обхват дейности самостоятелно и/или преди, по време на или след болнично лечение по клинична пътека. Клиничната процедура е с продължителност до 24 часа.

(2) В алгоритъма на КП се посочва минималното ниво на компетентност, на което следва да отговаря съответната структура на лечебното заведение.

Чл. 311. (1) Клинична процедура № 1 „Диализно лечение при остри състояния“ се извършва в полза на ЗОЛ, на които е издадено „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8) от лекар от лечебно заведение – изпълнител на същата.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за месеца на ЗОЛ с остри състояния, налагащи провеждане на диализно лечение.

(3) Нова процедура се провежда при наличие на показания за провеждане на диализно лечение.

Чл. 312. (1) Клинична процедура № 2 „Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане“ се извършва в полза на ЗОЛ, на които е издадено „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8) от лекар от лечебно заведение – изпълнител на същата.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за месеца при показания за продължаване на интензивното лечение след приключване на лечението по КП от приложение № 17.

(3) Започната процедура не може да бъде прекратена преди изтичане на продължителността ѝ. Нова процедура се провежда при наличие на показания за продължаване на интензивното лечение.

(4) Прекратяване на процедурата по ал. 1 (дехоспитализация или привеждане в профилно отделение) се предприема само ако пациентът излезе от моделите на прием (в т. ч. обективни данни за отпадане необходимостта от механична вентилация или от асистирано дишане с назален СРАР) и при него не се появят нови приемни критерии в продължение на 24 последователни часа. Посочените 24 часа, в които пациентът се наблюдава, се считат за една процедура.

Чл. 313. (1) Клинични процедури № 3 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“ и № 4 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“ се извършват в полза на пациенти, на които е издадено „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А) от лекар от лечебно заведение – изпълнител на процедурите.

(2) Нови процедури се провеждат при наличие на показания за продължаване на интензивното лечение.

Чл. 314. Процедурите по чл. 311, ал. 1, чл. 312, ал. 1 и чл. 313, ал. 1 се извършват в съответствие с алгоритмите по приложение № 19 и се отразяват в посочените в тези алгоритми документи.

Условия и ред за извършване на клинична пътека „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“

Чл. 315. В случай че към момента на приключване на дейностите по АПр по приложение № 18, с изключение на АПр № 5, 30, 31 и 38, се установи от медицински специалист необходимост от наблюдение на пациента в стационарни условия с цел предотвратяване на медицински риск от усложнения в резултат на проведената АПр, той може да бъде хоспитализиран по КП с наименование КП „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ и съдържание съгласно приложение № 17, но за период не по-дълъг от 48 часа.

Чл. 316. (1) В случаите по чл. 315 изпълнителят на АПр привежда пациента от АПр по КП към същото или друго лечебно заведение, изпълняващо КП „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ по приложение № 17, като попълва „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7).

(2) Изпращащият изпълнител на АПр задължително предоставя на приемащия изпълнител на КП „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ писмена информация, отразена в амбулаторен лист за клиничното състояние на пациента и оказаните му диагностично-лечебни процедури, както и мотивите за привеждане в приемащото лечебно заведение, изпълняващо КП

„Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ по приложение № 17.

Чл. 317. Клинична пътека „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ по приложение № 17 се извършва в съответствие с алгоритъма на същото и се отразява в съответните документи.

Условия и ред за извършване на амбулаторна процедура „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...“

Чл. 318. (1) Клинична пътека с договорен минимален престой до 3 дни може да бъде изпълнена и приключена като АПр с наименование АПр „Предсрочно изпълнение на КП...“ и съдържание съгласно приложение № 18 в случай, че в рамките на не по-малко от 12 часа от престоя на пациента в лечебното заведение по КП по отношение на него са изпълнени всички задължителни дейности и са налице всички условия за дехоспитализация, определени с този НРД, и е налице писмена оценка от лекар за липсата на медицински риск за пациента от приключването на дейността по КП.

(2) Амбулаторна процедура „Предсрочно изпълнение на КП...“ по приложение № 18 се извършва в съответствие с алгоритъма на същото и се отразява в съответните документи.

Условия и ред за извършване на дейности за „Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)“

Чл. 319. (1) Комплексно лечение на заболяванията по приложение № 11 „Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)“ към чл. 1 и 4 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО се осигурява за:

1. злокачествени заболявания:

- а) злокачествени заболявания при лица до 18 години;
- б) злокачествени солидни тумори при лица над 18 години;
- в) злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години;

2. кожно-венерически болести;

3. тежкопротичащи възпалителни ставни заболявания;

4. редки болести – муковисцидоза.

(2) За заболяванията, посочени в ал. 1, отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на КП и АПр, изчерпателно посочени в приложение № 12 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

Чл. 320. Националната здравноосигурителна каса сключва договори за оказване на медицинска помощ за заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) само с лечебни заведения или техни обединения, които са осигурили комплексното лечение на тези заболявания.

Чл. 321. (1) Националната здравноосигурителна каса сключва договор за изпълнение на АПр № 5 по чл. 319, ал. 1, т. 1, букви „а“ и „б“ само с лечебни заведения, които са създали клинична онкологична комисия (обща или по локализации) в съответствие с медицински стандарт „Медицинска онкология“ и притежават собствени структури по медицинска онкология от минимум 2-ро ниво на компетентност и структура по лъчелечение или нуклеарна медицина от минимум 2-ро ниво на компетентност.

(2) Всички лечебни заведения, които изпълняват по договор с НЗОК дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкологични заболявания само след заключение от клинична

онкологична комисия по АПр № 5, с изключение на случаите, когато лечението се провежда в условията на спешност.

(3) В случаите, когато лечебното заведение по ал. 2 няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр № 5, дейностите на клиничната онкологична комисия се осигуряват по договор с лечебно заведение по ал. 1.

(4) Договор за отделни дейности по чл. 319, ал. 1, т. 1, букви „а“ и „б“ могат да сключат лечебни заведения, които представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по чл. 319, ал. 1, т. 1, букви „а“ и „б“.

(5) Лечебните заведения по ал. 1 и 2 осигуряват на пациентите с онкологични заболявания пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

Раздел IV

Предписване и отпускане на лекарствени продукти, прилагани в болничната помощ и заплащани от НЗОК извън цената на клиничните пътеки и амбулаторните процедури

Чл. 322. Националната здравноосигурителна каса заплаща извън цената на КП и/или АПр лекарствени продукти, които на основание чл. 45, ал. 18 ЗЗО са включени в пакета, определен с наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, както следва:

1. противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания (в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства) по КП № 240, 242, 243, 245, 246, 248, 249, 250, 251 и 252 на необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение;

2. еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия за хематологични заболявания, прилагани в КП № 244 за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване или лечение;

3. противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания по АПр № 6 на необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение;

4. опиоидни аналгетици, предписвани за лечение на пациентите със злокачествени заболявания при диспансерното им наблюдение по АПр № 7.

Чл. 323. (1) Лекарствените продукти по чл. 322 се предписват от изпълнителите на съответната КП и АПр при условията и по реда на глава трета, раздел V от Наредба № 4 от 2009 г. и се отпускат при условията и по реда на глава четвърта, раздел V от Наредба № 4 от 2009 г.

(2) Лекарствените продукти за перорална прицелна противотуморна терапия и перорална химиотерапия за домашно лечение по чл. 322 се предписват в лечебните заведения за БМП и КОЦ на рецептурна бланка (образец МЗ-НЗОК № 6 по приложение № 8г от Наредба № 4 от 2009 г.). Рецептурната бланка се издава в два екземпляра, първият от които се предава чрез пациента на аптеката на лечебното заведение със стационар, а вторият се съхранява от лекуващия лекар/лекар по дентална медицина. Болничната аптека

отпуска на пациента лекарствените продукти срещу подпис и собственоръчно положено име на получилия лекарствата.

Чл. 324. Лечебното заведение, което оказва медицинска помощ по КП и АПр от областта на онкологията и хематологията, следва да разполага на територията си с аптека, която трябва да има лиценз – „Аптека за задоволяване нуждите на лечебно заведение по чл. 222, ал. 4 ЗЛПХМ за лекарствени продукти, включително и приготвяни по магистрална и фармакопейна рецептура, на лекарствени форми за очи и разтвори за парентерално приложение и хранене“, за лекарствените продукти, които НЗОК заплаща извън цената на КП и/или АПр.

Чл. 325. (1) Лекарствените продукти по чл. 322 се предписват от комисиите по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

(2) В протоколите на комисиите по ал. 1 се вписват задължително всички реквизити от приложения № 8б и 8г от чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

(3) Протоколите на комисиите по ал. 1 се предоставят на НЗОК/РЗОК в електронен формат при започване или промяна на лекарственото лечение.

(4) Районната здравноосигурителна каса задължително преди заплащане на лекарствените продукти прави проверка за коректността на протоколите на комисиите, както и за съответствието на същите за всеки отделен случай.

Чл. 326. За определени лекарствени продукти по чл. 322, за които в ПЛС е посочено, че са включени със задължения за проследяване за ефекта на терапията по чл. 31а от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, протоколите се издават от комисиите по чл. 325, ал. 1 от посочени в ПЛС лечебни заведения – университетски болници и лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ.

Чл. 327. (1) Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания, се прилагат по назначените схеми, като пациентите се приемат във времеви график, който гарантира най-малък излишък на формите за инфузия. Този график се утвърждава от завеждащия клиниката/отделението, където се осъществява терапията с инфузионни противотуморни лекарствени продукти.

(2) Националната здравноосигурителна каса задължително преди заплащане на лекарствените продукти по ал. 1 прави проверка за коректността на отчитането в ежедневните файлове, които съдържат информация за индивидуалните дози приложени на пациентите и информация за остатъчните количества.

Чл. 328. В случаите, в които отчетеното за календарен месец количество лекарствен продукт на пациент надвишава определеното количество, изчислено на база максимална месечна доза за средностатистически ръст и тегло (за мъже – 175 см, за жени – 163 см; средно тегло за мъже – 81 кг, за жени – 67 кг) и средностатистическа телесна повърхност (за мъже – 1,98 м², за жени – 1,74 м²), заплащането на лекарствените продукти за съответния отчетен месец на изпълнителите на БМП се извършва след проверка от контролните органи.

Раздел V

Критерии за качество и достъпност на болнична медицинска помощ

Чл. 329. (1) Критериите за качество и достъпност са тези, включени в утвърдените медицински стандарти.

(2) Критериите за качество и достъпност подлежат на мониторинг и контрол.

Раздел VI

Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности в болничната медицинска помощ

Чл. 330. (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща, медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО при условията и по реда на НРД, определена като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО.

(2) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят обеми и цени на видовете медицинска помощ по ал. 1, определени по реда на настоящия раздел.

(3) Обемите и цените за периода от 1.04.2018 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2018 г. по ЗБНЗОК за 2018 г.

(4) Цените и обемите в настоящия раздел подлежат на промяна по реда на чл. 334.

Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности по клинични пътеки

Чл. 331. (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят закупуването на следните обеми за дейностите по КП, посочени по приложение № 9 към чл. 1 от наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	Клинични пътеки	1 398 349	
001	Стационарни грижи при бременност с повишен риск	22 827	400
002	Пренатална инвазивна диагностика на бременността и интензивни грижи при бременност с реализиран риск	3 687	800
003	Оперативни процедури за задържане на бременност	273	150
004	Преждевременно прекъсване на бременността		
004.1	Преждевременно прекъсване на бременността спонтанно или по медицински показания до 13 гест. с. включително	5 537	170
004.2	Преждевременно прекъсване на бременността спонтанно или по медицински показания от 14 гест. с. до 26 г.с. на плода	690	280
005	Раждане	34 175	700
006	Грижи за здраво новородено дете	24 625	200
007	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, първа степен на тежест	8 919	800
008	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, втора степен на тежест	3 432	1 200
009	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, първа степен на тежест	2 303	900
010	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, втора степен на тежест	2 247	1 300
011	Диагностика и лечение на новородени с тегло под 1499 грама	513	3 600

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
012	Диагностика и лечение на дете с вродени аномалии	1 236	1 200
013	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, първа степен на тежест	543	2 000
014	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, втора степен на тежест	429	3 200
015	Диагностика и интензивно лечение на новородени с приложение на сърфактант		
015.1	Диагностика и интензивно лечение на новородени с еднократно приложение на сърфактант, независимо от теглото	170	3 300
015.2	Диагностика и интензивно лечение на новородени с многократно приложение на сърфактант, независимо от теглото	628	5 600
016	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис/остър миокарден инфаркт без инвазивно изследване и/или интервенционално лечение	6 408	350
017	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания	12 741	750
018	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания с механична вентилация	63	1 320
019	Постоянна електрокардиостимулация		
019.1	Постоянна електрокардиостимулация – антибрадикарден пейсмейкър	2 524	550
019.2	Постоянна електрокардиостимулация – кардиовертер	304	1 100
020	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания	6 170	3 318
021	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии	784	3 318
022	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации	4	3 318
023	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация	35	3 600
024	Ендоваскуларно лечение на екстракраниални съдове	4	370
025	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване	14 453	900
026	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение	11 106	3 430

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
027	Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с фибринолитик	78	2 750
028	Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение	5 853	4 540
029	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация	65 916	520
030	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация	339	1 300
031	Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит	209	4 950
032	Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда	2 196	462
033	Диагностика и лечение на ритъмни и проводни нарушения	23 270	435
034	Диагностика и лечение на артериална хипертония в детската възраст	260	700
035	Диагностика и лечение на хипоксемични състояния при вродени сърдечни малформации в детска възраст	17	750
036	Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм без фибринолитик	3 645	700
037	Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм с фибринолитик	203	2 600
038	Диагностика и лечение на хронична обструктивна белодробна болест – остра екзацербация	10 250	550
039	Диагностика и лечение на бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18 годишна възраст	38 600	580
040	Диагностика и лечение на бронхиална астма: средно тежък и тежък пристъп		
040.1	Бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица над 18-годишна възраст	5 712	550
040.2	Бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица под 18-годишна възраст	2 405	650
041	Диагностика и лечение на алергични и инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система		
041.1	Диагностика и лечение на алергични заболявания на дихателната система при лица над 18 години	1 350	400
041.2	Диагностика и лечение при инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система при лица под 18 години	9 361	500

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
042	Диагностика и лечение на гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система		
042.1	Гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица над 18 години	8 231	780
042.2	Гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица под 18 години	47	1 200
043	Бронхоскопски процедури с неголям обем и сложност в пулмологията	1 786	280
044	Високоспециализирани интервенционални процедури в пулмологията	2 200	800
045	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система	16 235	650
046	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система в детска възраст	41	1 200
047	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация	245	1 540
048	Диагностика и лечение на бронхопневмония в детска възраст	43 366	700
049	Диагностика и лечение на бронхиолит в детската възраст	16 625	570
050	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза	35 603	730
051	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с тромболиза	296	3 000
052	Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив	2 083	850
053	Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив	195	1 000
054	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре)	86	5 500
055	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация	2	10 000
056	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми	56 854	500
057	Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити,	1 572	2 000

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	менингоенцефалити и миелити		
058	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система, засягащи ЦНС с начало в детска възраст	376	700
059	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система при възрастни пациенти, засягащи централна нервна система и моторния неврон (ЛАС)	2 077	550
060	Диагностика и лечение на невро-мускулни заболявания и болести на предните рога на гръбначния мозък	180	480
061	Диагностика и лечение на мултипленна склероза	1 357	650
062	Диагностика и лечение на епилепсия и епилептични пристъпи	5 073	400
063	Лечение на епилептичен статус	585	600
064	Диагностика и лечение на миастения гравис и миастенни синдроми		
064.1	Миастения гравис и миастенни синдроми при лица над 18 години	242	500
064.2	Миастения гравис и миастенни синдроми при лица под 18 години	4	657
065	Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация	2	5 000
066	Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация	7	7 000
067	Диагностика и лечение на паркинсонова болест	525	231
068	Диагностика и лечение на заболявания на горния гастроинтестинален тракт	16 157	600
069	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт	14 246	850
070	Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит	1 921	1 200
071	Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво	9 790	605
072	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт	10 334	600
073	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума	7 025	1 500
074	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума	26 776	920

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
075	Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза)	7 165	1 100
076	Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания	10 022	700
077	Диагностика и лечение на хронични диарии, с начало в детската възраст	2	400
078	Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет		
078.1	Декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години	26 437	660
078.2	Декомпенсиран захарен диабет при лица под 18 години	718	610
079	Диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза	2 372	341
080	Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека		
080.1	Заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица над 18 години	1 568	500
080.2	Заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица под 18 години	599	650
081	Лечение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна		
081.1	Костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица над 18 години	218	450
081.2	Костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица под 18 години	33	450
082	Диагностика на лица с метаболитни нарушения	3 399	630
083	Лечение на лица с метаболитни нарушения	563	630
084	Диагностика и лечение на остър и хроничен обострен пиелонефрит	21 322	500
085	Диагностика и лечение на гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания – новооткрити	1 320	950
086	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания		
086.1	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания – при лица над 18 години	6 452	950
086.2	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания – при лица под 18 години	172	1 050
087	Диагностика и лечение на остра бъбречна недостатъчност		
087.1	Остра бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	2 042	900

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
087.2	Остра бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	24	1 050
088	Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност		
088.1	Хронична бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	3 500	400
088.2	Хронична бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	100	400
089	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан		
089.1	Системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години	3 257	500
089.2	Системни заболявания на съединителната тъкан при лица под 18 години	162	580
090	Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания		
090.1	Възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години	14 933	750
090.2	Възпалителни ставни заболявания при лица под 18 години	723	770
091	Диагностика и лечение на дегенеративни и обменни ставни заболявания	4 923	500
092	Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози	203	770
093	Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата	4 437	500
094	Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен	1 233	550
095	Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем	532	400
096	Лечение на кожни прояви при съединително-тъканни заболявания и васкулити	232	434
097	Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин	8	250
098	Диагностика и лечение на остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром	13 747	620
099	Диагностика и лечение на инфекциозни и паразитни заболявания, предавани чрез ухапване от членестоноги	294	520
100	Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит А и Е	2 020	1 100
101	Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит В, С и D	505	1 277
102	Диагностика и лечение на паразитози	49	457
103	Диагностика и лечение на покривни инфекции	14	457
104	Диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални	3 316	500

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	заболявания – остро протичащи, с усложнения		
105	Диагностика и лечение на вирусни хеморагични трески	1	1 000
106	Диагностика и лечение на токсоалергични реакции		
106.1	Токсоалергични реакции при лица над 18 години	3 167	500
106.2	Токсоалергични реакции при лица под 18 години	2 711	550
107	Диагностика и лечение на отравяния и токсични ефекти от лекарства и битови отрови	3 610	750
108	Диагностика и лечение на фалويدно гъбно отравяне	1	2 200
109	Диагностика и лечение на токсична епидермална некролиза (болест на Лайел)	7	1 650
110	Лечение на доказани първични имунодефицити	41	2 163
111	Диагностика и лечение на остри внезапно възникнали състояния в детската възраст	2 724	250
112	Диагностика и лечение на муковисцидоза	53	1 200
113	Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип		
113.1	Консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип (диагностична)	177	200
113.2	Консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип с минимален болничен престой 4 дни	13 712	400
114	Интензивно лечение на коматозни състояния, неиндицирани от травма	1 611	2 200
115	Интензивно лечение при комбинирани и/или съчетани травми	310	2 500
116	Оперативно лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години	1 295	10 100
117	Оперативно лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение при лица от 0 до 18 години. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица от 0 до 18 години	24	10 100
118	Оперативно лечение на деца до 1 година с критични вродени сърдечни малформации в условията на екстракорпорално кръвообращение	39	18 000
119	Оперативни процедури при комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условия на екстракорпорално	1 593	13 500

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	кръвообращение		
120	Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция	527	14 500
121	Оперативно лечение на заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица над 18 години	597	3 450
122	Оперативно лечение при заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица под 18 години	31	4 500
123	Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им	4 444	3 500
124	Оперативно лечение на хронична съдова недостатъчност във феморо-поплитеалния и аксило-брахиалния сегмент	3 994	1 919
125	Оперативно лечение на клонове на аортната дъга	335	1 709
126	Спешни оперативни интервенции без съдова реконструкция при болни със съдови заболявания (тромбектомии, емболектомии, ампутации и симпатектомии)	1 435	1 100
127	Консервативно лечение на съдова недостатъчност	5 381	520
128	Консервативно лечение с простагландинови/простациклинови деривати при съдова недостатъчност	2	330
129	Оперативно лечение при варикозна болест и усложненията ѝ	339	400
130	Оперативни процедури върху придатъците на окото с голям обем и сложност	3 395	300
131	Други операции на очната ябълка с голям обем и сложност	869	410
132	Кератопластика	355	1 000
133	Консервативно лечение на глаукома, съдови заболявания на окото и неперфоративни травми	10 324	273
134	Консервативно лечение при инфекции и възпалителни заболявания на окото и придатъците му	3 481	249
135	Оперативно лечение при заболявания на ретина, стъкловидно тяло и травми, засягащи задния очен сегмент	2 030	700
136	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с много голям обем и сложност	1 133	2 950
137	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с голям обем и сложност	5 053	1 500
138	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото със среден обем и сложност	8 821	650
139	Високотехнологична диагностика при ушно-носно-гърлени	2 990	450

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	болести		
140	Консервативно парентерално лечение при ушно-носно-гърлени болести	1 264	150
141	Трансуретрално оперативно лечение при онкологични заболявания на пикочния мехур	3 352	1 000
142	Радикална цистопростатектомия с ортотопичен пикочен мехур	22	4 000
143	Трансуретрална простатектомия	2 097	1 100
144	Отворени оперативни процедури при доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза и нейните усложнения	503	1 100
145	Ендоскопски процедури при обструкции на горните пикочни пътища	13 363	774
146	Оперативни процедури при вродени заболявания на пикочо-половата система	281	2 500
147	Оперативни процедури върху мъжка полова система	8 688	600
148	Оперативни процедури на долните пикочни пътища с голям обем и сложност	388	2 600
149	Оперативни процедури на долните пикочни пътища със среден обем и сложност	737	1 160
150	Оперативни процедури при инконтиненция на урината	97	612
151	Реконструктивни операции в урологията	349	1 000
152	Ендоскопски процедури при обструкции на долните пикочни пътища	10 664	520
153	Оперативни процедури при травми на долните пикочни пътища	310	1 000
154	Оперативни процедури на бъбрека и уретера с голям и много голям обем и сложност	2 522	2 300
155	Оперативни процедури на бъбрека и уретера със среден обем и сложност	1 047	950
156	Радикална цистектомия. Радикална цистопростатектомия	140	3 200
157	Радикална простатектомия	349	2 800
158	Оперативни интервенции при инфекции на меките и костни тъкани	16 625	550
159	Артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	1 619	700

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
160	Нерадикално отстраняване на матката	3 949	1 100
161	Радикално отстраняване на женски полови органи	786	1 100
162	Оперативни интервенции чрез коремен достъп за отстраняване на болестни изменения на женските полови органи	4 710	770
163	Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или инвазивно изследване на женските полови органи	17 378	330
164	Корекции на тазова (перинеална) статика и/или на незадържане на урината при жената	995	806
165	Диагностични процедури и консервативно лечение на токсоинфекциозен и анемичен синдром от акушеро-гинекологичен произход	7 180	460
166	Корекции на проходимост и възстановяване на анатомия при жената	70	650
167	Системна радикална ексцизия на лимфни възли (тазови и/или парааортални и/или ингвинални) като самостоятелна интервенция или съчетана с радикално отстраняване на женски полови органи. Тазова екзентерация	737	2 200
168	Високотехнологична асистирана с робот гинекологична хирургия	250	8 000
169	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок	78	1 500
170	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок, с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването	8	6 800
171	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	1 704	2 800
172	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	20	3 100
173	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица над 18 години	154	1 780
174	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица под 18 години	17	1 780
175	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	6 833	2 600

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
176	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	92	2 650
177	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица над 18 години	1 802	1 100
178	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица под 18 години	24	1 150
179	Оперативни процедури върху апендикс	2 629	650
180	Хирургични интервенции за затваряне на стома	193	650
181	Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство	10 125	500
182	Оперативни процедури при хернии	10 591	650
183	Оперативни процедури при хернии с инкарцерация	2 432	700
184	Конвенционална холецистектомия	675	1 150
185	Лапароскопска холецистектомия	3 200	950
186	Оперативни процедури върху екстрахепаталните жлъчни пътища	1 133	2 300
187	Оперативни процедури върху черен дроб	928	3 350
188	Оперативни процедури върху черен дроб при ехинококова болест	82	1 450
189	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, с голям и много голям обем и сложност	566	4 950
190	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, със среден обем и сложност	41	1 820
191	Оперативни процедури върху далака		
191.1	Оперативни процедури върху далака при лица над 18 години	111	1 000
191.2	Оперативни процедури върху далака при лица под 18 години	7	1 500
192	Оперативни интервенции при диабетно стъпало, без съдово-реконструктивни операции	4 887	1 200
193	Оперативно лечение на онкологично заболяване на гърдата: стадии Tis 1-4 N 0-2 M0-1	2 794	1 300
194	Оперативни интервенции върху гърда с локална ексцизия и биопсия	2 820	300
195	Оперативно лечение при остър перитонит	2 949	2 200
196	Оперативно лечение на интраабдоминални абсцеси	127	1 500
197	Консервативно лечение при остри коремни заболявания	15 618	750
198	Хирургично лечение при животозастрашаващи инфекции на	4 204	2 200

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	меките и костни тъкани		
199	Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени и доброкачествени новообразувания		
199.1	Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания	2 945	550
199.2	Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания	4 801	305
200	Реконструктивни операции на гърдата по медицински показания след доброкачествени и злокачествени тумори, вродени заболявания и последици от травми и изгаряния	90	800
201	Оперативни процедури върху щитовидна и паращитовидни жлези, с голям и много голям обем и сложност	589	1 000
202	Оперативни процедури върху щитовидна и паращитовидни жлези, със среден обем и сложност	891	800
203	Хирургично лечение при надбъбречни заболявания	51	1 500
204	Тежка черепно-мозъчна травма – оперативно лечение	316	3 400
205	Тежка черепно-мозъчна травма – консервативно поведение	284	1 330
206	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)	1 940	3 900
207	Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин	628	2 300
208	Консервативно поведение при леки и средно тежки черепно-мозъчни травми	8 226	400
209	Хирургично лечение при травма на главата	634	1 052
210	Периферни и черепномозъчни нерви (екстракраниална част) – оперативно лечение	1 447	800
211	Гръбначни и гръбначно-мозъчни оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност	1 574	2 450
212	Гръбначни и гръбначно-мозъчни оперативни интервенции с малък и среден обем и сложност	1 818	1 819
213	Оперативно лечение на тумори на бял дроб, медиастиnum, плевра и гръдна стена	1 246	2 700
214	Разширени (големи) операции с пълно или частично отстраняване на повече от един интраторакален орган, включително медиастинален тумор или гръдна стена. Едноетапни операции при белодробни болести засягащи двата	246	3 300

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	бели дроба при болести със съчетана белодробна и друга локализация		
215	Оперативно лечение на болести на бял дроб, медиастиnum, плевра и гръдна стена, без онкологични заболявания	1 453	1 650
216	Спешни състояния в гръдната хирургия	1 326	550
217	Оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на таза и долния крайник		
217.1	Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник	12 423	2 050
217.2	Оперативни процедури с много голям обем и сложност на таза, тазобедрената и колянната става	1 018	4 700
217.3	Оперативни процедури при множествени счупвания и/или луксации на таза, горни и долни крайници	230	5 350
218	Оперативни процедури с алопластика на тазобедрена и колянна става	6 746	1 257
219	Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност	11 761	910
220	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност	7 175	1 000
221	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с много голям обем и сложност	1 155	1 326
222	Средни оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	8 525	460
223	Оперативни процедури при заболявания на гръдния кош	378	720
224	Септични (бактериални) артрити и остеомиелити при лица под 18 години	20	1 200
225	Хирургично лечение в лицево-челюстната област с много голям обем и сложност	425	1 000
226	Оперативно лечение в лицево-челюстната област с голям обем и сложност	609	705
227	Оперативни процедури в лицево-челюстната област със среден обем и сложност	6 683	863
228	Оперативно лечение на възпалителни процеси в областта на лицето и шията	4 035	500
229	Консервативно лечение при заболявания на лицево-челюстната област	3 274	300

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
230	Оперативно лечение на вродени малформации в лицево-челюстната област	115	900
231	Лечение на фрактури на лицевите и челюстните кости	591	803
232	Хирургично лечение на изгаряния с площ от 5 % до 10 % при възрастни и до 3 % при деца	121	500
233	Хирургично лечение при необширни изгаряния с площ от 1 до 19 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции	1 816	3 030
234	Хирургично лечение при обширни изгаряния над 20 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции	107	9 000
235	Оперативно лечение на поражения, предизвикани от ниски температури (измръзване)	221	500
236	Оперативно лечение на последствията от изгаряне и травма на кожата и подкожната тъкан	1 654	1 700
237	Оперативно лечение на кожни дефекти от различно естество, налагащи пластично възстановяване	1 153	950
238	Реплантация и реконструкции с микросъдова хирургия	61	7 000
239	Оперативно лечение на деца до 1 година с вродени аномалии в областта на торакалната и абдоминалната област	100	10 000
240	Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения	52 313	470
241	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания		
241.1	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори с КТ	20 696	400
241.2	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори с ЯМР	1 724	600
242	Диагностика и лечение на левкемии	6 697	850
243	Диагностика и лечение на лимфоми	6 989	665
244	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии	13 015	570
245	Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст	1 167	1 000
246	Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности	2 287	665

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
247	Брахитерапия с ниски активности	126	327
248	Конвенционална телегаматерапия	282	640
249	Триизмерна конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници	508	1 100
250	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания		
250.1	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания 3 дни престой без лъчехимиотерапия	3 869	1 850
250.2	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания 30 дни престой или не по-малко от 20 процедури без нощувка	2 052	3 700
251	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания		
251.1	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания престой 5 дни или не по-малко от 5 процедури	1 629	2 700
251.2	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания 30 дни престой или не по-малко от 20 процедури без нощувка	2 500	5 400
252	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания		
252.1	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания	423	4 500
252.2	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания – роботизирана с кибернож	30	9 000
253	Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания	12 899	65
254	Продължително лечение и ранна рехабилитация след острия стадий на исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт с остатъчни проблеми за здравето	7 615	50
255	Продължително лечение и ранна рехабилитация след инфаркт на миокарда и след сърдечни интервенции	1 149	50
256	Продължително лечение и ранна рехабилитация след оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност с остатъчни проблеми за здравето	5 972	54
257	Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи при персистиращо/хронично/вегетативно състояние	53	100
258	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на	3 300	40

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	централна нервна система		
259	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на периферна нервна система	1 700	40
260	Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа	31 006	60
261	Физикална терапия и рехабилитация при първични мускулни увреждания и спинална мускулна атрофия	59	400
262	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система	8 705	482
263	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система	26 425	330
264	Физикална терапия и рехабилитация след преживян/стар инфаркт на миокарда и след оперативни интервенции	604	482
265	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат	59 639	330
266	Речева рехабилитация след ларингектомия	49	285
999	Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура	784	120

(2) Обемите за КП № 253 – 260 са в брой леглодни, като цената е за 1 леглоден.

(3) За случай по КП, отчетен като АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...“ по приложение № 11 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, се заплаща 80 % от цената на съответната КП, с изключение на КП № 240, 241, 242, 243 и 245, за които се заплаща 60 % от цената на съответната КП.

(4) За случай по КП № 16, 17, 19.1, 20, 25, 27 или 33, отчетен като АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...“ по приложение № 11 на наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, се заплаща цената на съответната КП № 16, 17, 19.1, 20, 25, 27 или 33.

Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности по клинични процедури

Чл. 332. Националната здравноосигурителна каса през 2018 г. закупува договорените с БЛС обеми за дейностите по КПр по приложение № 8 към чл. 1 наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	Клинични процедури	146 337	
01	Диализно лечение при остри състояния	6 505	144
02	Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане	920	100

03	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене	86 179	426
04	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене	52 733	155

Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности по амбулаторни процедури

Чл. 333. Националната здравноосигурителна каса през 2018 г. закупува договорените с БЛС обеми за дейностите по АПр по приложение № 7 към чл. 1 наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	Амбулаторни процедури	758 165	
01	Хронично хемодиализа	372 862	144
02	Перитонеална диализа с апарат	11 427	130
03	Перитонеална диализа без апарат	23 612	93
04	Осигуряване на постоянен достъп за провеждане на диализно лечение и химиотерапия	462	182
05	Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания	61 510	50
06	Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания	58 933	150
07	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания	70 433	130
08	Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия	1 708	250
09	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при муковисцидоза	2	45
10	Наблюдение при пациенти с невромускулни заболявания на неинвазивна вентилация	2	160
11	Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика	2 265	91
12	Бъбречно-каменна болест: уролитиаза – екстракорпорална литотрипсия	6 104	266
13	Инструментална диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза	1 096	154
14	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на заболявания на хипофизата и надбъбрека	776	210
15	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна	66	150

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
16	Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис	1 075	32
17	Диагностика и лечение на еритродермии	698	26
18	Оперативни процедури в областта на ушите, носа и гърлото и лицево-челюстната област с малък обем и сложност	4 556	250
19	Оперативно отстраняване на катаракта	25 828	380
20	Хирургично лечение на глаукома	1 246	390
21	Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност	9 649	150
22	Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник	7 042	193
23	Малки оперативни процедури на таза и долния крайник	2 471	256
24	Малки артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	2	144
25	Диагностична и терапевтична пункция и/или биопсия	80	58
26	Амбулаторни хирургични процедури	7 270	90
27	Специфични изследвания при хематологични заболявания	2 284	250
28	Паравертебрални блокади и блокади на отделни нерви	2	25
29	Поетапна вертикализация и обучение в ходене	796	100
30	Напасване на протеза на горен или долен крайник	2	24
31	Амбулаторно наблюдение на лица с кохлеарно-имплантна система	35	50
32	Амбулаторно наблюдение на лица с постоянен електрокардиостимулатор	1 109	50
33	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема	661	12
34	Ендоскопска диагностика на заболявания, засягащи стомашно-чревния тракт	1 190	120
35	Сцинтиграфски изследвания	8 282	70
36	Позитронно-емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ) (PET/CT)	9 021	2 000
37	Еднофотонна емисионна компютърна томография с компютърна томография – SPECT/CT на хибриден скенер	3 355	350
38	Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 от ЗЗО	51 883	22
39	Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит	11	150

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
40	Амбулаторно лечение и контрол на идиопатична белодробна фиброза	2	90
41	Амбулаторно лечение и контрол при туберозна склероза	2	90
42	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация на пациенти с тежкопротичащи възпалителни полиартропатии и спондилопатии	8 355	90

Чл. 334. (1) В съответствие с чл. 55а от ЗЗО НЗОК и БЛС планират и договарят закупуването за ЗОЛ на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО в рамките на договорените обеми по чл. 331, 332 и 333, както и в съответствие с бюджета на НЗОК за 2018 г.

(2) В изпълнение на чл. 4, ал. 5 от ЗБНЗОК за 2018 г. представителите по чл. 54, ал. 1 от ЗЗО извършват наблюдение и анализ за изпълнението на договорените обеми, както и текущо – за изпълнението на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания към 30.06.2018 г., 30.09.2018 г., 31.12.2018 г. и към 31.03.2019 г. по месеците на извършване на дейността. След 30.06.2018 г. БЛС получава на тримесечие информация за касовото изпълнение на здравноосигурителните плащания по бюджета на НЗОК.

(3) В случай че при анализа по ал. 2 се установи превишение на договорените обеми и/или очакван преразход на средствата за здравноосигурителни плащания за медицински дейности в БМП спрямо месечното разпределение на бюджета за съответния отчетен/прогнозен период по ал. 2, надхвърлящ с повече от 3 на сто с натрупване определените параметри в месечното разпределение на бюджета за БМП за съответния отчетен/прогнозен период по ал. 2, НС на НЗОК и УС на БЛС преминават към договаряне на коригирани цени в рамките на оставащите средства в рамките на 2018 г. в срок до 15-о число на месеца, следващ анализа.

(4) Когато в срока по ал. 3 не се постигне договореност, НС на НЗОК намалява цените на КП/КПр/АПр в рамките на оставащите средства за здравноосигурителните плащания за БМП.

(5) Корекциите по ал. 3 или 4 се отразяват в допълнителни споразумения към сключените договори с изпълнителите на БМП.

(6) В случай че при анализа по ал. 2 се установи очаквано неизпълнение на договорените обеми и/или очаквано неусвояване на средства за здравноосигурителни плащания за медицински дейности в БМП към 31 декември 2018 г., в едномесечен срок от анализа НЗОК и БЛС договарят промени в договорените обеми и цени в рамките на бюджетните средства на НЗОК за съответните здравноосигурителни плащания, което създава основание за промяна в сключените договори с изпълнителите на БМП.

(7) Текущо през периода на действие на този договор в зависимост от оказаната на ЗОЛ медицинска помощ, когато по някоя дейност се достигне обемът, преди да е извършена актуализация по ал. 3, 4 и 6, тези дейности се заплащат в рамките на наличните средства за здравноосигурителни плащания за БМП по бюджета на НЗОК.

(8) Надзорният съвет на НЗОК може да одобрява компенсирани промени между елементите на разходите по отделните видове дейност в случай на отклонение от параметрите по чл. 331 – 333 в рамките на средствата по бюджета на НЗОК на годишна

база, след становище на БЛС в срок до 7 календарни дни след постъпване на искането от НЗОК.

(9) Националната здравноосигурителна каса осъществява контрол по реда на глава четиринадесета на изпълнителите на БМП, извършващи дейности, за които при анализа по ал. 2 се наблюдава превишение на обемите по чл. 331 – 333, водещо до преразход на средствата по здравноосигурителните плащания.

(10) В хода на изпълнение на НРД в резултат на анализа по ал. 2 от НЗОК и БЛС могат да коригират договорените с НРД индикации за хоспитализация и критерии за дехоспитализация по КП/КПр/АПр в съответствие с Наредбата за основния пакет и медицинските стандарти.

Раздел VII

Методика за остойността на дейностите в болничната медицинска помощ

Чл. 335. Методиката на образуване на стойностите, за които НЗОК през 2018 г. има финансов капацитет да закупи дейностите по пакета медицинска помощ по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, се състои от следните последователни етапи:

1. Дефиниране на обхвата на медицинската помощ по пакета по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, заплащан от съответния вид здравноосигурителни плащания по ЗБНЗОК за 2018 г., в разделите на този договор за условия и ред за оказване на помощта.

2. Определяне на отделните дейности в обхвата на всеки вид здравноосигурителни плащания по т. 1 в разделите за обеми, цени и методика за закупуване на медицинската помощ на този НРД.

3. Определяне на прогнозните обеми по всяка отделна дейност по т. 2 за заплащане през 2018 г. съобразно:

3.1. информацията за отчетения и заплатен годишен брой дейности от съответния вид през 2015 – 2017 г.;

3.2. отчетените тенденции в годишния ръст на обемите;

3.3. промени в пакетите през предходните периоди, съотносими към съответната дейност по пакета медицинска помощ по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО за 2018 г.;

3.4. налична информация за промени във външни фактори, които оказват влияние на обема на извършване на съответния вид дейност:

а) демографски фактори и тенденции;

б) промени в нормативната уредба;

в) промени в заболеваемостта;

г) промени в медицинската практика и технология;

д) други значими фактори;

3.5. експертно становище от националните консултанти и бордовете по специалности за очакваните/необходимите годишни обеми за нови (незаплащани през предходните години) дейности по пакета за 2018 г.

4. Определяне на прогнозните стойности на необходимите средства за закупуване на прогнозните обеми по т. 3 по действащите през 2017 г. цени и експертно становище от националните консултанти и бордовете по специалности за цените за нови (незаплащани през предходните години) дейности по пакета за 2018 г.

5. Формиране на стойности, за които НЗОК има финансов капацитет да закупи обемите дейности по т. 3, подлежащи на заплащане през 2018 г. по този НРД, с цел балансиране на прогнозните стойности по т. 4 с размера на финансовата рамка за съответните здравноосигурителни плащания по ЗБНЗОК за 2018 г. чрез прилагане на:

а) еднакви коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през 2017 г. цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (вкл. и предложените от националните консултанти цени на новите дейности по т. 4);

б) различни коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през 2017 г. цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (вкл. и предложените от националните консултанти цени на новите дейности по т. 4), съобразени с налични данни за оценяване на съответната дейност.

Раздел VIII

Методика за закупуване на дейностите в болничната медицинска помощ

Чл. 336. (1) Тази методика урежда закупуването на дейностите за БМП за:

1. задължително здравноосигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 от ЗЗО с непрекъснати здравноосигурителни права;

2. здравнонеосигурени лица съгласно § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2018 г.:

а) за акушерска помощ по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ;

б) за интензивно лечение;

3. лица, които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес по реда на Постановление № 17 на Министерския съвет от 2007 г. за определяне на условията и реда за разходване на целевите средства за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ на лица, които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес съгласно § 9, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2018 г.;

4. лица, осигурени в друга държава, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби за социално осигуряване, по силата на които лицата имат право на болнична помощ, предоставяна от НЗОК.

(2) Заплащането по ал. 1, т. 2 се извършва чрез трансфери от Министерството на здравеопазването по реда на § 2 от ЗБНЗОК за 2018 г.

(3) Заплащането по ал. 1, т. 3 се извършва чрез целеви средства от Агенцията за социално подпомагане по реда на § 9, ал. 3 от ЗБНЗОК за 2018 г.

Чл. 337. (1) Националната здравноосигурителна каса закупува договорената и извършената дейност от изпълнителите на БМП от обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО, както следва:

1. за дейностите по КП, които включват:

а) медико-диагностични изследвания, медицински процедури и прегледи, необходими за удостоверяване на необходимостта от хоспитализация;

б) медицински дейности по КП, в стойността на които се включват: необходимите за дейността лекарствени продукти, анестетици и контрастни вещества (извън тези по чл. 322, т. 1 и 2); медицински изделия извън тези в списъка по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 г.; услуги, включващи професионални грижи и диетично хранене, предоставени на пациентите по време на тяхната хоспитализация;

в) медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите;

г) до два контролни прегледа (освен ако в диагностично-лечебния алгоритъм на КП не е предвидено друго) в лечебно заведение – изпълнител на БМП, при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, задължително вписани в епикриза;

2. за дейностите по АПр, които включват:

а) медико-диагностични изследвания, медицински процедури и прегледи, необходими за удостоверяване на необходимостта от лечение;

б) медицински дейности по АПр, в стойността на които се включват: необходимите за дейността лекарствени продукти, анестетици и контрастни вещества (извън тези по чл. 322, т. 3 и 4); медицински изделия извън тези в списъка по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 г.; услуги, включващи професионални грижи и диетично хранене, предоставени на пациентите по време на тяхното лечение;

в) медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите;

3. за дейностите по КПр:

а) медико-диагностични изследвания, медицински процедури и прегледи, необходими за удостоверяване на необходимостта от хоспитализация;

б) медицински дейности по КПр, в стойността на които се включват: необходимите за дейността лекарствени продукти, анестетици и контрастни вещества; услуги, включващи професионални грижи и диетично хранене, предоставени на пациентите по време на тяхната хоспитализация;

в) медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите;

4. лекарствени продукти по чл. 322.

(2) Лекарствените продукти по чл. 322 се заплащат при условията и по реда на Наредба № 10 от 2009 г.

(3) Вложените при изпълнение на КП и АПр медицински изделия от списъка по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 г. НЗОК заплаща извън цената на КП и АПр. Медицинските изделия се заплащат до стойностите, до които НЗОК заплаща за съответните групи медицински изделия.

(4) При промяна на терапията във връзка с придружаващо хронично заболяване в случаите по ал. 1 НЗОК не заплаща лекарствата за периода на хоспитализация, като те се осигуряват от лечебното заведение – изпълнител на БМП.

Чл. 338. Националната здравноосигурителна каса заплаща по реда на тази методика за пациентите, хоспитализирани след влизането в сила на договора между НЗОК и съответния изпълнител на БМП.

Чл. 339. Заплащането по чл. 338 се извършва в левове по цени и обеми, определени по раздел VI.

Чл. 340. (1) За всеки случай по КП № 253, 254, 255, 256, 257 и 260 и по КПр № 2, 3 и 4 определената цена за един леглоден се умножава по броя на пролежаните леглодни при спазване на ограниченията за болничен престой, установен в алгоритъма на съответните КП и КПр.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща за срока на действие на този НРД една хоспитализация на ЗОЛ, отчетена по КП № 257 – 265 включително, с изключение на предвидените случаи в съответните диагностично-лечебни алгоритми (ДЛА) на посочените КП.

(3) За КП № 17 и 18 НЗОК заплаща до 2 пъти годишно на едно ЗОЛ за определен съдов сегмент съгласно диагностично-лечебния алгоритъм.

Чл. 341. (1) За АПр се заплаща съгласно ДЛА, както следва:

1. за АПр № 1, 2 и 3 – за всеки отделен случай за отчетен месец;

2. за АПр № 4 – една АПр на едно ЗОЛ за месец;

3. за АПр № 5, 11, 13 – 15, 18, 21 – 24, 28, 34 – 37 – не повече от една АПр на едно ЗОЛ за месец;

4. за АПр № 12 – три процедури за 12 месеца на бъбрек;

5. за АПр № 6 – не повече от предвидените в ДЛА;

6. за АПр № 7 – съгласно приложение № 18 на Наредба № 8 от 2016 г.;

7. за АПр № 8 и 9 – не повече от четири АПр на едно ЗОЛ за година;
8. за АПр № 10 и 31 – не повече от една АПр на едно ЗОЛ за година;
9. за АПр № 16 – не повече от десет последователни АПр на едно ЗОЛ за месец и не повече от 4 пъти годишно на едно ЗОЛ;
10. за АПр № 17 – не повече от седем последователни АПр на едно ЗОЛ за месец и не повече от 4 пъти годишно на едно ЗОЛ;
11. за АПр № 19, 20 и 32 – не повече от две АПр на едно ЗОЛ за година;
12. за АПр № 25 – не повече от две АПр с едно „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А);
13. за АПр № 26 – не повече от три АПр с едно „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А);
14. за АПр № 27 – при извършване и на двете диагностични процедури, включени в тази АПр, се заплаща два пъти стойността на същата;
15. за АПр № 29 – заплаща се пакетна цена за минимум 10 процедури на едно ЗОЛ;
16. за АПр № 30 – не повече от десет последователни медицински дейности на едно ЗОЛ и не повече от 2 АПр годишно на едно ЗОЛ;
17. за АПр № 33 – за не повече от 12 броя годишно на ЗОЛ;
18. за АПр № 38 – до три броя на диагноза за ЗОЛ годишно;
19. за АПр № 39 – до 4 пъти годишно;
20. за АПр № 40 и 41 – до 3 пъти годишно;
21. за АПр № 42 – до четири пъти годишно на едно ЗОЛ.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителя на АПр № 31 за външен компонент – речеви процесор от кохлеарно-имплантна система при необходимост от подмяна след изтичане на 5 години след гаранционния срок и по определен ред и критерии.

Чл. 342. (1) Контролните прегледи, включени в КП, не следва да бъдат извършени с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ – бланка МЗ – НЗОК № 3, от същия/друг лекар, извършил дейността по тази КП.

(2) Контролните прегледи след изписване не се отнасят до:

1. профилактични прегледи;
2. прегледи от ОПЛ или от лекар – специалист от СИМП, за предписване на лекарства;
3. преглед по повод диспансерно наблюдение;
4. прегледи при назначаване и извършване на процедури от пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“;
5. прегледи по повод извършване на дейности по медицинска експертиза.

(3) Пациентът, преминал по КП, има право на контролните прегледи по чл. 337, ал. 1, т. 1, буква „г“, извършени в лечебното заведение – изпълнител на БМП, от същия/друг лекар, извършил дейността, но без да се отчитат с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3).

(4) В случаите на отчитане на прегледите по чл. 337, ал. 1, т. 1, буква „г“ с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ – бланка МЗ-НЗОК № 3, от лечебно заведение за СИМП НЗОК не заплаща прегледа, извършен от специалиста в СИМП, работещ в лечебното заведение по ал. 3.

(5) Всички изследвания, прегледи и консултации, необходими за извършване на задължителните контролни прегледи след дехоспитализация, се извършват от лечебното заведение – изпълнител на БМП, по КП по преценка на лекуващия лекар.

(6) В случаите на отчитане на дейностите и изследванията по ал. 5 с „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ – бланка МЗ – НЗОК № 3А, и „Направление за медико-диагностична дейност“ – бланка МЗ – НЗОК № 4, от изпълнител на СИМП НЗОК не заплаща изследванията, назначени от лекаря в ПИМП, лекаря – специалист в СИМП, и лечебно заведение за болнична помощ, изпълнител на СИМП.

Чл. 343. Националната здравноосигурителна каса заплаща за периода на хоспитализация само по една КП на един пациент за комплексно лечение на основно заболяване, придружаващи заболявания и усложнения.

Чл. 344. (1) В случай на хоспитализация по КП/АПр/КПр и необходимост от провеждане на КП/АПр и/или КПр в рамките на същия болничен престой се заплаща КП и АПр и/или КПр, с изключение на:

1. амбулаторна процедура № 6 в рамките на същия болничен престой по КП 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 250 и 251 и АПр № 5, 7 и 8;

2. амбулаторна процедура № 7 в рамките на същия болничен престой по КП № 240, 241, 242, 243, 246, 247, 248, 249, 250, 251 и 252 или оперативно лечение по повод на основната диагноза, за която лицето е диспансеризирано;

3. амбулаторна процедура № 8 в рамките на същия болничен престой по КП № 240, 241, 242, 243 и 245;

4. клинични процедури № 3 и 4 в рамките на същия болничен престой по КП № 114 и 115;

5. клинична процедура № 3 в рамките на същия болничен престой по КП № 18, 23, 30, 47, 55, 65 и 66, в които кодът за механична вентилация (*96.70 или *96.71, или *96.72) е задължителен за завършване и отчитане на посочените КП;

6. амбулаторни процедури № 36 и 37 в рамките на същия болничен престой по КП, в които е включена диагностична процедура PET – CT и SPECT/CT;

7. клинична процедура № 1 в рамките на АПр № 1, 2 и 3 и КПр № 3 и 4;

8. амбулаторна процедура № 10 в рамките на КПр № 3 и 4;

9. амбулаторна процедура № 9 в рамките на същия болничен престой по КП № 112;

10. амбулаторни процедури № 1, 4 – 36 в рамките на същия болничен престой по КПр № 3 и 4;

11. амбулаторна процедура № 8 в рамките на същия болничен престой по АПр № 27;

12. амбулаторни процедури № 18, 21, 22, 23, 24, 25 и 26 в рамките на същия болничен престой по хирургични пътеки и в 30-дневен период от дехоспитализацията на пациента;

13. амбулаторна процедура № 32 в рамките на КП № 19;

14. амбулаторна процедура № 40 в рамките на КП № 38 – 42;

15. амбулаторна процедура № 42 в рамките на същия болничен престой по КП № 90.

(2) В случай на хоспитализация по КП/АПр и необходимост от провеждане на АПр/КПр в рамките на един отчетен период НЗОК заплаща КП и АПр и КПр, с изключение на:

1. амбулаторна процедура № 7 в рамките на един отчетен период по КП № 240, 241, 242, 243, 245, 247, 248, 249, 250, 251 и 252 и АПр № 6 и 8 или оперативно лечение по повод основната диагноза, за която лицето е диспансеризирано;

2. амбулаторна процедура № 8 в рамките на един отчетен период по АПр № 27;

3. амбулаторна процедура № 9 в рамките на един отчетен период по КП № 112;

4. амбулаторна процедура № 42 в рамките на един отчетен период по КП № 90.

(3) В случай на хоспитализация по определена КП и необходимост от провеждане на КПр в рамките на същия болничен престой престоят по КПр не следва да се счита като престой по съответната КП.

(4) В случай на хоспитализация по определена КП и необходимост от провеждане на КПр № 3 и/или 4 в рамките на същия болничен престой дехоспитализацията може да се осъществи при изпълнен минимален болничен престой и изпълнени критерии за дехоспитализация, но не по-малко от два дни след приключване на КПр. В този случай минималният болничен престой по съответната КП се счита за изпълнен.

(5) В случай на хоспитализация на пациент по КП № 17, 18, 25, 26 и 28, за който в рамките на същия отчетен период настъпят индикации за хоспитализация по терапевтичните КП № 16, 29 и 33 в същото лечебно заведение, НЗОК заплаща само инвазивните КП № 17 (с изключение на случаите на периферни съдови заболявания), 18, 25, 26 и 28.

(6) Заплащането на КПр № 3 и 4 се извършва съобразно използваемостта на интензивните легла в клиниките и отделенията за анестезиология, реанимация и интензивно лечение в лечебното заведение.

(7) При наличие на резултат при остър вирусен хепатит А и Е (стойности на АЛАТ ≥ 1000 МЕ или общ билирубин над 250 мкмол/л) се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не по-вече от 5 % от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

(8) При наличие на резултат при остър вирусен хепатит В в рамките на един месец е възможна повторна хоспитализация в същия отчетен период (стойности на АЛАТ ≥ 1000 МЕ), но не по-вече от 5 % от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

(9) Въвежда се разрешителен режим в РЗОК за извършване на дейности по КП № 251.2, 252.1, 252.2 и АПр № 36.

Чл. 345. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за случай по КП при наличие на следните условия:

1. отчетената КП е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БМП и е извършена от специалисти, посочени в приложение № 1 към договора по съответната КП;

2. хоспитализираното лице е с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на хоспитализацията или ги възстанови до датата на дехоспитализацията, с изключение на лицата по чл. 336, ал. 1, т. 2 и 3;

3. спазени са индикациите за хоспитализация и диагностично-лечебния алгоритъм, поставена е окончателна диагноза и критериите за дехоспитализация по съответната КП, както и са изпълнени условията за завършена КП;

4. изпълнителят на БМП е изпълнил всички свои задължения по осигуряване на пациентите: непрекъснатост на болничната помощ и грижите (ежедневно наблюдение и престой на пациента в лечебното заведение), координация между специалистите, които ги осъществяват, както и осигуряване на координация със структури на извънболнична и болнична помощ, съобразена с ДЛА на съответната КП – при дехоспитализация на пациента с цел довършване на лечебния процес;

5. извършената дейност по КП е отчетена при условията и по реда на тази методика;

6. изпълнителят на БМП е изпълнил изискванията на чл. 273;

7. спазени са условията на чл. 275, ал. 1, т. 4 – изпълнителят не може да отчете за заплащане случаи по КП, надвишаващи 100 % използваемостта на леглата в лечебното заведение; изключения се допускат в случаите на възникване на бедствие и при обявяване на извънредна епидемична обстановка в съответствие с условията по Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и

вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай приложеното количество лекарствено вещество/доза в съответните мерни единици съгласно решенията на комисиите по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г. на противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания по КП 240, 242, 243, 245, 246, 248, 249, 250, 251 и 252, както и на необходимите еритро-, тромбо-, гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване, и лечение, която стойност не се включва в цената на КП.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай приложените на еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имunosупресивната терапия и хелиращата терапия за хематологични заболявания, прилагани в КП № 244, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване или лечение, която стойност не се включва в цената на КП.

Чл. 346. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за случай по АПр и КПр при наличие на следните условия:

1. отчетената АПр и КПр е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БМП и е извършена от специалисти, посочени в приложение № 1 към договора по съответната АПр и КПр;
2. пациентът е с непрекъснати здравноосигурителни права с изключение на лицата по чл. 336, ал. 1, т. 2 и 3;
3. спазени са условията за завършена АПр и КПр;
4. извършената дейност по АПр и КПр е отчетена при условията и по реда на тази методика;
5. изпълнителят на БМП е изпълнил изискванията на чл. 273;

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай приложеното количество лекарствено вещество/доза в съответните мерни единици съгласно решенията на комисиите по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г. на противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания по АПр № 6, както и на необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, която стойност не се включва в цената на клиничната процедура.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай приложените опиоидни аналгетици, предписвани за лечение на пациентите със злокачествени заболявания при диспансерното им наблюдение по АПр № 7, която стойност не се включва в цената на АПр, заплащана от НЗОК.

Чл. 347. (1) При КП, АПр и КПр, която не е завършена, индикациите за хоспитализация, ДЛА и/или критериите за дехоспитализация не са спазени, дейността не се заплаща, както и вложените медицински изделия и приложените лекарствени продукти, чиято стойност не се включва в цената на КП и АПр.

(2) Изключения от ал. 1 се допускат при смърт на пациент в случаите, в които не е спазен минималният болничен престой, но са извършени всички основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури съгласно ДЛА на КП, АПр и КПр.

(3) При настъпила в хода на лечението по определена КП, АПр и КПр смърт на пациент в случаите, в които не са извършени всички изискуеми основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури, дейността по КП, АПр и КПр, както и вложените медицински изделия и приложените лекарствени продукти, чиято стойност не се включва в цената на същите, се заплащат/не се заплащат след извършване на проверка.

(4) Изключения от ал. 1 се допускат и в случаите на самоволно напускане на пациента от клиниката/отделението, в които не е спазен минималният болничен престой, но са извършени всички основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури съгласно ДЛА на КП, АПр и КПр.

(5) Случаите на самоволно напускане на пациента от клиниката/отделението по ал. 4 се отразяват в историята на заболяването от лекуващия лекар и от завеждащия клиниката/отделението.

(6) В случаите по ал. 4 лечебното заведение уведомява писмено съответната РЗОК, която заплаща след извършване на проверка.

Чл. 348. (1) В случаите, в които при лечение на пациент по определена КП, АПр и КПр, която не е завършена, настъпят индикации за необходимост от лечение по друга КП, АПр и КПр, за която лечебното заведение няма сключен договор, лечебното заведение е длъжно да преведе пациента в друго лечебно заведение, сключило договор за съответната КП, АПр и КПр.

(2) Процесът по превеждането включва изписването на пациента от лечебното заведение за болнична помощ, транспортирането и хоспитализацията му в друго лечебно заведение за болнична помощ, сключило договор за съответната КП, АПр и КПр. В този случай дейността се заплаща на лечебното заведение, завършило лечението.

Чл. 349. При постъпване на пациент по терапевтична КП, по която са извършени диагностично-терапевтични процедури и доказаната диагноза в хода на лечението по тази КП индикира оперативно лечение, на изпълнителя на болнична помощ се заплаща само хирургичната КП.

Чл. 350. (1) Когато в срок до 30 дни от дехоспитализацията на пациента се наложи нова хоспитализация по същата КП в същото или в друго лечебно заведение, НЗОК заплаща само един от случаите по КП след провеждане на проверка, освен ако в КП е предвидено друго.

(2) Когато в срок до 30 дни от дехоспитализацията на пациент, при който е опериран един от чифтните органи по определена КП, настъпят спешни индикации за операция на другия чифтен орган по същата КП, се заплащат и двете клинични пътеки.

(3) Националната здравноосигурителна каса не заплаща отчетена дейност в случаите на хоспитализации с изцяло или частично припокриващи се периоди за един и същ пациент. Когато са отчетени дейности, извършени по едно и също време от изпълнители на извънболнична и на болнична медицинска помощ, се извършва проверка на изпълнителите за тези дейности. Не се заплаща на изпълнителя, който е отчетел неизвършена дейност, и съответно изпълнителят възстановява неоснователно получените суми.

(4) Националната здравноосигурителна каса не заплаща КП, АПр и КПр, както и медицински изделия и лекарствени продукти на изпълнител на БМП, в случаите, в които при извършен внезапен контрол се констатира отсъствие на пациента и/или регламентирана по време от началото на болничния престой, но неизвършена и

недокументирана задължителна процедура към момента на извършване на проверката в лечебното заведение по време на хоспитализация.

(5) Националната здравноосигурителна каса не заплаща дейности, лекарствени продукти и/или медицински изделия, които не са били включени в ежедневно подаваната по електронен път информация по чл. 352 за съответния отчетен период.

(6) Националната здравноосигурителна каса не заплаща дейности, лекарствени продукти и медицински изделия за пациенти, хоспитализирани по повод провеждано клинично изпитване. За пациенти, хоспитализирани по повод провеждано клинично изпитване, координиращият главен изследовател своевременно предоставя на съответната РЗОК единен граждански номер на същите.

(7) Националната здравноосигурителна каса не заплаща КП, АПр и КПр в случаите, при които изпълнителят не е изпълнил изискванията на чл. 273.

(8) Отказът от страна на ЗОЛ за извършване на основни диагностични процедури е основание за незаплащане от страна на РЗОК на лечение по КП, АПр и КПр.

(9) Изключение от ал. 8 се допуска в случаите на спешни и животозастрашаващи състояния. В тези случаи изпълнителите на болнична медицинска помощ незабавно уведомяват съответната РЗОК, като заплащането на дейността се осъществява след извършване на проверка.

Чл. 351. Националната здравноосигурителна каса заплаща вложените медицински изделия по чл. 337, ал. 3 при изпълнение на следните условия:

1. медицинското изделие е вложено при изпълнение на КП съгласно изискванията на ДЛА за изпълнение на съответната КП;
2. изпълнени са изискванията за оказване на БМП;
3. медицинското изделие е отпуснато от болничната аптека на лечебното заведение;
4. медицинското изделие е отчетено при условията и по реда на ДЛА на съответните КП/АПр.

Раздел IX

Условия и срокове за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ

Чл. 352. (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, ежедневно подават файлове по електронен път в утвърдени от НЗОК формати за оказаната за денонощие дейност, включена в предмета на договора, през интернет портала на НЗОК или чрез web услуга.

(2) Файловете по ал. 1 съдържат:

1. информация за хоспитализираните и дехоспитализираните пациенти по съответните КП, включваща:

- а) извършените дейности съгласно ДЛА на съответната КП;
- б) вложените медицински изделия и приложените лекарствени продукти, които се заплащат извън цената на съответните КП;
- в) уточнена основна диагноза след резултати от хистологични, цитогенетични, молекулярно-цитогенетични изследвания, ензимен и/или ДНК анализ, изследвания, които определят окончателната диагноза на пациента;

г) информация от решения на клиничните комисии по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.;

д) данните от епикризата;

2. информация за започната, извършена и завършена дейност по АПр/КПр на пациенти, включваща:

- а) извършените дейности съгласно ДЛА на съответната АПр/КПр;

б) вложените медицински изделия и приложените лекарствени продукти, които се заплащат извън цената на съответните АПр;

в) информация от решения на клиничните комисии по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

(3) Файловете по ал. 1 се подписват от изпълнителите на БМП с усъвършенстван електронен подпис (УЕП) по смисъла на чл. 13, ал. 2 от ЗЕДЕП.

(4) За оказана БМП на правоимащи лица, осигурени в друга държава, спрямо които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби за социално осигуряване, регистрационните данни на пациента трябва да съответстват на тези в удостоверителния документ за право на обезщетение в натура в случай на болест, майчинства, трудови злополуки или професионални заболявания.

(5) Оказаната болнична медицинска помощ по ал. 2 се подава най-късно до 17,00 ч. на първия работен ден, следващ деня на извършване на дейността.

(6) При констатиране на грешки в подадената информация, свързани с регистрационни данни, номенклатури и договорена дейност, изпълнителят на БМП получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и подаденият файл не се обработва от НЗОК до получаване на нов с коректни данни.

(7) Грешки по ал. 6 могат да са:

1. регистрационни номера на лечебните заведения, УИН на лекарите, отразени в първичните медицински документи, код на специалност на лекаря, номер на договора с НЗОК, регистрационните данни на ЗОЛ;

2. подадена дейност извън предмета на договора с НЗОК;

3. несъответствия с установените номенклатури в нормативната уредба, относима към заплащаната от НЗОК дейност/лекарствени продукти/медицински изделия.

(8) Файл с коригирани данни се приема най-късно до 10,00 ч. на втория работен ден, следващ деня на извършване на дейността. Въвеждане на други грешни данни във файла от изпълнителя на болнична помощ не е повод за корекция на данните.

(9) Националната здравноосигурителна каса не заплаща за дейност, която не е подадена в ежедневните файлове и не е приета от информационната система на НЗОК в сроковете по ал. 5 и 8.

(10) Ежедневно подадената по електронен път информация се обработва в информационната система на НЗОК. След окончателната обработка за календарен месец в срок до 15,00 ч. на седмия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК изпраща по електронен път на изпълнителя на БМП месечно известие, съдържащо одобрената и отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП/АПр, и съответните основания за отхвърляне.

(11) Месечното известие по ал. 10 се подписва от директора на РЗОК или от упълномощено от него длъжностно лице с УЕП съгласно чл. 13, ал. 2 от ЗЕДЕП.

(12) Основания за отхвърляне от заплащане по ал. 10 са:

1. лицето, на което е оказана медицинската помощ, няма право да получава БМП по КП, АПр или КПр, заплащана от НЗОК:

а) не е от категорията лица, задължително здравноосигурени в НЗОК съгласно чл. 33, ал. 1 от ЗЗО;

б) не е осигурено в друга държава, за което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби;

в) подлежи на задължително здравно осигуряване в НЗОК, но е с прекъснати здравноосигурителни права и не е възстановило същите до датата на дехоспитализацията/извършване/завършване на дейността;

г) не е от категорията здравнонеосигурени лица по § 2 или 9 от преходните и заключителните разпоредби на ЗБНЗОК за 2018 г., за които НЗОК заплаща определени видове БМП;

2. при изпълнението на КП, АПр и КПр не е спазен съответният ДЛА, изискването за минимален болничен престой и/или условията за завършеност на КП, АПр и КПр;

3. лекарственият продукт, приложен при лечението на лице по КП/АПр, не е от видовете лекарствени продукти, заплащани от НЗОК и посочени в чл. 345, ал. 2 и 3 или в чл. 346, ал. 2 и 3;

4. медицинското изделие, вложено при лечението на лице по КП, не е от видовете медицински изделия, заплащани от НЗОК извън цената на КП/АПр по чл. 337, ал. 3;

5. наличие на основание за незаплащане, установено в чл. 341 и 344;

6. изпълнителят на БМП не е изпълнил изискванията на чл. 273;

7. наличие на основание за незаплащане, установено в чл. 356;

8. отчетен брой случаи в нарушение на чл. 345, ал. 1, т. 7, с изключение на случаите на възникване на бедствия и при обявяване на извънредна епидемична обстановка.

(13) Възражения във връзка с ал. 9 се разглеждат и решават в съответната РЗОК само за случаите на форсмажорни обстоятелства, независещи от изпълнителите на БМП. Изпълнителят на БМП трябва да уведоми за тези обстоятелства РЗОК в сроковете по ал. 5 и да представи писмени доказателства.

(14) Възражения във връзка с ал. 10 и 12 се разглеждат и решават само след контрол. За одобрените за заплащане след контрол дейности директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице изпраща по електронен път през информационната система на НЗОК известие след контрол, подписано с електронен подпис.

(15) Не се разрешават корекции на ежедневно подадени файлове, приети и „успешно обработени“ в електронната система на НЗОК.

Чл. 353. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност по КП и АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...“ на изпълнителите на БМП след представяне на следните отчетни документи:

1. електронни финансово-отчетни документи;

2. за приложените лекарствени продукти по чл. 345, ал. 2 и 3 с изключение на лекарствените продукти за перорална прицелна противотуморна терапия и перорална химио-терапия, предписани за продължаване на лечението извън стационарни условия: отделни електронни финансово-отчетни документи;

3. за медицинските изделия: екземпляр на „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура“ по приложение № 2 и отделни електронни финансово-отчетни документи.

(2) В електронните финансово-отчетни документи по ал. 1 се включва само договорена и извършена дейност по КП и АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...“ от изпълнителите на БМП, подадена в ежедневните файлове по реда на чл. 352 и неотхвърлена от заплащане в месечното известие по чл. 352, ал. 10.

(3) При оказана медицинска дейност по КП и АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...“ на лица с право на здравно осигуряване, удостоверявано от друга държава – членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, НЗОК заплаща след

представяне на отделни документи по ал. 1 и на заверени от изпълнителите на БМП копия от удостоверителните документи за право на здравно осигуряване и „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК“ по приложение № 3.

(4) При оказана акушерска помощ на здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1.

(5) При оказана медицинска дейност по КП и АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...“ на лица по чл. 336, ал. 1, т. 3 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на уведомленията от директора на дирекция „Социално подпомагане“ за установено наличие на права.

(6) Здравноосигурителният статус на ЗОЛ с прекъснати и впоследствие възстановени здравноосигурителни права се удостоверява с документ, издаден от НАП до датата на дехоспитализацията по КП и АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...“.

Чл. 354. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност по АПр на изпълнителите на БМП след представяне на следните отчетни документи:

1. за дейността по АПр: електронни финансово-отчетни документи;

2. за приложените лекарствени продукти по чл. 346, ал. 2, включително лекарствените продукти за перорална прицелна противотуморна терапия и перорална химиотерапия, предписани за продължаване на лечението извън стационарни условия, и по чл. 346, ал. 3: отделни електронни финансово-отчетни документи;

3. за медицинските изделия: екземпляр на „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура“ по приложение № 2 и отделни електронни финансово-отчетни документи.

(2) В електронните финансово-отчетни документи по ал. 1 се включва само договорена и извършена дейност по АПр на изпълнителите на БМП, подадена в ежедневните файлове по реда на чл. 352 и неотхвърлена от заплащане в месечното известие по чл. 352, ал. 10.

(3) При оказана медицинска дейност по АПр на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава – членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на заверени от изпълнителите на БМП копия от удостоверителните документи за право на здравно осигуряване и „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК“ по приложение № 3.

(4) При оказана медицинска дейност по АПр на лица по чл. 336, ал. 1, т. 3 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на уведомленията от директора на дирекция „Социално подпомагане“ за установено наличие на права.

(5) Здравноосигурителният статус на ЗОЛ с прекъснати и впоследствие възстановени здравноосигурителни права се удостоверява с документ, издаден от НАП.

Чл. 355. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност по КПр на изпълнителите на БМП след представяне на електронни финансово-отчетни документи.

(2) В електронните финансово-отчетни документи по ал. 1 се включва само договорена и извършена дейност по КПр на изпълнителите на БМП, подадена в ежедневните файлове по реда на чл. 352 и неотхвърлена от заплащане в месечното известие по чл. 352, ал. 10.

(3) При оказана медицинска дейност по КПр на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава – членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на заверени от изпълнителите на БМП копия от удостоверителните документи за право на здравно осигуряване и „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК“ по приложение № 3.

(4) При оказана КПр № 3 и 4 на здравнонеосигурени лица по чл. 336, ал. 1, т. 2 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1.

(5) При оказана медицинска дейност по КПр на лица по чл. 336, ал. 1, т. 3 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на уведомленията от директора на дирекция „Социално подпомагане“ за установено наличие на права.

(6) Здравноосигурителният статус на ЗОЛ с прекъснати и впоследствие възстановени здравноосигурителни права се удостоверява с документ, издаден от НАП.

Чл. 356. (1) Съгласно чл. 4 от ЗБНЗОК за 2018 г. НС на НЗОК утвърждава за всяка РЗОК обща годишна стойност на разходите за здравноосигурителни плащания за заплащане на изпълнителите на БМП, разпределена по месеци за заплащане през бюджетната 2018 г. за периодите на извършване на дейността: април – юни 2018 г.; юли – септември 2018 г. и октомври – ноември 2018 г.

(2) Стойностите по ал. 1 не се отнасят за дейностите, оказани на лица по чл. 336, ал. 1, т. 2, 3 и 4.

(3) Надзорният съвет на НЗОК утвърждава стойности на разходите за здравноосигурителни плащания за заплащане на изпълнителите на БМП и по изпълнители на БМП, разпределена по месеци за периоди – април – юни 2018 г.; юли – септември 2018 г. и октомври – ноември 2018 г., по предложение на директорите на РЗОК.

(4) Стойностите по ал. 3 се определят по различен ред за:

1. дейности в БМП – КП, КПр, АПр: за хемодиализа, за раждане и новородени, за интензивно лечение, за диагностика и лечение на онкологични и хематологични заболявания, за лъчелечение, за лечение и рехабилитация при тежко протичащи, хронично инвалидизиращи заболявания в детската възраст с необходимост от продължителна специализирана рехабилитация – ДЦП и нервно-мускулни увреждания, и лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП, закупувани със средствата в ЦУ на НЗОК;

2. дейности в БМП – КП, КПр, АПр, с изключение на дейности по т. 1 и т. 3, закупувани само в рамките на месечните стойности по приложение № 2 към договорите на изпълнителите на БМП;

3. дейности в БМП – КП и АПр за лъчелечение, за позитронно-емисионна компютърна томография (РЕТ/СТ) и за прилагане на медицински изделия от групи „Устройство за механично подпомагане на циркулацията (изкуствено сърце)“, „Транскастетърни клапни протези“, и „Медицински изделия за ендоваскуларна терапия при заболявания на мозъчни съдове (койлове и др.)“, с изключение на подгрупа 15.5 „Клипси аневризмални“, 15.5.1 „Титаниеви аневризмални клипси на Яшържил“, и „Импланти за невростимулация“, закупувани след заявяване от изпълнителя на БМП и получаване на одобрение от комисии в ЦУ на НЗОК или РЗОК.

(5) Надзорният съвет на НЗОК, по предложение на директорите на РЗОК, утвърждава индикативни стойности на изпълнителите на БМП за дейности по ал. 4, т. 1 и 3, за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ и за лекарствени

продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, които ще се съблюдават при прилагане на ежеседмичния и месечен анализ и контрол от РЗОК.

(6) Условията и редът за определяне на стойности на разходите по ал. 1 и 3 се регламентират от НС на НЗОК с правила по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2018 г.

(7) Националната здравноосигурителна каса не закупува дейности и медицински изделия, чиято стойност надвишава месечните стойности, определени по реда на правила по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2018 г.

Чл. 357. (1) Директорът на РЗОК сключва договори с изпълнителите на БМП за закупуване на видове медицински дейности в рамките на утвърдените по чл. 356, ал. 4, т. 2 стойности. За всеки изпълнител в приложение № 2 към договора с НЗОК съгласно чл. 25, ал. 4, т. 2 се определя месечна стойност по видове дейности при условията и по реда на правилата по чл. 4, ал. 4 от ЗБНЗОК за 2018 г.

(2) Районната здравноосигурителна каса текущо анализира постъпващата информация по чл. 352 за достигнатото изпълнение на стойностите по чл. 356 и отчетен брой случаи в нарушение на чл. 345, ал. 1, т. 7, с изключение на случаите на възникване на бедствия и при обявяване на извънредна епидемична обстановка.

(3) В случай на констатирана от РЗОК при анализа по ал. 2 тенденция за изпреварващо достигане от конкретен изпълнител на определените стойности по чл. 356 или установено надхвърляне на 100 % ниво на използваемост на леглата в лечебното заведение РЗОК извършва внезапен контрол.

(4) Стойностите по финансово-отчетните документи по чл. 353, 354 и 355 не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по приложение № 2 на индивидуалните договори на изпълнителите.

(5) За прилагане на ал. 4 в месечните известия по чл. 352, ал. 10 се посочват дейностите, отхвърлени поради надвишаване на стойностите за съответния месец в приложения № 2 към сключените от изпълнителите на БМП договори.

(6) Дейностите по ал. 5 се определят по реда на последно извършена по време дейност. Клиничните процедури и АПр се определят по ал. 5 за целия случай на лечение на пациента.

(7) Когато дейността по КП и/или АПр е определена по ал. 5, приложените по нея медицински изделия също се определят в месечните известия по чл. 352, ал. 10 като отхвърлени поради надвишаване на стойностите за съответния месец, с изключение при животозастрашаващи състояния, отчетени по КП №№ 25, 26 и 28, които се заплащат след проверка и при изпълнени критерии за реализирана КП.

(8) В случай че след заплащане на отчетената месечна дейност се установи недостигане от конкретен изпълнител на определените месечни стойности по приложение № 2, в него се отразяват стойностите на заплатената за месеца дейност. Изпълнителят на БМП може да прехвърля икономията на средства в рамките на общия размер на определените стойности по приложение 2 към договорите си за периодите по чл. 356, ал. 1.

(9) Районната здравноосигурителна каса извършва ежемесечен анализ на използваемостта на леглата в дни нива на компетентност. Анализът се извършва на данните за всички отчетени в ежедневните отчети хоспитализации за даден месец.

(10) В случай на констатирана от РЗОК при анализа използваемост на леглата в дни, надвишаваща броя на дните в дадения месец, РЗОК извършва контрол преди заплащане на цялата дейност, осъществена в структури с определено ниво на компетентност.

(11) Директорът на РЗОК представя ежемесечни доклади на НС на НЗОК за резултатите от извършения контрол по ал. 3 и 10 на изпълнителите на БМП, надвишили определените им стойности по чл. 356.

(12) Изпълнителите на БМП не могат да предявяват за закупуване от НЗОК на дейности и медицински изделия, отхвърлени от заплащане поради надвишаване на стойностите за съответния месец в приложения № 2 към сключените от изпълнителите на БМП договори.

Чл. 358. (1) Директорът на РЗОК може да внесе предложение до НС на НЗОК за коригиране на определените стойности в приложение № 2 по договорите с изпълнителите на БМП, на основание получено от конкретен изпълнител на БМП мотивирано предложение, водещо до промяна на определените стойности по чл. 356, ал. 4, т. 2 в края на периода по чл. 356, ал. 1, при наличие на неусвоени средства на ниво РЗОК.

Предложенията се внасят с доклад за всеки отделен изпълнител на БМП, включващ:

1. конкретните обстоятелства, довели до необходимост от промяна;
2. резултата от текущите проверки на РЗОК при констатирана тенденция на нарастване на разходите на ниво лечебно заведение, отделение/клиника.

(2) Надзорният съвет на НЗОК утвърждава корекции по стойностите на разходите за БМП на РЗОК в съответствие с параметрите на средствата по бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво.

(3) При епидемичен взрив на територията на РЗОК, установен с документ на МЗ/РЗИ за случаите в рамките на епидемията по клинични пътеки № 57 „Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити“, № 98 „Диагностика и лечение на остропротичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром“, № 99 „Диагностика и лечение на инфекциозни и паразитни заболявания, предавани чрез ухапване от членестоноги“, № 100 „Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит А и Е“, № 101 „Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит В, С и D“, № 102 „Диагностика и лечение на паразитози“, № 103 „Диагностика и лечение на покривни инфекции“, № 104 „Диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални заболявания – остропротичащи, с усложнения“ и № 105 „Диагностика и лечение на вирусни хеморагични трески“, отчетени от изпълнители на БМП над утвърдените стойности на РЗОК, се заплащат от НЗОК, след коригиране от Надзорния съвет на НЗОК на стойностите на разходите за съответната РЗОК, съгласно чл. 4 от ЗБНЗОК за 2018 г.

Чл. 359. (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, подават отчетните документи по чл. 353, 354 и 355 ежемесечно в РЗОК по утвърден график до осмия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(2) Електронните финансово-отчетни документи (фактури или дебитни/кредитни известия към тях) се подават в утвърден от НЗОК формат през интернет портала на НЗОК или чрез web услуга, подписани с УЕП по смисъла на чл. 13, ал. 2 от ЗЕДЕП от управителя на ИДП или упълномощено лице.

(3) Електронна фактура по ал. 2 се подава в срок до един работен ден след изпращане на месечното известие и включва договорената и извършена медицинска дейност, одобрена за заплащане в това месечно известие.

(4) Дебитно известие към фактура по ал. 2 се подава в срок до един работен ден след изпращане на известие след контрол по чл. 352, ал. 14 и включва одобрената за заплащане медицинска дейност в това известие.

Чл. 360. (1) При подаване на електронен финансов документ по чл. 359 информационната система на НЗОК извършва автоматична проверка.

(2) При констатиране на грешки в електронните финансово-отчетни документи, свързани с регистрационни данни и реквизити, изпълнителят на БМП получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и документите не се обработват от НЗОК до получаване на коректни електронни финансово-отчетни документи в сроковете по чл. 359, ал. 3 и 4.

Чл. 361. (1) При успешно обработен електронен финансов документ от информационната система на НЗОК се извършва проверка и от РЗОК.

(2) При констатиране на грешки в електронен финансово-отчетен документ изпълнителят на БМП получава нотификация чрез профила си в информационната система на НЗОК и документът не се приема от НЗОК до получаване на коректен електронен финансово-отчетен документ в срок от един работен ден след получаване на нотификацията.

Чл. 362. (1) За приет финансово-отчетен документ се счита документът, подписан с електронен подпис от директора на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице.

(2) Изпълнителят на БМП получава нотификация чрез профила си в информационната система на НЗОК за приетия финансово-отчетен документ.

Чл. 363. Плащанията на изпълнителите на БМП се извършват чрез РЗОК до 25-о число на месеца, следващ отчетния, с изключение на:

1. плащанията по финансово-отчетни документи по чл. 353, ал. 4 и чл. 355, ал. 4, които се извършват в срок до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ;

2. плащанията по финансово-отчетни документи по чл. 353, ал. 5, чл. 354, ал. 4 и чл. 355, ал. 5, които се извършват в срок до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на превод на целеви средства от Агенцията за социално подпомагане;

3. плащанията по финансово-отчетни документи по чл. 353, ал. 1, т. 2 и 3 и по чл. 354, ал. 1, т. 2 и 3, които се извършват до 30-о число на втория месец, следващ отчетния.

Чл. 364. (1) При писмено заявен отказ от страна на изпълнителя на БМП да изпълни корекциите по чл. 360 и 361 РЗОК не заплаща отчетената дейност.

(2) При неспазване на посочените в чл. 359, 360 и 361 срокове за представяне на финансово-отчетните документи обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващ период на отчитане.

(3) Ако исканите поправки по чл. 360 и 361 не се извършат до края на втория месец, следващ отчетния, на изпълнителя на БМП не се заплаща по този ред.

Чл. 365. (1) Плащанията се извършват в левове, по банков път, по обявена от изпълнителя на БМП в индивидуалния договор банкова сметка.

(2) При промяна на банковата сметка, посочена в индивидуалния договор между НЗОК и изпълнителя на БМП, към договора се сключва допълнително споразумение за това обстоятелство.

Чл. 366. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, изпълнителите на БМП носят отговорност.

Чл. 367. (1) Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на изпълнителя на БМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

(2) Редът на ал. 1 не се прилага в случаите на извършване на частично плащане и/или за отлагане на плащанията при недостиг на бюджетни средства за извършване от НЗОК на съответните здравноосигурителни плащания към изпълнителите на БМП.

Раздел X

Документация и документооборот за изпълнители на болнична помощ по клинични пътеки, високоспециализирани медицински дейности, клинични процедури и процедури

Чл. 368. Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки изпълнител на БМП, включва документите по чл. 288, първични медицински документи по приложение № 2 и финансово-отчетни документи по Закона за счетоводството.

Чл. 369. (1) Дейностите по КП, КПр и АПр се извършват в съответствие с алгоритмите по приложения № 17, 18 и 19 и се отразяват в посочените в тези алгоритми документи.

(2) В приложение № 21 „Различни диагностични процедури по МКБ 9-КМ“ се съдържат кодовете на медицинските процедури по групи „рубрики“, с които се отчита прилагането им, когато това е необходимо.

Чл. 370. В диагностично-консултативния блок/приемен кабинет (на хартиен или електронен носител) се води журнал с лични данни на преминаващите през ДКБ/ПК ЗОЛ с регистриране на направление за провеждане на КП, АПр и КПр.

Чл. 371. В ИЗ се отразяват датата и часът на постъпването на ЗОЛ в лечебното заведение – изпълнител на БМП.

Чл. 372. Първичните медицински документи са:

1. „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7);

2. „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8);

3. „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А);

4. „Лист за диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 9);

5. „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура“;

6. „Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология“ (бл. МЗ-НЗОК № 12);

7. „Решение на специализирана комисия по специалност“ (бл. МЗ-НЗОК № 13).

Чл. 373. (1) „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7), „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8) и „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А) се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в приложение № 2.

(2) „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) се попълва в два екземпляра.

(3) „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8) и „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А) се попълват в един екземпляр.

(4) Документите се попълват в съответния брой екземпляри, както следва:

1. регистрационните и медицинските данни в документа, необходими за насочване за хоспитализация, се попълват от лечебното заведение за извънболнична или болнична медицинска помощ или друго лечебно заведение;

2. регистрационните и медицинските данни в документа относно приемането за хоспитализация и болничното лечение на ЗОЛ се попълват от лечебното заведение;

първият екземпляр на документа се изпраща заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК, а вторият остава на съхранение в лечебното заведение.

Чл. 374. (1) „Лист за диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 9) и „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура“ се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в приложение № 2. „Лист за диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 9) се попълва в един екземпляр, а „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура“ – в два екземпляра.

(2) „Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология“ (бл. МЗ-НЗОК № 12) и „Решение на специализирана комисия по специалност“ (бл. МЗ-НЗОК № 13) се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в приложение № 2. „Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология“ (бл. МЗ-НЗОК № 12) се попълва в три екземпляра, а „Решение на специализирана комисия по специалност“ (бл. МЗ-НЗОК № 13) – в два екземпляра.

Чл. 375. Медицинската документация – „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7), „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8), „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А), „Лист за диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 9), „Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология“ (бл. МЗ-НЗОК № 12) и „Решение на специализирана комисия“ (бл. МЗ-НЗОК № 13), епикризата, както и документи за извършени основни диагностични и терапевтични процедури се подписват само от лекари, включени в приложение № 1 към договора на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.

Чл. 376. (1) Лекар специалист, оказващ БМП по КП, АПр и КПр, който отсъства поради ползване на отпуск, заболяване, командировка или друга причина, няма право да извършва медицински дейности, свързани с лечението на пациенти, както и да подписва документи по чл. 288, първични медицински и финансови документи и епикризи за периода на отсъствието си.

(2) Лекар специалист, оказващ БМП по КП, АПр и КПр и посочен в приложение № 1 към договора на лечебното заведение, може да извършва тази дейност и извън часовете за работа в представения месечен график по чл. 268, т. 3 в същото лечебно заведение.

Чл. 377. При отчитане на хирургична КП в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) следва да се отрази и основната диагноза, с която се изписва пациентът.

Чл. 378. (1) При отчетена и заплатена КП, АПр и КПр, когато не е изпълнен диагностично-лечебният алгоритъм, липсват индикации за хоспитализация, както и при неизпълнени критерии за дехоспитализация, директорът на РЗОК удържа неоснователно платените суми.

(2) Директорът на РЗОК удържа неоснователно платените суми също при:

1. незавършена КП, доказано при последващ контрол;
2. несъответствие между договорената по вид и обем и оказаната медицинска помощ.

(3) Директорът на РЗОК не заплаща отчетените случаи при неспазване на изискванията за непрекъснатост на болничните грижи – отсъствие на пациента при междинен одит.

Глава двадесета

УСЛОВИЯ И РЕД ЗА КОНТРОЛ ПО ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ДОГОВОРИТЕ ЗА ОКАЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Чл. 379. (1) Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се извършва в съответствие с раздел X от ЗЗО и тази глава.

(2) Условиата и редът за осъществяване на контрол по ал. 1 се определят в тази глава и с инструкция, издадена от управителя на НЗОК на основание чл. 72, ал. 10 от ЗЗО, която се публикува на официалната интернет страница на НЗОК.

(3) Обект на контрол при настоящите условия и ред са всички лечебни заведения или техните обединения, сключили договор с НЗОК, които по смисъла на чл. 58 от ЗЗО са изпълнители на медицинска помощ.

Чл. 380. (1) Управителят на НЗОК упражнява цялостен контрол по изпълнението на договорите чрез:

1. длъжностни лица – служители на НЗОК;
2. длъжностни лица от РЗОК – контрольори.

(2) Директорът на РЗОК упражнява контрол върху изпълнението на договорите чрез длъжностни лица на РЗОК – контрольори.

Чл. 381. (1) Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се осъществява чрез проверки, извършвани от длъжностни лица – служители на НЗОК, и от длъжностни лица от РЗОК – контрольори.

(2) Длъжностните лица по ал. 1 осъществяват внезапен контрол по изпълнение на договорите с изпълнителите на медицинска помощ, контрол преди заплащане на оказаната медицинска помощ и последващ контрол.

(3) Длъжностните лица по ал. 1 могат да извършват проверки по постъпили жалби от здравноосигурени лица, вкл. и в случаите по чл. 35, ал. 2 от ЗЗО.

Чл. 382. (1) Изпълнителите на медицинска помощ са длъжни да:

1. оказват съдействие на контролните органи на НЗОК и РЗОК при изпълнение на служебните им задължения;

2. предоставят на контролните органи на НЗОК и РЗОК при поискване всички документи по сключените договори, както и отчетната документация по чл. 33, ал. 2, с изключение на финансовите отчетни документи по чл. 33, ал. 2, т. 3 при електронно отчитане.

(2) Контролната дейност се осъществява по начин и във време, незатрудняващи основната дейност на изпълнителите на медицинска помощ.

Чл. 383. Здравноосигурените лица могат да бъдат поканени за съдействие на контролните органи на НЗОК/РЗОК за уточняване на обстоятелства във връзка с дейността на ИМП, включително и в писмен вид.

Чл. 384. (1) Длъжностните лица – служителите на НЗОК, извършват проверка по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ на основание заповед на управителя на НЗОК или от оправомощено от него длъжностно лице, в която се посочват правните и фактическите основания за издаването ѝ, и се определят проверяващото лице (лица), обектът – наименование и месторазположение, срокът, видът и задачата на проверката.

(2) Служителите на НЗОК по ал. 1 могат да извършват проверки на територията на цялата страна.

Чл. 385. (1) Управителят на НЗОК или оправомощено от него длъжностно лице може със заповед да разпорежи извършване на проверка от контролори от РЗОК с участието на служители на НЗОК. Заповедта съдържа: правните и фактическите основания за издаването ѝ; служителите на НЗОК, които ще участват в проверката; обекта, задачата, вида и срока на проверката, както и РЗОК, на чиято територия тя ще се извърши.

(2) На основание заповедта на управителя на НЗОК директорът на РЗОК издава заповед, която съдържа: правните и фактическите основания за издаването ѝ; служителите на НЗОК, както и контролните органи на РЗОК, които ще участват в проверката; конкретния/конкретните изпълнител/и на медицинска помощ – обект/и на проверката, задачата и вида на проверката.

(3) Служителите на РЗОК – контролори, могат да извършват проверки на територията на съответната РЗОК по заповед на нейния директор или на оправомощено от него длъжностно лице.

Чл. 386. (1) По заповед на управителя на НЗОК или на оправомощено от него длъжностно лице служителите на РЗОК – контролори, могат да извършват проверки на територията на съответната РЗОК или на територията на друга РЗОК.

(2) За издаване на заповедта по ал. 1 за извършване на проверка на територията на друга РЗОК контролорите се определят по предложение на директора на РЗОК, на която са служители.

Чл. 387. (1) При откриване на проверката проверяващото лице (лица) се легитимира и връчва екземпляр от заповедта за проверка ИМП – обект на проверката.

(2) Екземпляр от заповедта за проверка се подписва от представляващия ИМП или от упълномощено от него лице.

(3) При отказ или невъзможност да се приеме заповедта проверката се извършва и без връчването ѝ, като това обстоятелство, както и датата и часът се отбелязват в нея и това се удостоверява от всички участващи в проверката лица.

(3) При отказ или невъзможност да се приеме заповедта проверката се извършва и без връчването ѝ, като това обстоятелство, както и датата и часът се отбелязват в нея и това се удостоверява чрез съставяне и подписване на протокол от всички участващи в проверката лица.

(4) До приключване на проверката ИМП са длъжни да предоставят на контролните органи заверени с подпис и печат копия от необходимите за извършване на проверката документи.

Чл. 388. (1) Контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО: длъжностните лица – служители на НЗОК, и длъжностни лица от РЗОК – контролори, имат правата по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО.

(2) За изпълнение на правомощията си по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО контролните органи по чл. 72, ал. 2 имат право на достъп до информация от работодателите, осигурените и изпълнителите.

(3) Длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, които нямат образователно-квалификационна степен магистър по медицина (лекар), нямат правомощията по чл. 73, ал. 1, т. 7 от ЗЗО.

Чл. 389. (1) За резултатите от извършената проверка и установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО съставят протокол, в който вписват:

1. обекта на проверката – наименование и месторазположение;

2. данните за проверката – дата и място на съставяне, основание за извършване на проверката, проверяващото лице (лица);

3. описание на установените факти;

4. констатираните нарушения при изпълнение на договора с ИМП;

5. задължителните предписания и сроковете за отстраняване на констатираните нарушения, препоръки за подобряване на дейността на ИМП;

6. подписа на съставителя(ите);

7. срока за възражение, установен в ЗЗО;

8. дата на връчване и подпис на лицето – обект на проверката.

(2) Екземпляр от протокола се предоставя на лицето – обект на проверката, срещу подпис, а копия от него се изпращат на управителя на НЗОК, съответно на директора на РЗОК, и на съответната РК на БЛС.

(3) При констатирани от извършената проверка нарушения на Кодекса за професионална етика на лекарите директорът на РЗОК уведомява съответната комисия за професионална етика към БЛС.

Чл. 390. Лицето – обект на проверката, има право да даде писмено становище пред управителя на НЗОК, съответно пред директора на РЗОК, по направените от длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО констатации в 7-дневен срок от връчването на протокола по чл. 389, ал. 1.

Чл. 391. Санкциите се налагат по реда на глава двадесет и първа.

Чл. 392. (1) При извършване на проверките по чл. 384, 385 и 386 могат да присъстват експерти на БЛС, които не са в договорни отношения с проверявания изпълнител на медицинска помощ. Експертите предоставят писмени становища, които са неразделна част от протокола по чл. 389, ал. 1.

(2) Включването на експертите на БЛС в заповедите за проверките по ал. 1 на управителя на НЗОК, респ. директора на РЗОК, се осъществява след посочване в писмен вид от страна на председателя на РК на БЛС, на чиято територия се осъществява проверката, на представителите на РК на БЛС със съответна специалност.

Чл. 393. При установяване на административни нарушения по чл. 105д и 105е от ЗЗО актовете за установяване на административни нарушения по ЗАНН се съставят от длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО по реда на ЗАНН и инструкцията на управителя на НЗОК по чл. 72, ал. 10 от ЗЗО.

Чл. 394. (1) При осъществяване на контролната дейност от длъжностни лица – служители на НЗОК, и от длъжностни лица от РЗОК – контрольори, ЗОЛ могат да бъдат поканени за доброволно съдействие с цел уточняване на обстоятелства и факти във връзка с дейността на ИМП.

(2) В случаите, когато ЗОЛ удостоверяват своите твърдения с документи, контролните органи прилагат към протокола от проверката копия на тези документи, които заверяват с „Вярно с оригинала“, дата и подпис.

(3) При невъзможност на ЗОЛ да представи документи същото излага своите твърдения в писмен вид, като поставя дата и подпис. Писмените изложения се прилагат към протокола от проверката.

Глава двадесет и първа
САНКЦИИ ПРИ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРИТЕ ЗА ОКАЗВАНЕ НА
МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Раздел I

Налагане на санкции. Видове санкции. Неоснователно получени суми

Чл. 395. (1) При констатирани нарушения от длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО: длъжностните лица – служители на НЗОК, и длъжностни лица от РЗОК – контролбори, по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се налагат:

1. санкции, предвидени в тази глава;
2. глоби или имуществени санкции съгласно административнонаказателните разпоредби на ЗЗО.

(2) Предвидените в тази глава санкции се прилагат при нарушение, констатирано по реда на глава двадесета.

(3) Предвидените в чл. 105д и 105е от ЗЗО глоби или имуществени санкции се прилагат при нарушение, констатирано по реда на ЗАНН и инструкцията по чл. 72, ал. 10 от ЗЗО, на управителя на НЗОК.

(4) За маловажни случаи на нарушения наказващият орган не налага наказание, като направи предписание за отстраняване на съответното нарушение и предупреди нарушителя, че при повторно извършване на нарушение ще му бъде наложена санкция.

(5) След изтичане на срока за изпълнение на предписание за отстраняване на съответното нарушение контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО могат да направят повторна проверка и да изискат документи, удостоверяващи изпълнението на предписанието.

Чл. 396. (1) В случаите по чл. 76а от ЗЗО, когато ИМП е получил суми без правно основание, които не са свързани с извършване на нарушение по ЗЗО или на НРД, и това е установено при проверка от контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, изпълнителят е длъжен да възстанови сумите.

(2) В случаите по ал. 1 се съставя протокол за неоснователно получени суми.

(3) Протоколът за неоснователно получени суми по ал. 2 съдържа:

1. обекта на проверката – наименование и месторазположение;
2. данните за проверката – дата и място на съставяне, основание за извършване на проверката, проверяващото лице (лица);
3. описание на установените факти;
4. констатираните неоснователно получени суми и техния размер;
5. подписа на съставителя(ите);
6. срока за възражение, установен в ЗЗО;
7. дата на връчване и подпис на лицето – обект на проверката.

(4) Лицето – обект на проверката, има право да представи писмено възражение пред управителя на НЗОК, съответно пред директора на РЗОК, в 7-дневен срок от връчване на протокола.

(5) След изтичане на срока за възражение по ал. 4 управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание, която се връчва на ИМП.

(6) Поканата за възстановяване на сумите по ал. 1 подлежи на обжалване по реда на АПК.

(7) В 14-дневен срок от получаване на поканата изпълнителят е задължен доброволно да внесе дължимите суми.

(8) Когато ИМП не изпълни поканата в срока по ал. 7, дължимата сума се прихваща от следващото плащане по договора. Когато договорът е прекратен и/или не се дължат плащания по него, сумата се събира по съдебен ред.

Чл. 397. (1) В случаите по чл. 76б от ЗЗО, когато ИМП е получил суми без правно основание в резултат на извършено нарушение по ЗЗО или на НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, удържа неоснователно платените суми, като на нарушителя се налагат наказания, определени в ЗЗО или в НРД.

(2) В случаите по ал. 1 управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание, след влизане в сила на наказателното постановление и/или на заповедта за налагане на санкция.

Чл. 398. (1) Санкциите по този НРД са:

1. финансова неустойка;
2. прекратяване на договор.

(2) За всяко констатирано нарушение се прилага съответна по вид и размер санкция.

(3) При констатирани нарушения, извършени от различни лекари от лечебното заведение – изпълнител на извънболнична помощ, за всяко едно от тях се налага съответната санкция.

(4) В случаите по ал. 3 общият размер на санкцията е сбор от санкциите за всяко едно нарушение.

(5) При констатирани нарушения по изпълнение на КП, АПр, КПр и КДН за всяко едно от тях се налага съответна по вид и размер санкция.

(6) В случаите по ал. 5 общият размер на санкцията е сбор от санкциите за всяко едно нарушение.

Чл. 399. Видът и размерът на санкцията се определят от управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, в зависимост от: вида и тежестта на констатираното нарушение, както и броя на случаите по това нарушение, поредността на извършването му и от решението на арбитражната комисия в случаите, когато същата се е произнесла с решение.

Раздел II

Санкции при констатирани нарушения

Чл. 400. (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ наруши условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 150 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 300 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 200 до 500 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 600 до 1500 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение наруши условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО, определени в този

НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 100 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 150 до 300 лв.

Чл. 401. (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ окаже медицинска помощ в нарушение на изискванията за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 150 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 300 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши изискванията за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 100 до 500 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 200 до 1000 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение окаже медицинска помощ в нарушение на изискванията за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 150 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 300 лв.

Чл. 402. (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ наруши установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация, с изключение на случаите на явна фактическа грешка, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 150 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 300 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация, с изключение на случаите на явна фактическа грешка, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 200 до 500 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 400 до 1000 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение наруши установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация, с изключение на случаите на явна фактическа грешка, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 150 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 300 лв.

Чл. 403. (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ наруши определените в този НРД изисквания за назначаване на лекарствена терапия или предписване на лекарствени продукти за домашно лечение/медицински изделия/диетични храни за специални медицински цели, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 150 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 300 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши установените изисквания за предписване и отпускане или отчитане на лекарствени продукти, прилагани в болничната помощ, извън цената на КП/АПр, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 200 до 500 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 400 до 1500 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение наруши изискванията за предписване на лекарствени продукти за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 100 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 200 лв.

Чл. 404. (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ не изпълни задълженията си за уведомяване на РЗОК за настъпили промени в обстоятелства, свързани със сключването на индивидуалния договор, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 100 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 200 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ не изпълни задълженията си за уведомяване на РЗОК за настъпили промени в обстоятелства, свързани със сключването на индивидуалния договор, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 100 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 200 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение не изпълни задълженията си за уведомяване на РЗОК за настъпили промени в обстоятелства, свързани със сключването на индивидуалния договор, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 100 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 200 лв.

Чл. 405. За трето и следващо нарушение управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в максималния размер, предвиден за повторните нарушения по чл. 400 – 404.

Чл. 406. (1) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 100 лв., когато изпълнител на медицинска помощ е извършил някое от следните нарушения:

1. нарушаване на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД;

2. неудовлетвореност на пациентите от оказаните медицински дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, заплатена от бюджета на НЗОК, установена съгласно наредбата по чл. 19, ал. 7, т. 15 от ЗЗО, и след оценка на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД, и установяване на нарушаването им.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 150 до 250 лв.

(3) В случаите на недостигане на прицелните стойности по чл. 170, ал. 3 и чл. 171, ал. 3 за HbA1c, LDL-холестерол и артериално налягане, ако са предприети мерки за

подобряване на контрола, като: препоръки за хигиенно-диетичен режим, промяна в терапията, консултация със специалист или други, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, не налага санкция по ал. 1, т. 1.

(4) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 300 до 500 лв., когато изпълнител на медицинска помощ е извършил някое от следните нарушения:

1. системно нарушение по смисъла на § 1, т. 19 от допълнителните разпоредби на ЗЗО на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД;

2. системна неудовлетвореност по смисъла на § 1, т. 19а от допълнителните разпоредби на ЗЗО на пациентите от оказаните медицински дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, заплатена от бюджета на НЗОК, установена съгласно наредбата по чл. 19, ал. 7, т. 15 от ЗЗО, и след оценка на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД, и установяване на нарушаването им.

(5) Заповедта за налагане на санкция подлежи на оспорване по реда на АПК.

Чл. 407. (1) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „прекратяване на договора“ при отчитане на дейност, която не е извършена, както и при извършване и отчитане на медицинска дейност, за която няма съответни медицински индикации, установено по реда на чл. 72, ал. 2 от ЗЗО:

а) от изпълнител на извънболнична медицинска помощ по определен пакет – частично, по отношение на лекаря, който не е извършил тази дейност;

б) от изпълнител на болнична медицинска помощ – частично, за съответната медицинска дейност от пакета, по която е отчетена неизвършената дейност.

(2) При повторно извършване на нарушението по ал. 1 договорът с изпълнителя се прекратява изцяло.

(3) Заповедта за прекратяване на договора подлежи на оспорване по реда на АПК.

Раздел III

Ред за налагане на санкции

Чл. 408. (1) Когато лицето – обект на проверката, не изрази писмено становище по чл. 390 или изразеното от него становище не съдържа възражения по направените констатации от длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава заповед, с която налага санкция.

(2) В 14-дневен срок след получаването на заповедта по ал. 1 ИМП е задължен доброволно да внесе дължимите суми.

(3) Когато ИМП не внесе доброволно дължимата сума, тя се прихваща от следващото плащане по договора. Когато договорът е прекратен и/или не се дължат плащания по него, сумата се събира по съдебен ред.

Чл. 409. (1) В случаите, когато лицето – обект на проверка, оспори констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, в 7-дневен срок от получаване на писменото становище по чл. 390 изпраща спора за решаване от арбитражна комисия. Когато констатациите са оспорени пред управителя на НЗОК, спорът се решава от арбитражната комисия на тази РЗОК, с чийто директор изпълнителят на медицинска помощ – обект на проверката, е сключил договор.

(2) Арбитражната комисия се произнася с решение в едномесечен срок от получаване на преписката.

Чл. 410. (1) В случай че арбитражната комисия потвърди констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава заповед за налагане на предвидените в НРД санкции.

(2) Санкциите по ал. 1 се налагат със заповед на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, която се издава в срок до един месец от уведомяването от страна на арбитражната комисия на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, че са потвърдени констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО и се съобщава на лицето – обект на проверката.

(3) Когато нарушението е установено от длъжностни лица – контролори на РЗОК, извършили проверка на територията на друга РЗОК, предложението до управителя на НЗОК за издаването на заповедта за санкция се прави от директора на тази РЗОК, с чийто директор изпълнителят на медицинска помощ – обект на проверката, е сключил договор.

(4) Санкциите подлежат на съдебно обжалване по реда на АПК.

Раздел IV

Правила за работа на арбитражните комисии

Чл. 411. (1) На територията, обслужвана от РЗОК, се конституират арбитражни комисии, които разглеждат оспорените от лицата – обект на проверка:

1. констатации на длъжностни лица – служители на НЗОК;
2. констатации на длъжностни лица от РЗОК – контролори.

(2) Арбитражната комисия се състои от представители на РЗОК и съответната РК на БЛС.

(3) В едномесечен срок от обнародването на този НРД директорът на съответната РЗОК издава заповед за определяне на състава на арбитражна комисия след посочване от страна на председателя на РК на БЛС в писмен вид на представителите на съответната РК на БЛС по съответните специалности в арбитражната комисия. При неспазване на срока от страна на председателя на РК на БЛС членовете на АК се определят от УС на БЛС в едноседмичен срок след уведомяването му от управителя на НЗОК.

(4) Директорът на съответната РЗОК организира създаването на арбитражна комисия за всеки конкретен случай и тя осъществява своята дейност при условията и по реда, определени в този раздел.

(5) При осъществяване на правомощията си по ал. 4 директорът на РЗОК включва в арбитражната комисия за всеки конкретен случай посочените по реда на ал. 3 представители на РК на БЛС по съответните специалности, които имат отношение към описаните факти и направените констатации в протокола на съответното длъжностно лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО.

(6) В заповедта по ал. 5 се посочват и резервни членове.

(7) Член на арбитражната комисия не може да бъде длъжностно лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, което е извършило проверката и чиято констатация се оспорва, както и лицето – обект на проверка, оспорило констатацията.

(8) Всяка РК на БЛС публикува на своята интернет страница имената на лекарите – представители на БЛС – членове на арбитражна комисия.

Чл. 412. (1) Арбитражните комисии се конституират за срока на действие на НРД.

(2) Броят на представителите на РЗОК в състава на всяка арбитражна комисия е равен на общия брой представители на РК на БЛС, както следва: 3-ма представители на РЗОК и 3-ма представители на РК на БЛС.

(3) За всяка от квотите се определят по трима резервни членове по същия ред, по който се определят постоянните членове.

(4) Комисията се председателства от членовете ѝ на ротационен принцип за срок три месеца.

(5) В случаите на отсъствие на председателя функциите му се изпълняват от заместник-председател – представител на съответната квота.

Чл. 413. Арбитражните комисии работят в съответствие с чл. 75 от ЗЗО.

Чл. 414. (1) Всяка арбитражна комисия разглежда споровете в пълен състав. Ако някой от постоянните членове отсъства, се включва резервен член от съответната квота.

(2) Всяка от страните по спора може в писмен вид да иска отвод на член на комисията, ако са налице обстоятелства, които пораждат основателни съмнения относно неговата безпристрастност и независимост.

Чл. 415. (1) Председателят на комисията свиква заседанията, уведомява членовете на комисията за необходимостта да се запознаят с материалите по спора, разпределя между членовете на комисията задълженията във връзка с изготвяне на решението и комплектуване на преписките.

(2) Заседание може да бъде свикано и по искане на не по-малко от трима членове на комисията.

(3) В случаите по ал. 2 председателят на комисията насрочва заседание в срок до три дни от получаване на искането.

(4) Арбитражната комисия разглежда споровете по документи, които страните предварително са представили.

(5) Ако комисията прецени, тя може да изслуша представител(и) на проверяващия екип (длъжностни лица – служители на НЗОК, и/или длъжностни лица от РЗОК – контролори), както и на ИМП, направил възражения. Комисията може да изисква всички необходими документи, справки и други материали, необходими им за формиране на решение.

Чл. 416. На всяко заседание на комисията се води протокол, който се подписва от всички членове на комисията.

Чл. 417. (1) Арбитражната комисия се произнася с решение по предмета на спора.

(2) Решението на комисията е в писмен вид, съдържа мотиви и се подписва от всички членове.

(3) Срокът за произнасяне на решение е едномесечен, считан от датата на получаване на преписката.

(4) Решението се взема с мнозинство не по-малко от четири гласа от всички членове на комисията, присъствено и чрез явно гласуване.

(5) Решението на комисията се изготвя в три екземпляра – по един за ИМП, управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, и съответната РК на БЛС. Решенията се връчват по начин, удостоверяващ получаването им.

Чл. 418. (1) В случай че арбитражната комисия потвърди констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО изцяло или частично, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава заповед за налагане на предвидените в НРД санкции.

(2) В случай че арбитражната комисия отхвърли изцяло констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, писмено уведомява лицето – обект на проверката, за решението за прекратяване на производството.

(3) В случаите, когато арбитражната комисия не стигне до решение по констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО поради равен брой противоположни гласове, комисията изготвя протокол, екземпляр от който се предоставя на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, и на РК на БЛС. Препис-извлечение от протокола се предоставя на лицето – обект на проверката.

(4) След запознаване с протокола по ал. 3 управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, може да наложи предвидените в този НРД санкции.

Чл. 419. (1) В специална книга в РЗОК се посочва датата на постъпване на всяка преписка в арбитражната комисия.

(2) След приключване на всяка преписка цялата документация се извежда в книгата по ал. 1. Копия от преписките се подреждат в архив и се съхраняват от комисията в РЗОК не по-малко от една година. Книгата се съхранява в деловодството на РЗОК.

ДОПЪЛНИТЕЛНА РАЗПОРЕДБА

§ 1. По смисъла на този договор:

1. „Здравноосигурени лица“ са лицата по чл. 33 от ЗЗО с непрекъснати здравноосигурителни права. Здравноосигурени лица се считат и:

а) лицата, осигурени в друга държава – членка на ЕС, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДРЗЗО – за съответния обхват медицинска помощ, в зависимост от приложимото спрямо лицата законодателство; лицата следва да докажат правото си на медицинска помощ с удостоверителни документи за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, издадени по реда на правилата за координация на системите за социална сигурност, както и гражданите на държави, с които Република България има сключени международни договори за социална сигурност;

б) здравнонеосигурени лица по § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2018 г. – за следните дейности:

– здравнонеосигурени жени – за медицинските грижи по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ;

– комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на болни с психични заболявания;

– комплексно диспансерно наблюдение на болни с кожно-венерически заболявания;

– интензивно лечение;

в) лица по § 9, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2018 г., които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес по реда на Постановление № 17 на Министерския съвет от 2007 г. за определяне на условията и реда за разходване на целевите средства за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ на лица, които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес – за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ.

2. „Завършена клинична пътека“ е:

а) за хирургична/интервенционална КП – когато е извършена основната хирургическа/интервенционална процедура; спасен е задължителният минимален болничен престой, посочен в съответната КП, и са извършени задължителните диагностични процедури, с които се отчита хирургичната пътека, като вид, брой и последователност на извършване, доказващи окончателната диагноза при дехоспитализация, както и предвидените следоперативни грижи;

б) за терапевтична КП – когато са извършени основни диагностични и терапевтични процедури, заложи в нея, и е спасен задължителният минимален болничен престой, посочен в съответната КП.

3. „Повторно нарушение“ е второ и следващо нарушение, извършено от лекар от лечебно заведение – ИМП, за което на нарушителя е била наложена и влязла в сила санкция за същия вид нарушение в рамките на действие на НРД.

4. „Маловажни случаи“ по смисъла на чл. 395, ал. 4 са:

4.1. За извънболнична медицинска помощ:

- а) липса на подпис или печат на ОПЛ/специалист в амбулаторния лист или в спецификацията/индивидуалния месечен отчет на лекаря;
- б) липса на някои от посочените в приложение № 9 консумативи – за изпълнителите на ПИМП;
- в) липса на някои от посочените в приложение № 10 консумативи за извършване на общомедицински дейности – за изпълнителите на СИМП.

4.2. За болнична медицинска помощ:

- а) липса на подпис на декурзус от лекуващ лекар;
- б) липса на декурзус в почивни дни на нетежко болни;
- в) технически грешки в медицинската документация;
- г) липса на печат върху епикризата.

5. Официалният интернет портал на НЗОК е: www.nhif.bg.

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 2. Този рамков договор влиза в сила от 1.04.2018 г. с изключение на медицинските дейности, за които наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО предвижда друга дата за влизане в сила, различна от 1.04.2018 г., и отменя Националния рамков договор за медицинските дейности за 2017 г.

§ 3. Договорите с изпълнители на извънболнична медицинска помощ влизат в сила, както следва:

- 1. от 1 април 2018 г. – за изпълнителите на ПИМП;
- 2. от 1 април 2018 г., при условие че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор е работил по договор с НЗОК за оказване на същия вид медицинска помощ и че новият договор се подпише в срока по чл. 22;
- 3. от датата на подписване, при условие че изпълнителят по т. 2 е договорил дейност, която не е извършвал по договор с НЗОК до 31 март 2018 г. – за новата по вид дейност;
- 4. от датата на подписване на договора, в случай че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор не е работил по договор с НЗОК.

§ 4. Договорите с изпълнители на болнична помощ влизат в сила, както следва:

- 1. от 1 април 2018 г., при условие че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор е работил по договор с НЗОК за оказване на същия вид медицинска помощ;
- 2. от датата на подписване на договора, при условие че изпълнителят е договорил дейност по КП, която не е извършвал по договор с НЗОК до 1 април 2018 г., и същите не са изпълнявани на територията на съответната РЗОК;
- 3. от датата на подписване на договора, в случай че изпълнителят до момента на сключване на договора не е работил по договор с НЗОК.

§ 5. Договорите с изпълнителите на комплексно диспансерно наблюдение на ЗОЛ с кожно-венерически и психични заболявания влизат в сила от 1 април 2018 г.

§ 6. (1) В случай че лечебно заведение за извънболнична помощ/здравно заведение не сключи договор с НЗОК при тези условия, за извършената от него дейност от 1 април 2018 г. до датата на отказа се подписва срочен договор.

(2) В случай че лечебно заведение за болнична помощ не сключи договор с НЗОК при тези условия, за извършената от него дейност от датата на влизане в сила на НРД до датата на отказа се заплаща.

§ 7. (1) Лечебните заведения, които след 31 декември 2017 г. са получили за първи път разрешение за дейност по чл. 48, ал. 1 от ЗЛЗ, не могат да сключват през 2018 г. договори с НЗОК за съответните дейности.

(2) През 2018 г. НЗОК не сключва договори или допълнителни споразумения с лечебните заведения, изпълняващи болнична медицинска помощ, за дейности по нови: КП; КПр; АПр и нови медицински процедури (диагностични и терапевтични) в съответните КП, КПр и АПр спрямо договорените от съответното лечебно заведение за болнична помощ през 2017 г. по НРД за медицинските дейности за 2017 г., с изключение на случаите, когато тези КП не са изпълнявани на територията на съответната РЗОК.

§ 8. Дейностите в извънболничната и болничната помощ, назначени по реда на НРД за медицинските дейности за 2017 г. и започнати преди 1 април 2018 г., се извършват по реда на НРД за медицинските дейности за 2017 г. и се заплащат при условията и по реда на този НРД.

§ 9. Всички образци на първични медицински документи, приети с НРД за медицинските дейности за 2017 г., се прилагат до издаването на нови такива.

§ 10. В случаите на констатирани нарушения, извършени до 31.03.2018 г. през периода на действие на предходния индивидуален договор с изпълнител на медицинска помощ, се прилагат глобите и санкциите, предвидени за съответното нарушение в ЗЗО и НРД за медицинските дейности за 2017 г., като се спазва процедурата за осъществяване на контрол по ЗЗО и този НРД.

§ 11. При необходимост от промяна на бизнес правилата в хода на изпълнение на финансовата година корекциите във формата на XML файл се извършват в срок един месец. Новият формат на отчетния файл влиза в сила един месец след публикуването му на официалната интернет страница на НЗОК.

§ 12. Директорите на РЗОК осъществяват ежедневен мониторинг на лечебните заведения, договорни партньори на НЗОК, формиращи най-голям разход на територията на съответната РЗОК.

§ 13. (1) Изпълнителите на медицинска помощ могат да подават финансово-отчетните документи по чл. 208 и по чл. 359 по електронен път през информационната система на НЗОК в PDF формат, подписан с УЕП съгласно чл. 13, ал. 2 ЗЕДЕП, до 30.07.2018 г.

(2) Финансови документи по ал. 1 се изготвят съгласно приложение № 22 „Финансови документи по § 13 от преходни и заключителни разпоредби на НРД“.

(3) Изпълнителят на медицинска помощ получава нотификация чрез профила на ИМП в информационната система на НЗОК за приетия финансово-отчетен документ по ал. 1.

§ 14. При осигурена техническа възможност първичните медицински документи – „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3), „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) и „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4), се отчитат електронно и не се предоставят в РЗОК. В тези случаи същите на хартиен носител се съхраняват в лечебните заведения – изпълнители на СИМП.

§ 15. (1) При осигурена техническа възможност от страна на НЗОК:

1. ИМП имат достъп с електронен подпис чрез web услуги и справки до „Регистър протоколи 1А/В/С“ с информация за издадените на ЗОЛ протоколи от комисиите за експертизи в ЦУ на НЗОК и РЗОК.

2. Специалистът по профила на заболяването, работещ по договор с НЗОК в извънболничната помощ, или лекар, член на специализирана комисия в лечебни заведения за БМП, изпраща през портала на НЗОК досие на ЗОЛ в електронен вариант на

необходимата медицинска документация, включена в утвърдените изисквания. Хартиен вариант на досието се съхранява при специалиста или специализираната комисия и е обект на контрол.

(2) След осигуряване на техническата възможност по ал. 1, т. 1 отпада задължението на ОПЛ да съхранява протоколи 1А/В/С на хартиен носител.

(3) Електронните услуги по ал. 1 се предоставят чрез портала на НЗОК.

§ 16. При осигурена техническа възможност от страна на НЗОК ИМП имат достъп с електронен подпис чрез web услуги и справки до информация за предписаните и отпуснати на ЗОЛ лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение.

§ 17. (1) При осигурена техническа възможност считано от 1.07.2018 г. резултатите от МДИ (включително интерпретация на резултатите или референтните стойности) се отчитат през портала на НЗОК.

(2) В случаите по ал. 1, стойностите за HbA1c, LDL холестерол ще подлежат на комплексна оценка за качеството.

§ 18. При осигурена техническа възможност за регистриране и отчитане на оказана медицинска помощ по договор с НЗОК в полза на ЗОЛ (вкл. предписани и отпуснати лекарствени продукти, вложени медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели) се въвежда лична електронна здравна карта на ЗОЛ.

§ 19. Във връзка с влизането в сила на Австралийска класификация на медицинските процедури (АКМП – Българска ревизия) от 1.01.2019 г. извършените дейности и изследвания в периода от 1.01.2019 г. до 31.03.2019 г. се отчитат от ИМП по АКМП и 9КМ.

§ 20. При осигурена техническа възможност изпълнителите на медицинска помощ подават в електронен вид в определен от НЗОК формат данни за формиране на съдържанието на национални регистри: Регистър на ражданията, Регистър на пациентите с установен захарен диабет, Национален раков регистър, Национален регистър по инвазивна кардиология и Регистър на лица с психични заболявания.

§ 21. При осигурена техническа възможност от 1.07.2018 г. изпълнителите на БМП в ежедневно подаваната информация включват и данни от „История на заболяването“ през портала на НЗОК.

§ 22. Информацията по чл. 352, ал. 2, т. 1, буква „д“ се подава задължително от 1.07.2018 г. през портала на НЗОК.

§ 23. Този рамков договор се сключва на основание чл. 53, ал. 1 от ЗЗО.

§ 24. Неразделна част от този договор са следните приложения, които се подписват от страните по договора, обнародват се в притурка към „Държавен вестник“ и се публикуват на официалната интернет страница на НЗОК:

приложение № 1 „Правна рамка“;

приложение № 2 „Първични медицински документи“;

приложение № 3 „Документи, свързани с оказване на медицинска помощ на лица, осигурени в други държави“;

приложение № 4 „Финансово-отчетни документи за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение“;

приложение № 5 „Списък на заболяванията, за които се издава „Рецептурна книжка на хронично болния“;

приложение № 6 „Кодове на заболяванията по списък, определен по реда на чл. 45, ал. 4 ЗЗО, и кодове на специалности на лекари, назначаващи терапия“;

приложение № 7 „Образец на „Изисквания на НЗОК при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарства“;

приложение № 8 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ“;

приложение № 9 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на първична извънболнична медицинска помощ“;

приложение № 10 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на специализирана извънболнична медицинска помощ“;

приложение № 11 „Списък със заболяванията, при които здравноосигурените лица са освободени от заплащане на такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО“;

приложение № 12 „Дейности на ОПЛ по имунопрофилактика, програма „Детско здравеопазване“, профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване и програма „Майчино здравеопазване“;

приложение № 13 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от лекар специалист“;

приложение № 14 „Дейности на лекаря специалист по „Педиатрия“ по програма „Детско здравеопазване“, на лекаря специалист по „Акушерство и гинекология“ по програма „Майчино здравеопазване“ и на лекаря специалист по профилактика на ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване“;

приложение № 15 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиници/отделения по кожно-венерически заболявания и центрове за кожно-венерически заболявания“;

приложение № 16 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиници/отделения по психични заболявания и центрове за психично здраве“;

приложение № 17 „Клинични пътеки“;

приложение № 18 „Амбулаторни процедури“;

приложение № 19 „Клинични процедури“;

приложение № 20 „Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ“;

приложение № 21 „Различни диагностични процедури по МКБ 9-КМ“.

приложение № 22 „Финансови документи по § 13 от преходни и заключителни разпоредби на НРД“.