

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

РЕШЕНИЕ № РД-УС-04-17 от 20.01.2009 г.

На основание чл. 55, ал. 3, т. 2 от ЗЗО Управителният съвет на НЗОК определя следните условия, на които трябва да отговарят изпълнителите на медицинска и дентална помощ, реда за сключване на договорите с тях и други условия по чл. 55, ал. 2, т. 2, 4, 6 и 7 от ЗЗО

I. Общи условия

Финансова рамка

1. Финансовата рамка съответства на годишните разходи за здравноосигурителни плащания съгласно чл. 1, ал. 2 от Закона за бюджета на НЗОК за 2009 г., както следва:

1.1. за първична извънболнична медицинска помощ - 157 000 хил. лв.;

1.2. за специализирана извънболнична медицинска помощ - 154 800 хил. лв.;

1.3. за дентална помощ - 91 363 хил. лв.;

1.4. за медико-диагностична дейност - 61 828 хил. лв.;

1.5. за лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели - 330 000 хил. лв.;

1.6. за болнична медицинска помощ - 931 432 хил. лв.;

1.7. за други здравноосигурителни плащания - 20 000 хил. лв.

2. Във финансовата рамка по т. 1.6 се включват допълнително 240 249 хил. лв. от резерва по смисъла на чл. 26 от ЗЗО, които се разходват с решение на УС на НЗОК.

3. Представители на НЗОК, БЛС и БЗС извършват наблюдение и анализ на изпълнението на бюджета на НЗОК за 2009 г. за здравноосигурителни плащания на тримесечен период.

Изпълнители на медицинска и дентална помощ по НРД

4. Изпълнители на извънболнична медицинска (ИМП) или дентална помощ (ИДП) по НРД могат да бъдат:

4.1. лечебните заведения по чл. 8, ал. 1 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), с изключение на самостоятелните медико-технически лаборатории;

4.2. лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ към Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието и Министерството на транспорта, които осъществяват извънболнична помощ;

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

5. Договор за дейности и/или изследвания от пакетите по специалности, включени в приложение № 2 "Основен пакет СИМП" към член единствен на Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК с лечебни заведения за болнична помощ, може да се сключи при условие, че лечебните заведения за СИМП, сключили договори с НЗОК, не могат да задоволят здравните потребности на ЗЗОЛ от:

5.1. специализирани медико-диагностични изследвания;

5.2. високоспециализирани медико-диагностични изследвания;

5.3. високоспециализирани медицински дейности;

5.4. пакет "Физикална и рехабилитационна медицина".

6. Изпълнители на болнична помощ (БП) по клинични пътеки (КП) могат да бъдат:

6.1. лечебни заведения за БП по смисъла на чл. 9, ал. 1 от ЗЛЗ и диспансери по чл. 26, ал. 2 от ЗЛЗ;

6.2. лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, които са към Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието, Министерството на транспорта и Националният център по трансфузионна хематология;

6.3. лечебни заведения за СИМП - МЦ, ДЦ, МДЦ и ДКЦ, с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа.

7. Лечебните заведения по т. 6.3 могат да бъдат изпълнители само на КП, посочени в приложение № 2 "Клинични пътеки, за които НЗОК сключва договор с лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ".

8. Изпълнители на ВСМД от приложение № 4 към член единствен от Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, могат да бъдат лечебни заведения по т. 6.

9. Изпълнителите на медицинска или дентална помощ по НРД извършват в полза на ЗЗОЛ договорените от НЗОК дейности.

10. Лечебните заведения, желаещи да сключат договор с НЗОК, могат да кандидатстват при настоящите условия и ред за извършване на видове дейности от основния пакет, за които лечебното заведение е регистрирано в регионалния център по здравеопазване (РЦЗ), респ. има разрешение от министъра на здравеопазването.

11. Изпълнителите на медицинска или дентална помощ, съобразно нуждите и обема на извършваната лечебна дейност, могат да наемат персонал със съответно образование и квалификация. Наетите лица могат да бъдат:

11.1. лекари, лекари по дентална медицина, фармацевти и други специалисти с образователно-квалификационна степен "магистър", участващи в диагностично-лечебния процес;

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

11.3. други лица, извършващи административни и помощни дейности.

12. Лекари без придобита специалност могат да извършват дейности от БП 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.

13. Лекари без придобита специалност могат да извършват дейности от СИМП в присъствие 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.

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

15. Лицата по т. 11.3 не могат да участват в диагностични, лечебни и рехабилитационни процедури.

16. Трудовоправните и приравнените на тях отношения между ИМП/ИДП и наетите от тях лица не са предмет на НРД и настоящите условия.

17. За осигуряване на постоянен денонощен достъп до консултация по телефон, в амбулаторията или в дома на пациента по преценка на самия ОПЛ, изпълнителите на ПИМП могат да сключват договори с други лечебни заведения, сключили договор с НЗОК, както и с централните за спешна медицинска помощ.

18. За извършване на медико-диагностични изследвания, необходими за изпълнението на КП, изпълнителите на болнична помощ могат да сключват договори с други лечебни заведения или с национални центрове по проблемите на общественото здраве, когато изискванията по съответната КП допускат това.

Общи условия и ред за сключване на договори за оказване на медицинска и дентална помощ

19. Националната здравноосигурителна каса сключва договори с лечебни заведения и национални центрове по проблемите на общественото здраве, които:

19.1. отговарят на следните общи условия:

а) лекарите/лекарите по дентална медицина, които работят в съответното лечебно заведение за извънболнична помощ, не са членове на ТЕЛК/НЕЛК;

б) 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;

19.2. отговарят на настоящите специални условия.

20. Общите и специалните условия по т. 19 следва да са налице през цялото време на действие на вече сключения договор.

21. Всеки лекар може да работи в изпълнение на два договора с НЗОК, но не повече от един в лечебно заведение - изпълнител на болнична помощ, независимо от месторазположение на лечебните заведения, в които се оказва помощта. Лечебните заведения - изпълнители на болнична помощ, могат да сключват договор само за тези пътеки, за които имат специалисти, работещи на трудов договор на пълен работен месец (не по-малко от 160 часа месечно), с изключение на изискванията по Наредбата за определяне на видовете работи, за които се установява намалено работно време и случаите по т.186.6.

22. По изключение, с мотивирано предложение на директора на РЗОК, директорът на НЗОК може да разреши сключване на трети договор.

23. Директорът на РЗОК от името и за сметка на НЗОК сключва договори за оказване на медицинска и дентална помощ с лечебни и здравни заведения, които:

23.1. имат регистрация в РЦЗ на територията, обслужвана от РЗОК - за лечебните заведения за извънболнична медицинска и/или дентална помощ;

23.2. имат месторазположение на територията, обслужвана от РЗОК - за лечебните заведения за БП, диспансерите и здравните заведения.

24. Лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 от 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).

25. Лечебните и здравните заведения, кандидатстващи за сключване на договор със съответната РЗОК, представят посочените по-долу документи.

26. Изискуемите документи се подават от лечебните и здравните заведения в съответната РЗОК в едномесечен срок от обнародването в "Държавен вестник" на това решение.

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

28. Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва договори с ИМП и ИДП в двумесечен срок от обнародването в "Държавен вестник" на това решение. Директорът на РЗОК има право да провери на място в лечебното/здравното заведение съответствието със специалните изисквания, за чието удостоверяване е предвидена декларация.

29. Когато непълнотата е отстранена в определения от директора на РЗОК срок, който изтича след срока по т. 28, договор може да се сключи и след изтичането му.

30. Директорът на РЗОК може да сключва договори за оказване на извънболнична медицинска помощ и след изтичане на срока по т. 28 с лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, регистрирани в РЦЗ след изтичане на срока по т. 26, които отговарят на изискванията на закона и на настоящите условия.

31. Директорът на РЗОК може да сключва договори за оказване на извънболнична дентална помощ и след изтичане на срока по т. 28 с лечебни заведения, регистрирани в РЦЗ,

след изтичане на срока по т. 26, които отговарят на изискванията на закона и на настоящите условия.

32. След изтичане на срока по т. 28 и не по-рано от 1.IX.2009 г. при условията на чл. 5 от ЗБНЗОК за 2009 г. директорът на РЗОК може да сключва договори за оказване на болнична медицинска и болнична дентална помощ и с лечебни заведения, получили разрешение от министъра на здравеопазването за осъществяване на дейност след изтичане на срока по т. 26, съответно с изпълнители по т. 7, регистрирани в РЦЗ след изтичане на срока по т. 26, които отговарят на изискванията на закона и на настоящите условия.

33. След изтичане на срока по т. 28 и не по-рано от 1.IX.2009 г. при условията по чл. 5 ЗБНЗОК за 2009 г. директорът на РЗОК може да сключва договори за извършване на високоспециализирани медицински дейности по приложение № 4 към Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и с лечебни заведения за болнична помощ, диспансери със стационар, получили разрешение от министъра на здравеопазването за осъществяване на дейност след изтичане на срока по т. 26, които отговарят на изискванията на закона и на настоящите условия, както и с лечебни заведения за специализирана медицинска помощ с легла за наблюдение и лечение до 48 часа, регистрирани в РЦЗ след изтичане на срока по т. 26, които отговарят на изискванията на закона и на настоящите условия.

34. В случаите по т. 30 - 33 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 т. 27.

35. Типовите индивидуални договори за ИМП се утвърждават от директора на НЗОК.

36. Типовите индивидуални договори за ИДП се утвърждават от директора на НЗОК.

37. Директорът на РЗОК отказва да сключи договор при:

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

37.2. липса на някои от настоящите общи или специални изисквания и условия за сключване на договор, което се установява от представените документи или при проверка;

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

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

37.5. подаване на документи за сключване на договор извън установените срокове, с изключение на случаите по т. 30 - 33;

37.6. наложена санкция "прекратяване на договор" за предходната година;

37.7. липса на акредитационна оценка или оценка "лоша" - за цялото лечебно заведение, както и за отделните му структурните звена, в които се извършва дейността по клинични пътеки;

38. Директорът на РЗОК издава отказ за сключване на договор с ИМП и ИДП в сроковете по т. 26 - 29 и т. 30 - 34.

39. Отказът на директора на РЗОК се издава в писмена форма и съдържа:

39.1. правните и фактическите основания за издаване на отказа;

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

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

40. Отказът на директора на РЗОК се връчва на лицето, което представлява лечебното/здравното заведение, или се изпраща по пощата с препоръчано писмо с обратна разписка в срок от 7 работни дни от издаването му.

41. Отказът на директора на РЗОК да сключи договор с изпълнител на ИМП или ИДП може да се обжалва по реда на чл. 59, ал. 6 и 7 от ЗЗО.

42. Здравната документация във връзка с оказването на медицинска/дентална помощ по реда на ЗЗО включва:

42.1. първични медицински документи съгласно приложение № 4 “Първични медицински документи”;

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

42.3. 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 и двустранни спогодби, удостоверение за регистрация към НЗОК на лица, осигурени в друга държава, и “Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК) или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК”, съгласно приложение № 25 “Документи, свързани с оказване на медицинска и дентална помощ на лица, осигурени в други държави”.

43. Отчетната документация във връзка с оказването на медицинска/дентална помощ по реда на ЗЗО включва:

43.1. здравната документация по т. 42.1 и т. 42.3;

43.2. финансови документи съгласно приложение № 5 “Финансови документи”;

44. С документите по т. 43 се отчита и заплаща извършената дейност по договора с НЗОК.

45. Изпълнителите на медицинска и дентална помощ осигуряват за своя сметка формуляри на първични медицински и финансови документи.

46. Документацията и документооборотът за ИМП и ИДП се уреждат по-долу.

II. Специални условия

Извънболнична медицинска помощ

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

47. Страна по договор с НЗОК може да бъде лечебно/здравно заведение, което отговаря на посочените общи и настоящите специални условия.

48. Националната здравноосигурителна каса сключва договор с лечебно заведение за ПИМП, което има функциониращо и налично в лечебното заведение медицинско и техническо оборудване и обзавеждане, съгласно приложение № 12 “Изисквания за сключване на договор с лечебни заведения за ПИМП”.

49. Лечебно заведение за ПИМП, желаещо да сключи договор с НЗОК, следва да има регистрирани ЗЗОЛ, осъществили правото си на свободен избор на ОПЛ.

50. Не се установява долна и горна граница на броя ЗЗОЛ, осъществили правото си на избор на ОПЛ от лечебно заведение за ПИМП.

51. Лечебните заведения за ПИМП могат да ползват общи помещения и оборудване съгласно приложение № 12.

52. В случаите на повече от един адрес на помещенията, където лечебното заведение извършва лечебната си дейност, функциониращото и налично оборудване е задължително само за един от изброените адреси на ЛЗ, посочен изрично в договора с НЗОК. За останалите адреси на практиката, регистрирани в РЦЗ, важат изискванията на РЦЗ.

53. Общопрактикуващ лекар, сключил договор с НЗОК или работещ в изпълнение на договор с НЗОК като ОПЛ, не може да работи в друго лечебно/здравно заведение.

54. Националната здравноосигурителна каса сключва договори с лечебни заведения за СИМП за извършване на всички общомедицински и всички специализирани медицински дейности от дадена специалност от съответния пакет съгласно Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

55. Лечебно заведение за СИМП, желаещо да сключи договор с НЗОК, следва да отговаря на посочените общи условия, както и да има функциониращо и налично в лечебното заведение медицинско и техническо оборудване и обзавеждане, съгласно приложение № 13 “Изисквания за сключване на договор с лечебни заведения за СИМП”.

56. Лечебно заведение за СИМП, което е 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 РЦЗ.

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

58. Лечебно заведение за СИМП може да кандидатства и за извършване на високоспециализирани медицински дейности по специалности, посочени в Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, 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”.

59. В случаите по т. 58 лечебното заведение следва да отговаря и на следните изисквания:

59.1. да разполага с функциониращо медицинско и техническо оборудване и обзавеждане съгласно приложение № 13;

59.2. необходима квалификация и обучение за използване на високоспециализираната техника на специалистите, работещи в него, съгласно Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването и приложение № 13.

60. Националната здравноосигурителна каса сключва договори за извършване на всички специализирани медико-диагностични изследвания от съответния пакет по специалности съгласно Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, със самостоятелни медико-диагностични лаборатории или лечебни заведения за СИМП, съдържащи в структурата си медико-диагностични лаборатории, в съответствие с изискванията по приложение № 13.

61. Лечебните заведения по т. 60 могат да кандидатстват и за извършване на високоспециализирани медико-диагностични изследвания, посочени в Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, само в случай, че ЛЗ 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 т. 59.

62. 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.

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

64. В случаите по т. 5 НЗОК може да сключи договор за извършване на медико-диагностични изследвания по специалности и специализирани медицински дейности по пакет “Физикална и рехабилитационна медицина” с лечебно заведение за болнична помощ от даден здравен район само ако на територията на този здравен район няма лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, изпълняващи медико-диагностични дейности и дейности по пакет “Физикална и рехабилитационна медицина” по договор с НЗОК.

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

65. Лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ, желаещи да сключат договор със съответната РЗОК, на чиято територия са регистрирани в РЦЗ, представят заявление по образец, утвърден от директора на НЗОК, към което прилагат:

65.1. документ за съдебна регистрация или удостоверение за актуална съдебна регистрация;

65.2. удостоверение за регистрация на лечебното заведение в РЦЗ;

65.3. декларация за членство в БЛС с номер от националния регистър (УИН) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от ЗСОЛС, както и декларация, че не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България - на лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение към датата на подаване на документите;

65.4. договор по т. 17 и декларация на хартиен и електронен носител по образец, посочен в приложение № 12, относно: осигуряване на постоянен денонощен достъп до консултация по телефон, в амбулаторията или в дома на пациента по преценка на самия ОПЛ; график за обслужване на пациентите; изискуемото оборудване, обзавеждане и нает персонал (за лечебните заведения за ПИМП);

65.5. декларация на хартиен и електронен носител по образец, посочен в приложение № 13, за дейността на лечебното заведение за СИМП;

65.6. декларация на хартиен носител за броя ЗЗОЛ, осъществили правото си на избор на лекар, придружена от информация на електронен носител;

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

65.8. необходимите квалификационни документи съгласно Наредба № 15 от 2008 г. за придобиване на специалност „Обща медицина” от общопрактикуващите лекари, а при липса на такъв документ - копие от диплома за завършено висше медицинско образование (за лекарите, учредили лечебно заведение за ПИМП) и необходимите квалификационни документи съгласно Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването - за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК;

65.9. копие на заповед на директора на РЦЗ за създадена ЛКК към лечебните заведения за извънболнична помощ;

65.10. копие на сертификата от Българската национална система за външна оценка на качеството (БНСВОК) по “Клинична лаборатория” или копие на 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 лечебното заведение има съответния вид/видове лаборатории;

66. Лечебните заведения, сключили договори с НЗОК в съответствие с Решение № РД-УС-04-127 от 27.XII.2007 г. на УС на НЗОК и действащите разпоредби на НРД 2006, представят:

66.1. документи по т. 65.2 и 65.8 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

66.2. декларации по т. 65.3 и 65.7 - на хартиен носител, и т. 65.4 и 65.5 - декларация на хартиен и на електронен носител;

66.3. документ по т. 65.4 - договор по т. 17, и документи по т. 65.1, 65.9 и 65.10.

67. При промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по т. 65 и 69, изпълнителят на медицинска помощ е длъжен в срок до 5 работни дни да уведоми РЗОК и да изпрати копие от съответния документ.

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

69. Националните центрове по проблеми на общественото здраве, желаещи да сключат договор с РЗОК, подават заявление, към което прилагат:

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

69.2. декларация по образец, посочен в приложение № 13 - на хартиен и на електронен носител, за дейността на съответната профилна лаборатория в структурата на здравното заведение;

69.3. копие от сертификат от БНСВОК по клинична лаборатория или копие от сертификат 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;

69.4. копия от необходимите квалификационни документи съгласно Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването - за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК;

70. Националните центрове по проблеми на общественото здраве, работили по договор с НЗОК в съответствие с Решение № РД-УС-04-127 от 27.XII.2007 г. на УС на НЗОК и действащите разпоредби на НРД 2006, представят нови документи в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени.

71. В случаите по т. 5 лечебните заведения за болнична помощ представят документите по т. 65, с изключение на тези по т. 65.2, 65.4, 65.6 и 65.9.

72. Изискуемите документи за сключване на договор с НЗОК се подават от лечебните и здравните заведения в съответната РЗОК в едномесечен срок от приемане на настоящото решение.

73. Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва договори в сроковете, при условията и по реда на т. 26 - 29.

Заплащане за извънболнична помощ. Заплащане за първична извънболнична медицинска помощ

74. Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност съгласно Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК на изпълнителите на ПИМП по следните елементи:

74.1. медицинско обслужване на ЗЗОЛ, включени в регистъра на изпълнител на ПИМП, по основен пакет за ПИМП съгласно Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК;

74.2. профилактична дейност по програма “Детско здравеопазване”;

74.3. профилактична дейност по програма “Майчино здравеопазване” на ЗЗОЛ, избрали ОПЛ за изпълнител по тази програма;

74.4. диспансерни прегледи на ЗЗОЛ съгласно Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и списъка на заболяванията за деца и възрастни, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ, за които НЗОК заплаща, съгласно приложение № 8;

74.5. профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст съгласно Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и приложение № 6;

74.6. неблагоприятни условия за работа в “Населени места - центрове на практики с неблагоприятни условия и възнаграждение за работа в тях”, определени в методика от директора на НЗОК, по предложение на директорите на РЗОК;

74.7. преглед на ЗЗОЛ, 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.

75. Националната здравноосигурителна каса заплаща дейностите по т.74, когато са извършени дейностите от основния пакет и са назначени всички изисквани медицински дейности съгласно приложенията, нормативните изисквания и когато ЗЗОЛ, на които е оказана медицинската помощ, са с непрекъснати осигурителни права към датата на извършване на медицинската услуга.

76. Заплащането по т. 74.1 се определя в зависимост от възрастта и броя на:

76.1. задължително здравноосигурените лица с постоянен избор при изпълнителя на ПИМП;

76.2. задължително здравноосигурените лица, направили временен избор при изпълнителя на ПИМП.

77. Броят на ЗЗОЛ по т. 76.1 се намалява с броя на лицата по т. 76.2, които са направили временен избор при друг изпълнител на ПИМП, за периода на временния избор.

78. Броят на ЗЗОЛ по т. 76 се определя към последното число на месеца или датата на прекратяване на договора.

79. Националната здравноосигурителна каса ежемесечно заплаща на изпълнителите на ПИМП, както следва:

79.1. по 1,26 лв. за всяко ЗЗОЛ на възраст от 0 до 18 години;

79.2. по 1,05 лв. за всяко ЗЗОЛ на възраст от 18 до 65 години;

79.3. по 1,37 лв. за всяко ЗЗОЛ на възраст над 65 години.

80. Когато договорът е сключен или прекратен през текущия месец, заплащането се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.

81. Плащането по т. 74.1 се извършва месечно след проверка по:

81.1. фактура;

81.2. спецификация;

81.3. първите екземпляри на регистрационните форми за избор за новорегистрирани ЗЗОЛ, придружени с електронен отчет в определен от НЗОК формат;

81.4. електронен отчет за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

82. Заплащането по т. 74.2 е:

82.1. за извършен профилактичен преглед при лица на възраст от 0 до 18 години съгласно изискванията на Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията, както следва:

а) на лице от 0 до 1 година - 5,30 лв.;

б) на лице от 1 до 2 години - 5,30 лв.;

в) на лице от 2 до 7 години - 5,30 лв.;

г) на лице от 7 до 18 години - 7,70 лв.

82.2. за извършена задължителна планова имунизация или реимунизация (в т. ч. проба Манту) съгласно Имунизационния календар на Република България (приложение № 1 към Наредба № 15 за имунизациите в Република България (ДВ, бр. 45 от 2005 г.) на лице на възраст от 0 до 18 години - 1,90 лв.;

82.3. общият брой на заплатените имунизации на едно лице не може да надвишава максималния брой.

83. Плащането на изпълнителя на ПИМП по т. 74.2 се извършва месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност по програма “Детско здравеопазване”, отразена в амбулаторните листове в определен от НЗОК формат.

84. Заплащането по т. 74.3 е 2,20 лв. за извършен преглед на лице по програма “Майчино здравеопазване” при изпълнителя на ПИМП.

85. Включването на ЗЗОЛ, осъществили правото си на избор на ОПЛ за изпълнител на програма “Майчино здравеопазване”, се извършва след доказване на бременността.

86. Плащането на изпълнителя на ПИМП по т. 74.3 се извършва месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност по програма “Майчино здравеопазване”, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

87. Общият брой на заплатените профилактични прегледи за една бременност не може да надвишава максималния брой съгласно приложение № 6.

88. За медицинската помощ по т. 74.4. се заплаща за извършен преглед на ЗЗОЛ с едно или повече заболявания, подлежащи на диспансерно наблюдение от ОПЛ - 6,00 лв.

88.1. Заплащането на изпълнителя на ПИМП по т. 74.4 се извършва месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност по диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

88.2. Заплащането по реда на т. 88 се осъществява в случаите, в които са извършени дейностите от основния пакет и са назначени всички медицинските дейности, съгласно изискванията на Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията, Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и приложение № 8.

88.3. Националната здравноосигурителна каса заплаща за не повече от предвидения максимален брой прегледи за заболяването с най-висока честота на наблюдение;

89. Заплащането по т. 74.5 е в размер 7,70 лв.

90. Националната здравноосигурителна каса заплаща само един годишен профилактичен преглед на ЗЗОЛ по т.89.

91. Плащанията на изпълнителя на ПИМП по т. 74.5 се извършват месечно - след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети, електронен отчет за извършената дейност по профилактика на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и анкетна карта в електронен вид, във формат определен от НЗОК.

92. Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по т. 74.6, когато населеното място, в което е разкрита амбулаторията му, е определено като неблагоприятно.

93. Месечните суми, заплащани от НЗОК, и населените места - центрове на практики с неблагоприятни условия, се определят от директора на НЗОК и са в рамките до 5 млн. лв. за съответната финансова година.

94. При наличие на повече от един изпълнител на ПИМП с месторазположение на практиката в населеното място по т.93, сумата се определя от директора на НЗОК, пропорционално на броя регистрирани при ОПЛ ЗЗОЛ от населеното място, определено като неблагоприятно.

95. Сумите по т. 93 и 94 се определят към момента на сключване на индивидуалния договор и се вписват в него.

96. Когато договорът е сключен или прекратен през текущия месец, сумата се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.

97. Изпълнител на ПИМП получава еднократно плащане при наличие на следните две условия:

97.1. разкрита амбулатория в обособена в областната здравна карта практика, която е била незаета в продължение на последните 6 месеца;

97.2. декларирано осигуряване на постоянен денонощен достъп до консултация по телефон, в амбулаторията или в дома на пациента по преценка на самия ОПЛ на територията на практиката за срока на действие на договора.

98. Заплащането по т. 74.7 е за извършено посещение на ЗЗОЛ с регистрация в друг здравен район при лекаря в размер 5,00 лв. при следните условия:

98.1. задължително здравноосигуреното лице е временно извън здравния район, където е осъществило избор на ОПЛ, и при посещението си представи здравноосигурителна книжка, а за осигурени в друга държава лица - и удостоверение за регистрация към НЗОК;

98.2. осигурено в друга държава лице е потърсило помощ по повод на остро възникнало състояние и при посещението си:

- представи Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК) / удостоверение, временно заместващо ЕЗОК / удостоверение за регистрация към НЗОК;

- попълни "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК) или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

98.3. изпълнителят отчита не повече от две посещения на едно и също ЗЗОЛ за месеца.

99. Плащанията на изпълнителя на ПИМП по т. 74.7 се извършват месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица и: копие от удостоверение 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 Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК) или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК”.

Заплащане за специализирана извънболнична медицинска помощ

100. Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнители на СИМП съгласно Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и действащите приложения, както следва:

100.1. преглед на ЗЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извън случаите по следващите точки по специалности: “Акушерство и гинекология”; “Вътрешни болести”; “Гастроентерология”; “Детска гастроентерология”; “Гръдна хирургия”; “Детски болести”; “Ендокринология и болести на обмяната”; “Детска ендокринология и болести на обмяната”; “Инфекциозни болести”; “Кардиология”; “Детска кардиология”; “Клинична алергология”; “Детски болести” 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”, “Ушно-носно-гърлени болести”, “Урология”, “Хирургия”, “Медицинска паразитология” и “Медицинска онкология”;

100.2. преглед на ЗЗОЛ до 14-годишна възраст, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по “Детски болести”; “Детска гастроентерология”; “Детска ендокринология и болести на обмяната”; “Детска кардиология”; “Детски болести” и “Клинична алергология”; “Детска клинична хематология и онкология”; “Детска неврология”; “Детска нефрология и хемодиализа”; “Детска пневмология и фтизиатрия”; “Детска психиатрия”; “Детска ревматология” - по повод на остро възникнало състояние и по назначение на ОПЛ;

100.3. профилактичен преглед на ЗЗОЛ до 18-годишна възраст, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по “Детски болести”, съгласно изискванията на Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и на приложение № 7;

100.4. профилактичен преглед на ЗЗОЛ, 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 № 39 за профилактичните преглед и диспансеризацията и приложение № 7;

100.5. профилактичен преглед на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст от рисковите групи, 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 №13 и приложение № 7;

100.6. специализиран преглед на ЗЗОЛ съгласно Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и приложение № 9, извършен от специалиста, водещ диспансерното наблюдение;

100.7. общомедицински и специализирани медицински дейности съгласно основен пакет по “Физикална и рехабилитационна медицина”;

100.8. високоспециализирани медицински дейности по съответните специалности от основния пакет СИМП;

100.9. специализирани и/или високоспециализирани медико-диагностични дейности по пакети: “Вирусология”, “Имунология”, “Клинична лаборатория”, “Клинична микробиология”, “Медицинска паразитология”, “Имунохематология”, “Обща и клинична патология” и “Образна диагностика”;

100.10. общомедицински и специализирани дейности по медицинска експертиза.

101. Националната здравноосигурителна каса заплаща по елементите по т. 100, когато са изпълнени всички изисквани медицински дейности, съгласно съответните приложения, всички нормативни изисквания и ЗЗОЛ, на което е оказана специализираната помощ, е с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на дейността.

102. За видовете специализирана медицинска помощ по т. 100.1 се заплаща за:

102.1. реализирано първично посещение при специалист по повод заболявания и състояния - 14,50 лв.;

102.2. реализирано вторично посещение по повод заболявания и състояния - 8,00 лв.

103. Първичните посещения по т. 102.1 за месеца се отчитат пред РЗОК с “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3) и с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, 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, 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 Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК) или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК”.

104. Вторичните посещения по т. 102.2 се отчитат с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

105. За видовете специализирана помощ се заплащат на изпълнителя на СИМП отчетените вторични посещения през месеца, но не повече от 50 на сто от общия брой на отчетените през месеца първични посещения по т. 102.1.

106. За видовете специализирана помощ по пакети “Хирургия” и “Ортопедия и травматология” на изпълнителя се заплащат отчетените вторични посещения до броя на отчетените през месеца първични посещения, при които на ЗЗОЛ са извършени хирургични и ортопедични процедури, определени със заповед на директора на НЗОК.

107. Заплащането по т. 100.1 е месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети, медицински направления и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

108. За видовете специализирана помощ по т. 100.2 се заплаща за:

108.1. реализирано първично посещение от ЗЗОЛ до 14-годишна възраст при лекар с придобита специалност по “Детски болести”; “Детска гастроентерология”; “Детска ендокринология и болести на обмяната”; “Детска кардиология”; “Детски болести” и “Клинична алергология”; “Детска клинична хематология и онкология”; “Детска неврология”; “Детска нефрология и хемодиализа”; “Детска пневмология и фтизиатрия”; “Детска психиатрия”; “Детска ревматология”, по повод на остри състояния - 14,50 лв.;

108.2. реализирано вторично посещение по повод на същото състояние - 8,00 лв.

109. Първичното посещение по т. 108.1 за месеца се отчита пред РЗОК с “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3) и с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, 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 Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК) или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК”.

110. Вторичното посещение по т. 108.2 се отчита с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

111. За видовете специализирана помощ по т. 108 се заплащат отчетените вторични посещения за ЗЗОЛ до 14-годишна възраст по повод остри състояния, но не повече от броя на отчетените през месеца първични посещения по т. 108.1.

112. Заплащането по т. 108 е месечно след проверка по фактура, финансово-отчетните документи, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и медицинските направления (бл. МЗ-НЗОК № 3).

113. За видовете специализирана помощ по т. 100.3 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ до 18-годишна възраст от лекар с придобита специалност по “Детски болести” - 8,00 лв.

114. Прегледите по т. 113 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ без придобита специалност по “Детски болести”, 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.

115. На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи на ЗЗОЛ, съобразени с изискванията на Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и приложение № 7 по програма “Детско здравеопазване”.

116. Заплащането по т. 113 е месечно след проверка на фактура, финансово-отчетните документи, първичните медицински документи и с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

117. За видовете специализирана помощ по т. 100.4 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ, включено в програма “Майчино здравеопазване”, избрало специалист по “Акушерство и гинекология” за наблюдение на бременността - 8,00 лв.

118. Прегледите по т. 117 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, когато на лицето е оказана медицинска помощ по програма “Майчино здравеопазване” при първо посещение, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

119. На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените прегледи по Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и за профилактични прегледи на ЗЗОЛ, по приложение № 7 по програма “Майчино здравеопазване”.

120. Заплащането по т. 117 е месечно след проверка по фактура, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и основанието за включване в програма “Майчино здравеопазване” при първо посещение - “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

121. За видовете специализирана помощ по т. 100.5 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст - 8,00 лв.

122. Прегледите по т. 121 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

123. На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи на ЗЗОЛ, но не повече от един годишен преглед при всеки един от посочените специалисти.

124. Заплащането по т. 121 е месечно след проверка по фактура, спецификация, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и основанийето за включване - "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ.

125. Специализираната медицинска помощ по т. 100.7 се заплаща за реализиран физиотерапевтичен курс на лечение.

126. 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 назначен общ брой процедури до 20 в курс от група 1 и/или 2, или 3 по преценка на лекаря-специалист, промените на лечението за даденото лице, както и заключителен преглед с оценка на резултатите от проведеното лечение.

127. Процедурите от група 1 и/или 2, или 3, включени в курс на лечение по физиотерапия и рехабилитация, се отразяват непосредствено при провеждането им в бл. МЗ № 509-89 за физикална терапия и рехабилитация.

128. Националната здравноосигурителна каса заплаща за физиотерапевтичен курс лечение по групи, както следва:

128.1. група 1 - процедури с физикални фактори от апаратната терапия - 1,40 лв. на процедура;

128.2. група 2 - процедури с кинезитерапевтични техники - 1,40 лв. на процедура;

128.3. група 3 - процедури с физикални фактори от апаратна терапия и кинезитерапевтични техники - 1,40 лв. на процедура;

128.4. заключителен преглед с оценка на резултата от проведеното лечение и отразен брой на проведени процедури - 8,00 лв.

129. Дейността по т. 128 за месеца се отчита пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. 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 Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК) или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

130. Националната здравноосигурителна каса заплаща за заключителен преглед, извършен не по-късно от 5-ия работен ден, следващ деня, в който е извършена последната процедура.

131. При неотчитане на прегледа по т.128.4., се заплаща само отчетената дейност по т.128.1 – т.128.3.

132. Заплащането е месечно след проверка по фактура, спецификация, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3).

133. За видовете специализирана помощ по т. 100.6 се заплаща за извършен преглед на ЗЗОЛ с едно или повече заболявания на диспансерно наблюдение от лекар-специалист - 8,00 лв.

134. За видовете специализирана помощ се заплаща по реда на т. 133 в случаите, в които са спазени всички изисквания за извършване на специализирани медицински дейности, съгласно изискванията на Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията, Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и приложение № 9, но за не повече от предвидения оптимален брой прегледи за заболяването с най-висока честота на наблюдение.

135. Дейността по т. 134 за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ на ЗЗОЛ за провеждане на диспансерно наблюдение при първично посещение на ЗЗОЛ или ЗЗОЛ, осъществили правото си на преизбор на диспансеризиращ специалист, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК;

136. Заплащането по т. 133 е месечно - след проверка на фактура, финансово-отчетни документи, първични медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

137. Извършената високоспециализирана медицинска дейност по т. 100.8 се заплаща по цени, както следва:

Код	Название на дейността	Цена (лв.)
1	2	3
05_31	Локално обезболяване—проводна анестезия	7,00
06_11	Пункционна биопсия на щитовидна жлеза под ехографски контрол	26,50
14_24	Лазертерапия при очни заболявания	37,30
21_22	Вземане на биопсичен материал от нос	12,50
21_29	Назален провокационен тест с алергени	24,50
21_31	Отстраняване на полипи от носната кухина	25,00
22_01	Пункция и аспирация на максиларен синус	12,20
28_0	Инцизия на тонзиларни и перитонзиларни абсцеси	12,20
31_48	Ларингостробоскопия; ларингостробография	25,00
33_29	Бронхопровокационен тест с метахолин	30,00
38_50	Лигатура на вена при подкожни варикозни образувания и ексцизия на варикозни възли	28,00
39_96	Венозна анестезия	18,60
40_11	Вземане на биопсичен материал от лимфен възел	13,00
41_31	Вземане на материал чрез костно-мозъчна пункция за специализирани изследвания	15,00
45_13	Диагностична горна ендоскопия	20,00
45_23	Диагностична долна ендоскопия, фиброколоноскопия	20,00
45_24	Диагностична долна ендоскопия, фибросигмоидоскопия	20,00
57_32	Уретроцистоскопия (диагностична)	18,80
57_33	Вземане на биопсичен материал от пикочен мехур	13,00
58_0	Уретротомия при стриктура	14,00
58_23	Вземане на биопсичен материал от уретра	13,00
60_11	Вземане на биопсичен материал от простата	13,00
64_11	Вземане на биопсичен материал от penis	13,00
67_11	Колпоскопия с прицелна биопсия	13,00
67_32	Деструктивно лечение на доброкачествени изменения на маточната шийка, с изключение на химична каутеризация	13,00
68_16	Аспирационна ендометриална биопсия	7,50
81_91	Диагностична и терапевтична пункция на стави	16,30
82_04	Инцизия и дренаж на палмарно или тенарно пространство	38,10
83_13	Вагинотомия	8,00
85_0	Инцизия на гръдна жлеза	15,00

Код	Название на дейността	Цена (лв.)
1	2	3
85_11	Вземане на биопсичен материал от гърда	13,00
86_3	Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори	13,00
88_71	Трансфонтанелна ехография	16,30
88_72	Ехокардиография	21,30
88_721	Фетална ехокардиография на рисков контингент за сърдечна патология на плода	27,00
88_75	Доплерово ултразвуково изследване на бъбречни съдове	16,50
88_77	Доплерова сонография; доплерова сонография на периферни съдове; доплерова сонография на съдовете на щитовидната жлеза	16,50
88_79	Ехографско изследване на стави при деца	16,50
88_98	Остеоденситометрия и интерпретация при следните случаи: Болни с трансплантирани органи. Пациенти с хиперпаратиреоидизъм. Пациенти с хипогонадизъм	19,00
89_01	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани тромбоцити	25,00
89_04	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани еритроцити - обем циркулираща кръв/кинетика на еритроцити	25,00
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	25,00
89_07	Снемане на анестезиологичен статус за планиране на оперативна интервенция с анестезия	12,50
89_08	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел имунохистохимични, имунохимични показатели К-микроглобулин за диагноза и определяне на група прогностичен риск при пациент с лимфом	25,00
89_12	Назален провокационен тест с медиатори	27,00
89_14	Електроенцефалография (ЕЕГ)	15,00
89_41	Сърдечно-съдов тест с натоварване	18,80
89_50	ЕКГ Холтер мониториране	16,30
89_61	Непрекъснат 24-часов запис на АН (Холтер мониториране)	16,00
90_49	Индуциране на хрчка и нейната обработка	12,00
93_08	Електромиография (ЕМГ)	15,00
93_13	Постизометрична релаксация (курс на лечение)	12,00
93_21	Екстензионна терапия (курс на лечение)	12,00
93_27	Специализирани кинезитерапевтични методи, приложими при ДЦП *	26,00
93_75	Фониатрична консултация с последваща гласова рехабилитация—курс (комплекс дихателни, фонаторни и резонаторни упражнения) 10 сеанса *	26,00
95_12	Флуоресцентна ангиография на съдовете на окото	33,70
95_23	Евокирани потенциали	19,00
95_47	Фонетография	15,00
96_53	Назален лаваж и обработка	17,00
99_29	Венозни инфузии на вазоактивни медикаменти при застрашаващи живота състояния	17,00
99_88	Лазертерапия при ставни заболявания и трудно зарастващи рани *	25,00

Код	Название на дейността	Цена (лв.)
1	2	3
Z01_5	Кожно-алергично тестване	7,50
Z01_5	Тестуване за поносимост при прилагане на анестетици	9,00

138. Заплащането по т.137 е за ВСМД, включително общомедицинските и специализираните дейности, в случаите, в които това се налага от естеството на високоспециализираната дейност, запис на резултатите от дейността, когато това е възможно, и интерпретацията на резултатите.

139. Националната здравноосигурителна каса заплаща за дейността по т.137, ако дейността е назначена от лекар-специалист с “Медицинско направление за високоспециализирани дейности” (бл. МЗ-НЗОК № 3А), а за дейностите по пакет “Анестезиология и интензивно лечение” - и от изпълнител на ПИМП, а 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.

140. С едно “Медицинско направление за високоспециализирани дейности” (бл. МЗ-НЗОК № 3А) може да бъде отчетена само една ВСМД.

141. Дейността по т. 137 за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и с “Медицинско направление за високоспециализирани дейности” (бл. МЗ-НЗОК № 3А).

142. Заплащането по т. 137 е месечно след проверка на фактура, финансово-отчетните документи, първичните медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

143. Извършените изследвания по т. 100.9 се заплащат от НЗОК по цени, както следва:

Код изследване	Название на изследването	Цена (лв.)
1	2	3
01_01	Кръвна картина—поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, <i>MCV</i> , <i>MCN</i> , <i>MCNC</i>	1,98
01_03	Скорост на утаяване на еритроцитите	0,77
01_04	Време на кървене	1,43
01_05	Пресяващи тестове: протромбиново време	1,43
01_06	Пресяващи тестове: активирано парциално тромбoplastиново време (<i>APTT</i>)	1,43
01_07	Пресяващи тестове: фибриноген	1,43
01_08	Химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген)	0,66
01_09	Седимент на урина—ориентировъчно изследване	0,66
01_10	Окултни кръвоизливи	0,66
01_11	Глюкоза	1,43
01_12	Кръвно-захарен профил	3,85
01_13	Креатинин	1,43
01_14	Урея	1,43
01_15	Билирубин—общ	1,43
01_16	Билирубин—директен	1,43

Код изследване	Название на изследването	Цена (лв.)
1	2	3
01_17	Общ белтък	1,43
01_18	Албумин	1,43
01_19	Холестерол	1,43
01_20	<i>HDL</i> -холестерол	1,43
01_21	Триглицериди	1,43
01_22	Гликиран хемоглобин	9,24
01_23	Пикочна киселина	1,43
01_24	<i>АСАТ</i>	1,43
01_25	АЛАТ	1,43
01_26	Креатинкиназа (КК)	1,43
01_27	ГГТ	1,43
01_28	Алкална фосфатаза (АФ)	1,43
01_29	Алфа-амилаза	1,43
01_30	Липаза	1,43
01_31	Натрий и калий	2,86
01_34	Калций	1,43
01_35	Фосфати	1,43
01_36	Желязо	1,43
01_37	ЖСК	1,43
01_38	<i>САР</i>	3,74
01_40	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване	1,98
01_41	Морфология на еритроцити – визуално микроскопско изследване	1,98
09_01	Криоглобулини	6,27
09_02	Общи имуноглобулини <i>IgM</i>	9,79
09_03	Общи имуноглобулини <i>IgG</i>	9,79
09_04	Общи имуноглобулини <i>IgA</i>	9,79
09_05	C_3 компонент на комплемента	9,79
09_06	C_4 компонент на комплемента	9,79
10_08	<i>fT4</i>	10,34
10_09	<i>TSH</i>	10,34
10_10	<i>FT4</i>	12,10
10_11	<i>CA-15-3</i>	12,10
10_12	СА-19-9	12,10
10_13	СА-125	12,10
10_14	Алфа-фетопротеин	12,10
10_15	Бета-хорионгонадотропин	12,10
10_16	Карбамазепин	12,00
10_17	Валпроева киселина	12,00
10_18	Фенитоин	12,00
10_19	Дигоксин	12,00
10_20	Микроалбуминурия	8,00
10_21	<i>Pregesteron</i>	10,34
10_22	<i>LH</i>	10,34
10_23	<i>FSH</i>	10,34
10_24	<i>Prolactin</i>	10,34

Код изследване	Название на изследването	Цена (лв.)
1	2	3
10_25	<i>Estradiol</i>	10,34
10_26	<i>Testosteron</i>	10,34
10_34	Маркер за костно разграждане за диагностика на остеопороза	12,10
10_61	СЕА	12,10
02_07	<i>RPR</i> (или Васерман)	3,56
02_09	Антистрептолизин титър (<i>ASIT</i>) (ревматизъм и други бета стрептококови инфекции)	3,67
02_10	<i>Waaler Rose/RF</i> (ревматоиден артрит)	3,67
02_11	<i>Paul-Bunnell</i> (инфекциозна мононуклеоза)	3,46
02_12	Фекална маса и ректален секрет (<i>Salmonella, Shigella, E. coli, Candida, Campylobacter, Clostridium difficile, Staphylococcus aureus</i>)	5,08
02_13	Изследване на урина за урокултура <i>E. coli, Proteus, Enterobacteriaceae, Enterococcus, Грам (-), Staphylococcus (S. aureus, S. saprophyticus)</i>	5,08
02_14	Материал от генитална система <i>N. gonorrhoeae, Streptococcus (Haemophilus), Staphylococcus, Gardnerella, Enterobacteriaceae</i> и др., Грам (-), Гъби (<i>C. albicans</i>) и др.	5,08
02_15	Ранев материал и гной <i>Staphylococcus (S. aureus), B-Streptococcus (gr. A), Enterobacteriaceae</i> и др. Грам (-), Анаероби, <i>Corynebacterium</i>	5,08
02_16	Гърлени и назофарингеални секрети <i>B-Streptococcus, Staphylococcus (S. aureus), Neisseria (N. meningitidis), Haemophilus (H. influenzae), Гъби (C. albicans и др.), Corynebacterium</i>	5,08
02_17	Храчка, <i>a-(b)- Streptococcus, Staphylococcus, Branhamella, Haemophilus, Enterobacteriaceae</i> и др. Грам (-), Гъби (<i>C. albicans</i> и др.), <i>Mycobacterium, Анаероби, Aspergillus, M. pneumoniae, RSV</i>	5,08
02_19	Антибиограма с 6 антибиотични диска	3,56
02_20	<i>Chlamydia</i> (сух тест)	3,46
04_01	Микроскопско изследване за паразити, вкл. <i>Trichomonas vaginalis</i>	3,56
04_02	Серологично изследване за трихинелоза	3,56
04_03	Серологично изследване за токсоплазмоза	3,56
04_04	Серологично изследване за ехинококоза	3,56
05_01	Доказване на <i>HIV</i> антитела с имунологичен метод ЕЛАЙЗА	7,45
05_02	Доказване на антитела РЗХА за рубеола при бременни	7,88
05_03	Доказване на антитела РЗХА за морбили при бременни	7,88
05_04	Серологични изследвания за маркери на хепатитните вируси А по метода ЕЛАЙЗА	7,45
05_05	Серологични изследвания за маркери на хепатитните вируси В по метода ЕЛАЙЗА	7,45
05_06	Серологични изследвания за маркери на хепатитните вируси С по метода ЕЛАЙЗА	7,88
06_01	Рентгенография на зъби с определен центраж (секторна рентгенография)	1,21
06_02	Рентгенография на челюстите в специални проекции	6,16
06_03	Рентгенография на лицеви кости	6,16
06_04	Рентгенография на околоносни синуси	6,16
06_05	Специални центражи на черепа	6,16
06_06	Рентгенография на стернум	6,16
06_07	Рентгенография на ребра	6,16

Код изследване	Название на изследването	Цена (лв.)
1	2	3
06_08	Рентгеноскопия на бял дроб	6,16
06_09	Рентгенография на крайници	6,16
06_10	Рентгенография на длан и пръсти	6,16
06_11	Рентгенография на стерноклавикуларна става	6,16
06_12	Рентгенография на сакроилиачна става	6,16
06_13	Рентгенография на тазобедрена става	6,16
06_14	Рентгенография на бедрена кост	6,16
06_15	Рентгенография на колянна става	6,16
06_16	Рентгенография на подбедрица	6,16
06_17	Рентгенография на глезенна става	6,16
06_18	Рентгенография на стъпало и пръсти	6,16
06_19	Рентгенография на клавикула	6,16
06_20	Рентгенография на акромиоклавикуларна става	6,16
06_21	Рентгенография на скапула	6,16
06_22	Рентгенография на раменна става	6,16
06_23	Рентгенография на хумерус	6,16
06_24	Рентгенография на лакетна става	6,16
06_25	Рентгенография на антебрахиум	6,16
06_26	Рентгенография на гривнена става	6,16
06_27	Обзорна (панорамна) рентгенография на зъби (Ортопантомография)	11,22
06_28	Рентгенография на череп	11,22
06_29	Рентгенография на гръбначни прешлени	11,22
06_30	Рентгенография на гръден кош и бял дроб	11,22
06_31	Обзорна рентгенография на сърце и медиастиnum	11,22
06_32	Обзорна рентгенография на корем	11,22
06_33	Рентгенография на таз	11,22
06_34	Ехографска диагностика на коремни и ретроперитонеални органи	11,22
06_35	Томография на гръден кош и бял дроб	17,60
06_37	Рентгеново изследване на хранопровод, стомах	17,60
06_38	Рентгеново изследване на тънки черва	17,60
06_39	Иригография	17,60
10_01	Компютърна аксиална или спирална томография	62,70
10_02	Ядрено-магнитен резонанс	183,70
10_03	Мамография на двете млечни жлези	14,96
10_58	Хистеросалпингография	17,60
10_59	Интравенозна холангиография	17,60
10_60	Венозна урография	17,60
07_01	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от храчка	5,40
07_02	Цитологично изследване на две проби от седимент от урина	5,40
07_03	Цитологично изследване на две проби от секрет от млечна жлеза	5,40
07_04	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пикочен мехур	5,40
07_05	Цитологично изследване на две проби от секрет от външна фистула	5,40
07_06	Цитологично изследване на две проби от секрет от рана (включително оперативна)	5,40
07_07	Цитологично изследване на две проби от синовиална течност	5,40

Код изследване	Название на изследването	Цена (лв.)
1	2	3
07_08	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от уретери	5,40
07_09	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от женски полови органи	5,40
07_10	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от устна кухина	5,40
07_11	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от очни лезии	5,40
07_12	Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии	5,40
07_13	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пиелон	5,40
10_38	Хистобиопсично изследване на две проби от лимфен възел	12,96
10_39	Хистобиопсично изследване на две проби от млечна жлеза	12,96
10_40	Хистобиопсично изследване на две проби от простата	12,96
10_41	Хистобиопсично изследване на две проби от щитовидна жлеза	12,96
10_42	Хистобиопсично изследване на две проби от слюнчена жлеза	12,96
10_43	Хистобиопсично изследване на две проби от коремен орган	12,96
10_44	Хистобиопсично изследване на две проби от бял дроб, ларинкс и трахея	12,96
10_45	Хистобиопсично изследване на две проби от медиастиnum	12,96
10_46	Хистобиопсично изследване на две проби от туморни формации в коремната кухина	12,96
10_47	Хистобиопсично изследване на две проби от полов орган	12,96
10_48	Хистобиопсично изследване на две проби от устна кухина, фаринкс и хранопровод	12,96
10_49	Хистобиопсично изследване на две проби от кожа и кожни лезии	12,96
10_50	Хистобиопсично изследване на две проби от мускул	12,96
10_51	Хистобиопсично изследване на две проби от подкожен тумор	12,96
10_52	Хистобиопсично изследване на две проби от органи на пикочната система	12,96
10_53	Хистобиопсично изследване на две проби от око и очни лезии	12,96
10_54	Хистобиопсично изследване на две проби от става	12,96
10_55	Хистобиопсично изследване на две проби от външно ухо	12,96
10_56	Хистобиопсично изследване на две проби от нос	12,96
10_57	Хистобиопсично изследване на две проби от костен мозък	12,96
09_01	Определяне на криоглобулини	6,27
09_02	Определяне на общи имуноглобулини $I_g M$	9,79
09_03	Определяне на общи имуноглобулини $I_g G$	9,79
09_04	Определяне на общи имуноглобулини $I_g A$	9,79
09_05	Определяне на C_3 компонент на комплемента	9,79
09_06	Определяне на C_4 компонент на комплемента	9,79
10_05	Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити—стандартен панел	123,20
10_06	Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразол тест	32,82
10_07	Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата	47,94
10_08	fT_4	10,34
10_09	TSH	10,34
10_29	Определяне на общи $I_g E$	41,89
10_30	Определяне на антинуклеарни антитела в серум	41,89
10_35	Определяне на имуноглобулиновата характеристика на	11,76

Код изследване	Название на изследването	Цена (лв.)
1	2	3
	еритроантителата (диференциран директен тест на $\mathcal{C}_{\text{combS}}$) с моноспецифични антиимуноглобулинови тест-реагенти с анти- $\mathcal{I}_g\mathcal{G}$ и анти-комплементарен (C') тест-реагент	
10_36	Определяне на специфичността и титъра на еритроантителата чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов ($\mathcal{C}_{\text{combS}}$) метод	23,41
10_37	Определяне на титъра на имунните анти-А и анти-В антитела от клас $\mathcal{I}_g\mathcal{G}$ след обработка на серума с 2-меркаптоетанол чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов ($\mathcal{C}_{\text{combS}}$) метод	16,35
12_01	Определяне на кръвни групи от системата АВ ₀ и $\mathcal{R}_f(\mathcal{D})$ антиген от системата $\mathcal{R}_{\text{hesus}}$ по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-А, анти-В, анти-АВ, анти- \mathcal{D} и тест-еритроцити А ₁ , А ₂ , В и \mathcal{O})	7,06
12_02	Определяне на подгрупите на А антигена (А ₁ и А ₂) с тест-реагенти с анти-А и анти-Н	4,14
12_03	Определяне на слаб \mathcal{D} антиген (\mathcal{D}_u) по индиректен тест на $\mathcal{C}_{\text{combS}}$	31,58
12_04	Изследване за автоеритроантитела при фиксирани антитела върху еритроцитите—чрез директен антиглобулинов ($\mathcal{C}_{\text{combS}}$) тест с поливалентен антиглобулинов серум, при свободни антитела в серума—чрез аглутинационен или ензимен метод	21,06
12_05	Изследване за алоеритроантитела чрез аглутинационен или ензимен метод или индиректен антиглобулинов ($\mathcal{C}_{\text{combS}}$) тест с поливалентен антиглобулинов серум	31,58
12_06	Определяне на \mathcal{R}_f фенотип (CcD ₁ Ee) и \mathcal{K}_{ell} антиген с моноспецифични тест-реагенти	29,23

144. В заплащането по т. 143 не се включват стойността на контрастната материя и цената за вземане на биологичен материал по чл. 135, ал. 1 от действащия НРД.

145. Заплащането по т. 143 е за медико-диагностичната дейност, назначена и извършена съобразно националните медицински стандарти, Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, включително за интерпретацията на резултатите.

146. Отчетените ВСМДИ, кодирани с начални символи “10”, се заплащат само когато са назначени от изпълнител на СИМП, а за ВСМДИ “Мамография на двете млечни жлези” от пакет „Образна диагностика”, „Хормони: fT4, TSH”, „Туморни маркери: PSA” и „Изследване на урина – микроалбуминурия” от пакет „Клинична лаборатория” - и от изпълнител на ПИМП.

147. Заплащането по т. 143 е месечно - след проверка на фактура, финансово-отчетните документи, първични медицински документи и електронен отчет, съдържащ назначената и извършена медико-диагностична дейност, във формат определен от НЗОК.

148. На изпълнители на СИМП се заплаща по настоящия ред за извършена и отчетена дейност по т. 100.10.

149. Националната здравноосигурителна каса заплаща по 2,50 лв. за извършена и отчетена медицинска експертиза на работоспособността на всеки член на обща или специализирана ЛКК, но на не повече от трима членове.

150. Експертизата по т. 149 се отчита с отрязък от “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК № 6) за всеки член на ЛКК и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, 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.

151. За извършен и отчетен преглед за подготовка за ЛКК, преглед по искане на ЛКК/РКМЕ или преглед за подготовка за освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК се заплаща 2,50 лв.

152. Прегледът по т. 151 се отчита с отрязък от “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК № 6) и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, 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.

153. Заплащането на изпълнител на СИМП по т. 148 се извършва след проверка по фактура, спецификация и представяне на съответните отчетни документи.

Условия и срокове за заплащане на извършените медицински дейности

154. Изпълнителите на медицинска помощ се считат, като:

154.1. Представят ежемесечно в РЗОК фактура, финансово-отчетни документи, първични медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и/или електронен отчет, съдържащ назначената и извършена медико-диагностична дейност и първите екземпляри от регистрационните форми за избор на новозаписаните пациенти в пациентска листа на ОПЛ, придружени с електронен отчет в определен от НЗОК формат, по утвърден график до 3-тия работен ден на месеца, следващ отчетния.

154.2. При констатиране на неправилно попълнени данни и/или грешки, установени при обработката на електронните отчети, РЗОК информира ИМП с писмени указания за необходимите корекции и допълнения, но не по-късно от 20-то число на месеца. В срок до 3 работни дни ИМП се задължава да представи документите със съответните промени.

155. Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се представя на отделна фактура, придружена със съответната отчетна документация по т. 43.

156. Плащанията на ИМП се извършват чрез РЗОК до 30-то число на месеца, следващ отчетния.

157. При неспазване на посочения в т. 154 срок за представяне на отчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период за отчитане.

158. Условие за плащане на ИМП е точното и правилното попълване на документите съгласно настоящите условия, както и пълно и точно изпълнение на дейността.

159. Не се заплаща по предвидения ред за извършени дейности от ИМП, ако те не са отчетени за два последователни месеца.

160. Не се заплаща по предвидения ред за извършена от ИМП дейност през период, който изпълнителят вече е отчетел по реда на т. 154.

161. Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определените срокове.

162. Ако исканите поправки не се извършат в следващия период за отчитане, на ИМП не се заплаща по определения ред.

163. Плащанията се извършват в левове по банков път, по обявена от ИМП в индивидуалния договор банкова сметка.

164. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на глава двадесета от действащия НРД.

165. В случай че 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.

Регулативни стандарти за възлагане на специализирани медицински дейности. Корекция на стандартите и цените в хода на изпълнение на договора

166. Директорът на НЗОК утвърждава регионални регулативни стандарти (РС) за разпределението им за всяко тримесечие до края на месеца, предхождащ тримесечието, в зависимост от месечното разпределение и очакваното изпълнение на бюджета на НЗОК.

167. Районната здравноосигурителна каса определя индивидуалните РС на всеки от отделните изпълнители на извънболнична медицинска помощ при спазване на утвърдените от директора на НЗОК регионални РС за съответното тримесечие.

168. Регионалните и индивидуалните РС се определят съобразно Правилата за реда за определяне на броя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностичните дейности за назначаване от изпълнителите на първична и специализирана медицинска помощ, приети с решение на УС на НЗОК.

169. Контролът по изпълнение на РС се осъществява по реда на глава двадесета и двадесет и първа от НРД 2006, като за целта се извършва проверка, за резултатите от нея, освен финансов протокол, се съставя „Протокол за неоснователно получени суми” и се издава писмена покана по реда на производството по чл.233 и сл. от НРД 2006.

Документация и документооборот за изпълнители на извънболнична помощ

170. Документацията, която е длъжен да води и съхранява в амбулаторията си всеки ИМП, включва първични медицински и финансови документи съгласно приложения № 4 и 5 и регистри съгласно раздел III от Специалната част на НРД 2006.

171. Първичните медицински документи са:

171.1. “Амбулаторен лист” (бл. МЗ-НЗОК № 1);

171.2. “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3);

171.3. “Медицинско направление за високоспециализирани дейности” (бл. МЗ-НЗОК № 3А);

171.4. “Направление за медико-диагностична дейност” (бл. МЗ-НЗОК № 4);

171.5. “Рецептурни бланки” – образци бл. МЗ-НЗОК;

171.6. “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;

171.7. “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК № 6);

171.8. “Рецептурна книжка на хронично болния”;

171.9. “Направление за хоспитализация” (бл. МЗ-НЗОК № 7);

172. Документооборотът по т. 171 е, както следва:

I. “Амбулаторен лист” (бл. МЗ-НЗОК № 1) се издава:

А. от общопрактикуващия лекар:

1. Електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, подписан с електронен подпис на ОПЛ, извършил прегледа се предоставя в РЗОК до третия работен ден от месеца, следващ отчетния. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, подписани от ОПЛ и ЗЗОЛ, се прилага към здравното досие на ЗЗОЛ, което се води по хронологичен ред, съдържа всички медицински документи и се съхранява в кабинета на лекаря. Екземпляр се издава и предоставя на ЗЗОЛ при поискване.

2. Националната здравноосигурителна каса определя електронния формат и информацията, съдържаща се в него, която изпълнителят на ПИМП ежесечно представя в РЗОК при отчитане на дейността си, съгласно настоящите изисквания.

Б. от лекаря от лечебното заведение за СИМП:

1. Електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, подписан с електронен подпис на лекаря - специалист, извършил прегледа се предоставя в РЗОК до третия работен ден от месеца, следващ отчетния. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, се прилага към здравното досие на ЗЗОЛ, което се води по хронологичен ред, съдържа всички медицински документи

и се съхранява в кабинета на лекаря. Вторият екземпляр се изпраща по ЗЗОЛ до ОПЛ за прилагане към здравното досие.

2. Националната здравноосигурителна каса определя електронния формат и информацията, съдържаща се в него, която изпълнителят на СИМП ежесечно представя в РЗОК при отчитане на дейността си, съгласно настоящите изисквания.

В. от председателя на ЛКК - за всяка извършена експертиза на едно ЗЗОЛ.

Електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, подписан с електронен подпис на председателя на ЛКК, се предоставя в РЗОК до третия работен ден от месеца, следващ отчетния. 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 ЗЗОЛ до ОПЛ за прилагане към здравното досие.

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 заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК до третия работен ден от месеца, следващ отчетния. Всяко отчетено “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3) се придружава от електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, 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 високоспециализирана медицинска дейност от пакет “Анестезиология и интензивно лечение” - и от изпълнител на ПИМП. Изпълнителят на СИМП или на БП, извършил ВСМД, отчита документа заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК до третия работен ден от месеца, следващ отчетния. Всяко отчетено “Медицинско направление за високоспециализирани дейности” (бл. МЗ-НЗОК № 3А) се придружава от електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, 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 два екземпляра от изпълнител на ПИМП/СИМП; двата екземпляра се изпращат на медико-диагностичната лаборатория чрез пациента; медико-диагностичната лаборатория отчита в РЗОК. Първият екземпляр на “Направление за медико-диагностична дейност” (бл. МЗ-НЗОК № 4), придружен с електронен отчет, съдържащ назначената и извършена медико-диагностична дейност, във формат определен от НЗОК, и месечния отчет до третия работен ден от месеца, следващ отчетния; вторият екземпляр с прикрепените резултати се изпраща от медико-диагностичната лаборатория - чрез пациента или по служебен път, на лекаря, назначил изследванията.

2. за ВСМДИ - издава се в два екземпляра от:

2.1. изпълнител на СИМП;

2.2. и от 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”.

Двата екземпляра се изпращат на медико-диагностичната лаборатория чрез пациента; медико-диагностичната лаборатория отчита в РЗОК първият екземпляр на “Направление за медико-диагностична дейност” (бл. МЗ-НЗОК № 4), придружен с електронен отчет, съдържащ назначените и извършени медико-диагностична изследвания, във формат определен от НЗОК, и месечния отчет до третия работен ден от месеца, следващ отчетния;

вторият екземпляр с прикрепените резултати се изпраща от медико-диагностичната лаборатория - чрез пациента или по служебен път, на лекаря, назначил изследванията.

V. “Рецептурни бланки” образци бл. МЗ-НЗОК - съставят се в два екземпляра от изпълнителя на медицинска помощ; първият екземпляр от рецептата се прилага към финансовия отчет и спецификация се предават в РЗОК от аптеките, сключили договор с РЗОК; вторият екземпляр остава в аптеката, отпуснала лекарствата. Данните от рецептурните бланки се вписват в съответния амбулаторен лист, съгласно приложение № 4.

VI. “Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК или РЗОК” (“Образец МЗ-НЗОК”) - копие от заверения протокол се съхранява в досието на ЗЗОЛ от ОПЛ и/или от лекаря - специалист, издаващ рецептурна бланка.

VII. “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК № 6) - документът се попълва в един екземпляр. Използва се в случаите, когато ОПЛ или специалист изпраща ЗЗОЛ 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, придружен от електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, 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 връща на ОПЛ или специалиста, поискал консултациите, като се прилага към медицинското досие на здравноосигуреното лице;

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 връща от ЗЗОЛ в ЛКК и се прилага към месечния отчет на ЛКК, представян в РЗОК.

VIII. “Рецептурна книжка на хронично болния” - издава се на ЗЗОЛ, определени като хронично болни със заболявания по списъка, съгласно приложение № 10; книжката се попълва от общопрактикуващия лекар, при когото е осъществен постоянен избор; заверява се в съответната РЗОК, с която ОПЛ има договор.

“Рецептурната книжка на хронично болния” се съхранява от ЗЗОЛ, на което е издадена.

IX. “Направление за хоспитализация” (бланка МЗ-НЗОК № 7).

173. Съществуващите документи в системата на здравеопазването към момента на сключване на този договор се прилагат, доколкото не противоречат на тук посочените документи.

174. Документите по т. 171 се изготвят съгласно изискванията, реквизитите и стандарта, посочени в приложение № 4.

175. Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ закупуват за своя сметка формуляри на документите по т. 171.

176. Изпълнителите на ИМП могат да използват разпечатани образци на следните документи:

176.1. “Амбулаторен лист” (бл. МЗ-НЗОК № 1);

176.2. “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3);

176.3. “Медицинско направление за високоспециализирани дейности” (бл. МЗ-НЗОК № 3А);

176.4. “Направление за медико-диагностична дейност” (бл. МЗ-НЗОК № 4);

176.5. “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК № 6);

176.6. Направление за хоспитализация (бл. МЗ-НЗОК № 7);

176.7. “Рецептурни бланки” – образци бл. МЗ-НЗОК;

177. Информацията се съхранява в електронен вид, като задължително се записва и на външни електронни носители.

178. Финансово-отчетните документи (приложение № 5) са:

178.1. фактура;

178.2. спецификация;

178.3. отчети за месечно отчитане на дейността на изпълнителите на ИМП.

179. Финансово-отчетните 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 посочените условия и срокове на заплащане. Вторият екземпляр остава при ИМП.

180. В РЗОК се води отчетност за всички първични медицински и отчетни документи, които изпълнителите на извънболнична помощ представят по опис за отчитане на извършената дейност.

181. При констатиране на неправилно попълнени данни във финансовите отчетни документи на ИМП и РЗОК ги връща за корекция в посочения срок.

182. За представени неверни данни в отчетите по този договор се прилагат разпоредбите на глава петнадесета от действащото НРД.

Болнична помощ

Специални условия за сключване и изпълнение на договори за оказване на болнична помощ

183. Националната здравноосигурителна каса сключва договори за оказване на БП по клинични пътеки (КП), включени в приложение №5 към член единствен от Наредба №40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, както и приложение №17 “Клинични пътеки”.

184. Договорите по т.183 се сключват за всички болести и/или процедури, както и за всички дейности, установени в диагностично-лечебния алгоритъм на всяка КП, съгласно приложение №17. Не се допуска сключване на договор само за отделни болести и/или процедури, включени в КП.

185. За КП, в които има посочени различни изисквания за изпълнението им спрямо ЗЗОЛ под и над 18-годишна възраст, НЗОК може да сключи договор за оказване на болнична помощ по тези КП както само за лечението на ЗЗОЛ под 18-годишна възраст или само за лечението на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст, така и за двете възрастови групи едновременно.

186. Страна по договор с НЗОК за оказване на БП по КП може да бъде лечебно заведение по т.6, което отговаря на общите условия по т.19.1, буква “б”, както и на следните специални условия:

186.1. съответствие на устройството на лечебното заведение с Наредба №29 за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико-социални грижи (ДВ, бр. 108 от 1999 г.);

186.2. в лечебното заведение са разкрити необходимите структурни звена, посочени в частта “Условия за сключване на договор и изпълнение на клиничната пътека” на съответните КП, за които то кандидатства, съгласно приложение №17; когато тези структурни звена са клиници и/или отделения със специалностите, по които са разкрити, следва да фигурират в разрешението за осъществяване на лечебна дейност по чл.46, ал.2 ЗЛЗ;

186.3. структурните звена отговарят на изискванията на утвърдените медицински стандарти, а при липса на стандарти се прилагат изискванията на Наредба №18 от 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения за болнична

помощ; извършваната дейност в тези структурни звена трябва да отговаря и на изискванията за медицинска дейност от диагностично-лечебния алгоритъм на съответните клинични пътеки;

186.4. наличие в лечебното заведение на функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване, посочени в частта “Условия за сключване на договор и изпълнение на клиничната пътека” на съответните КП, за които то кандидатства, съгласно приложение №17;

186.5. В лечебното заведение работят съответни специалисти с придобити специалности, посочени в частта “Условия за сключване на договор и изпълнение на клиничната пътека”, на съответните КП, за които лечебното заведение кандидатства, съгласно приложение №17, с приложен работен график;

186.6. в лечебното заведение работят съответни специалисти с придобити специалности по трудов договор на пълен работен месец (не по-малко от 160 часа месечно), с изключение на изисквания в Наредбата за определяне на видовете работи, за които се установява намалено работно време. Когато в лечебното заведение липсват лекари от следните специалности – клинична микробиология, клинична лаборатория, клинична вирусология, клинична паразитология, клинична патология, нуклеарна медицина, образна диагностика, анестезиология и интензивно лечение, по изключение се допуска работа по трудов договор на непълен работен месец (по-малко от 160 часа месечно), но в не повече от две лечебни заведения за болнична помощ .

186.7. 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 съответната КП допуска това, при условия и по ред, посочени в същата; този договор може да бъде сключен с лечебно заведение, което се намира на територията на същата област; в случаите, когато на територията на същата област липсват имунологична, цитогенетична, генетична лаборатория за метаболитен, ензимен и ДНК анализ, вирусологична, паразитологична, химикотоксикологична, нуклеарно-медицинска лаборатории и ангиографски звена, такъв договор може да се сключи и с лечебни заведения на територията на друга област;

186.8. наличие на удостоверения и/или сертификати за извършване на определени процедури за работа със съответна медицинска апаратура съгласно Националните медицински стандарти и са придобити при условията и по реда на Наредба №34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването;

186.9. наличие на свидетелство за професионална квалификация на специалиста, издадено и подписано от ректора на висше медицинско училище или документ/и, удостоверяващ/и не по-малко от определен брой извършени процедури от специалиста, съгласно изискванията на съответните КП;

186.10. действаща акредитационна оценка, различна от “лоша”, по смисъла на Наредба № 18 от 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения за болнична помощ по смисъла на чл.9 ЗЛЗ за цялото ЛЗ и за отделни структурни звена, които са изискуеми по съответните клинични пътеки;

186.11. с оглед въвеждане на цялостната интегрирана информационна система на НЗОК лечебното заведение да бъде оборудвано с, и поддържа актуални модули на специализиран софтуер за болници за отчет на дейността в ЦУ на НЗОК, съгласно чл. 66, ал 2 от ЗЗО (gratisен период за необорудваните ЛЗ – до 01.03.2009 г.).

187. Работният график на специалистите по т.186.5, които работят и в други лечебни заведения, следва да осигурява изпълнението на изискванията за работа по КП.

188. Страна по договор с НЗОК за оказване на БП по КП, посочени в приложение №2, може да бъде лечебно заведение по т.7, което отговаря на общите условия по т.19.1, буква “б”, както и на специалните условия по т. 186.4, 186.5 и 186.7.

Необходими документи за сключване на договори за оказване на болнична помощ

189. Лечебните заведения, желаещи да сключат договор за оказване на БП, представят в РЗОК заявление, към което прилагат:

189.1. документ за съдебна регистрация или удостоверение за актуална съдебна регистрация - за лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и лечебните заведения за СИМП с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа;

189.2. копие на разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването - за лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите;

189.3. копие на удостоверение за регистрация в РЦЗ на територията, обслужвана от РЗОК - за лечебните заведения за СИМП с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа;

189.4. копие от акта за създаване на лечебното заведение - за лечебните заведения по чл.5, ал.1 ЗЛЗ;

189.5. документи, удостоверяващи обстоятелствата по т.186.1 и 186.2 - за всички видове лечебни заведения;

189.6. документи, удостоверяващи обстоятелствата по т.186.5 (всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК, както и графиците им на електронен носител);

189.7. копие от трудов договор по т.186.6;

189.8. копия на документи за придобити основни и профилни специалности по Наредба №34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването на лекарите/лекарите по дентална медицина, които ще изпълняват КП, съобразно квалификационните изисквания, посочени във всяка пътека - за всички видове лечебни заведения;

189.9. декларация за членство в БЛС с номер от националния регистър (УИН), по смисъла на чл.13, ал. 1, т.3 ЗСОЛС, както и декларация, че не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България—за лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение към датата на подаване на документите;

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

189.11. декларация от управляващия лечебното заведение по образец съгласно приложение №18 “Изисквания за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ” за функционираща и изправна налична медицинска апаратура и оборудване - за всички видове лечебни заведения; както и копия на сключени договори за поддържане на медицинската апаратура и оборудване по КП, посочени в приложение №17;

189.12. копие на договора по т.186.7 - за всички видове лечебни заведения;

189.13. копие от актуален сертификат за участие в БНСВОК по клинична лаборатория или копие от сертификат 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 лечебното заведение има съответния вид/видове лаборатории - за всички лечебни заведения;

189.14. копие от документите по т.186.8 - за всички лечебни заведения;

189.15. копие от документите по т.186.9 - за всички лечебни заведения;

189.16. заявление по образец съгласно приложение №18 за електронно отчитане в ЦУ на НЗОК на дейността на лечебното заведение за болнична помощ;

189.17. копие от заповед на министъра на здравеопазването с акредитационна оценка на лечебното заведение и срокът, за който тя се присъжда, по смисъла на Наредба №18 от 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения. Заповедта за акредитационна оценка следва да е различна от „лоша”, както за цялото ЛЗ, така и за отделните структурни звена, изискуеми по съответните клинични пътеки;

189.18. декларация от управляващия лечебното заведение по образец, съгласно приложение №18 “Изисквания за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ” за функциониращи модули на специализиран софтуер за болници.

190. Лечебните заведения, сключили договор с НЗОК за изпълнение на КП в съответствие с решение №РД-УС-04-127 от 27.XII.2007 г. на УС на НЗОК и действащите разпоредби на НРД 2006, представят:

190.1. документи по т.189.2—189.5, т.189.8 и 189.14 - само в случай на настъпили промени в обстоятелствата, отразени в тях, или декларация за липса на промени;

190.2. документи по т.189.1, 189.6; копие на договори по т.189.7, 189.11 и 189.12, както и документи по т.189.13, 189.15, 189.16, 189.17 и 189.18;

190.3. декларации по т.189.9 – 189.11.

191. Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва, респ. отказва сключване на договор при настоящите условия и ред.

192. Директорът на РЗОК може да сключва договор с новосъздадени лечебни заведения за болнична помощ и новосъздадени лечебни заведения за специализирана медицинска помощ с легла за наблюдение и лечение до 48 часа или допълнителни споразумения за нови клинични пътеки към сключените вече договори с изпълнители на БП, след 1.IX.2009 г., при условията на чл.5 ЗБНЗОК за 2009 г.

193. При наличие на сключен договор изпълнителят на БП е длъжен:

193.1. при промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по т.189, да уведоми РЗОК и да представи в срок до 5 работни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ;

193.2. при всяко изтичане на срока на валидност на документа по т.189.13 да представя в РЗОК актуален сертификат в срок до 5 работни дни от издаването му;

193.3. ежемесечно да представя в РЗОК работен график на специалистите, работещи по клинични пътеки.

194. Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответното лечебно заведение всички документи, приложени към заявлението за сключване на договор.

Структура на клиничната пътека

195. Клиничните пътеки, заплащани от НЗОК в полза на ЗЗОЛ, 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.

196. Клиничната пътека се състои от следните основни компоненти:

196.1. задължителен минимален болничен престой за осъществяване на посочените в клиничната пътека дейности и процедури във времеви план. Конкретният болничен престой за всеки пациент зависи от състоянието му;

196.2. кодове на болести за заболявания по МКБ 10 и основни процедури - за всяка терапевтична КП; процедурите в тези пътеки - по вид, обем, сложност, съответстват на процедурите - по вид, обем, сложност, 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;

196.3 основни кодове на процедури за всяка хирургична/интервенционална КП; процедурите в тези пътеки - 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;

196.4. изискване за завършена КП: КП се счита за завършена при извършване на посочения в нея определен брой диагностични и/или терапевтични процедури;

196.5. условия за сключване на договор и изпълнение на КП, включващи:

а) задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, необходими за изпълнение на алгоритъма на КП, съобразени с медицинските стандарти, консенсусни протоколи и Наредба

№18 от 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения - при специалности, където липсват стандарти;

б) необходими специалисти за изпълнение на КП;

196.6. 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, от извършените диагностични и параклинични изследвания;

б) диагностично-лечебен алгоритъм; диагностично-лечебният алгоритъм е съобразен с утвърдените медицински стандарти или консенсусни протоколи и е задължителен за изпълнение;

196.7. поставяне на окончателна диагноза;

196.8. дехоспитализация (критериите за дехоспитализация включват задължително обективизиране, компенсирание или нормализиране на параметри и биоконстанти, както и извършването на контролни медико-диагностични изследвания при отклонения в жизнени параметри и лабораторни показатели) и определяне на следболничен режим; обективните критерии за дехоспитализация кореспондират с обективни критерии при хоспитализация;

196.9. медицинска експертиза на работоспособността;

196.10. документиране на дейностите по съответната КП;

196.11. предоперативната епикриза с анестезиологична и други предоперативни консултации е задължителна част от алгоритъма на всяка КП с оперативна дейност.

197. Извършването на дейности по КП се отразяват в медицинската болнична документация, както и в следните документи:

197.1. документ №1 “Регистриране на процедури по клиничната пътека”;

197.2. документ №2 “Предоперативна анестезиологична консултация”;

197.3. документ №4 “Информация за пациента” (родителя/настойника/ попечителя); документът се предоставя на пациента (родителя/настойника/попечителя) в хода на лечебно-диагностичния процес;

197.4. документ №5 “Декларация за информираност и съгласие на пациента по отношение източника на заплащане за диагностиката и лечението на неговото заболяване”;

197.5. декларация за информирано съгласие от страна на пациента по отношение провежданите процедури в хода на лечебно-диагностичния процес; изработва се от изпълнителя на болнична помощ;

197.6. финансово-отчетни документи.

198. Изброените в т.197 документи подлежат на контрол от контролните органи на НЗОК и РЗОК.

199. Документ №1 е задължителен за всяка КП и задължително отразява проведените специфични медицински грижи и дейности по всяка КП, като същите се регистрират в него. Документът представлява лист с формат А4, разграфен по дни, и съдържа следните реквизити:

а) основни диагностични процедури;

б) основни терапевтични/оперативни процедури;

в) извършени консултации с други специалисти.

200. В документ №1 се регистрират само процедурите, отразени като основни в “Блок основни диагностични/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. Основните диагностични процедури (отделните кодове и рубриците към тях) са посочени в приложение №24 “Различни диагностични процедури по МКБ 9КМ”.

201. Документ №2 е задължителен за всяка КП с оперативна дейност.

202. Декларацията за информирано съгласие се подписва от пациента (родител/настойник/попечител).

203. Документ № 1, документ №2 и документ №5 “Декларация за информираност и съгласие на пациента по отношение източника на заплащане за диагностиката и лечението на неговото заболяване” се прикрепват към лист “История на заболяването” (ИЗ) на пациента и стават неразделна част от него.

204. Документирани в хода на хоспитализацията:

204.1. в диагностично-консултативния блок/приемен кабинет (ДКБ/ПК) се води журнал с лични данни на преминаващите през ДКБ/ПК ЗЗОЛ;

204.2. хоспитализацията на пациента се документира в “ИЗ” и в част II на “Направление за хоспитализация” (бл. МЗ-НЗОК №7);

204.3. в медицинската документация “История на заболяването” (ИЗ) се отразява дата и час на постъпването на ЗЗОЛ в лечебното заведение—изпълнител на болнична помощ;

204.4. изпълнението на диагностично-лечебния алгоритъм задължително се документира в “История на заболяването” и в документ №1, който е неразделна част от ИЗ;

204.5. резултатите от извършените изследвания и процедури, използваните лекарствени продукти, проведените консултации и други обстоятелства, които не са изрично посочени в документ №1, се вписват в болничната медицинска документация съгласно изисквания на министъра на здравеопазването и утвърдените в лечебното заведение правила;

204.6. 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;

204.7. в случай, че рентгенологичните изследвания се записват само на електронен носител, копие от електронния носител се предоставя на пациента при дехоспитализацията; рентгенологичната находка се съхранява в базата данни на лечебното заведение;

204.8. при извършване на ултразвуково изследване в ИЗ се прилага снимка от извършената ехография; вкл. и при интервенционални процедури, под ехографски контрол; снимката задължително съдържа апаратната дата на извършването;

204.9. при извършване на ЕКГ същата съдържа дата на извършването, име и подпис на извършилия изследването;

204.10. при извършване на изследвания с графично изображение – ЕМГ, ЕЕГ и др, същите съдържат апаратната дата на извършването, име и подпис на разчелия изследването;

204.11. всички извършени изследвания с графично изображение се прилагат задължително към ИЗ; в случай че тези изследвания 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;

204.12. при извършване на инвазивни/интервенционални процедури се изготвя протокол за интервенционална диагностика и/или лечение и се подписва от специалиста/и извършили процедурата.

204.13. при извършване на ендоскопско изследване в ИЗ се прилага “Ендоскопски протокол”;

204.14. използваните в хода на лечението на ЗЗОЛ лекарства (вид, доза - еднократна и/или дневна, курс на лечение) задължително се отбелязват в температурния лист на пациента, в ИЗ и в епикризата;

204.15. скъпоструващите лекарства и/или консумативи, включени в лечебно-диагностичния алгоритъм, и влизащи или не в цената на КП, които са приложени при лечението на пациент по КП, се отбелязват във “Фиш за приложение на съответното лечебно

средство и/или консумативи”, който става неразделна част от ИЗ; копие от фиша се представя заедно с направлението за хоспитализация и се съхранява в РЗОК;

204.16. изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в: “ИЗ”, в част III на “Направление за хоспитализация” (бл. МЗ-НЗОК №7) и в епикриза; медицинските критерии за дехоспитализация, отразяващи достигнатата диагностична и лечебна цел, се отразяват в ИЗ при изписването на пациента и в епикриза;

204.17. в случай, че пациентът се изписва с диагноза за заболяване, включено в Наредба №39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията, същият се насочва за диспансерно наблюдение съгласно посочените изисквания.

Цени, условия и ред за заплащане на болнична помощ

205. НЗОК заплаща на изпълнителите на болнична помощ за :

205.1. дейности за диагностика и лечение по клинична пътека от приложение №5 от Наредба №40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и посочени в диагностично-лечебните алгоритми на всяка КП;

205.2. медицински изделия за болнично лечение в определени КП по т.226.

206. Заплащането по т.205 е за ЗЗОЛ хоспитализирани след влизане в сила на договора между НЗОК и съответния изпълнител на болнична помощ.

207. За всеки отделен случай (лекуван пациент) по КП се заплаща по цени, както следва:

№ по ред	Име на клиничната пътека	Цена (лв.)
1	2	3
1	Исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза	693
2	Исхемичен мозъчен инсулт с тромбоза	2 090
3	Паренхимен мозъчен кръвоизлив	770
4	Субарахноиден кръвоизлив	825
5	Остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) с имуноглобулин	2 255
6	Остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) с имуноглобулин на апаратна вентилация	2 684
7	Болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия от медикаменти, порфиринова полиневропатия и полиневропатия на Гилен-Баре, без имуноглобулин и апаратна вентилация	508
8	Диабетна полиневропатия	333
9	Остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при лица над 18 години	1 716
10	Остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при лица под 18 години	1 716
11	Вертеброгенни дискови и дискартулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми	167
12	Наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система с начало в детска възраст (от 0—18 г.), засягащи ЦНС	578
13	Наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система при възрастни пациенти, засягащи ЦНС и моторния неврон (ЛАС)	627
14	Наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система при	2 200

№ по ред	Име на клиничната пътека	Цена (лв.)
1	2	3
	възрастни пациенти, засягащи ЦНС и моторния неврон (ЛАС) спродължителна апаратна вентилация	
15	Невро-мускулни заболявания и болести на предните рога на гръбначния мозък	462
16	Невро-мускулни заболявания и болести на предните рога на гръбначния мозък с продължителна апаратна вентилация	2200
17	Мултиплена склероза	520
18	Епилепсия и епилептични пристъпи	231
19	Епилептичен статус	405
20	Епилепсия, резистентна на медикаменти – лечение чрез стимулация на вагусовия нерв	323
21	Миастения гравис и миастенни синдроми при лица над 18 години	439
22	Миастения гравис и миастенни синдроми при лица под 18 години	439
23	Миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация	869
24	Миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация	2 673
25	Паркинсонова болест	231
26	Заболявания на горния гастроинтестинален тракт	642
27	Интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт с неголям обем и сложност	308
28	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестинален тракт	1 375
29	Болест на Крон и улцерозен колит	990
30	Заболявания на тънкото и дебелото черво	600
31	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт	550
32	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума	1 540
33	Заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума	1 010
34	Декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза)	1 295
35	Хронични вирусни хепатити	706
36	Хронични чернодробни заболявания	723
37	Хронични диарии при лица под 18-годишна възраст	347
38	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания	990
39	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания с механична вентилация	1 320
40	Постоянна електрокардио-стимулация	286
41	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии	3 518
42	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации	3 518
43	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация	4 500
44	Ендоваскуларно лечение на екстракраниални съдове	462
45	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания	3 518

№ по ред	Име на клиничната пътека	Цена (лв.)
1	2	3
46	Остър миокарден инфаркт без фибринолиза	902
47	Нестабилна форма на ангина пекторис без инвазивно изследване и/или интервенционално лечение	330
48	Нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване	1166
49	Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение	4550
50	Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с фибринолитик	2750
51	Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение	5250
52	Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. Клас без механична вентилация	416
53	Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 ф. клас с механична вентилация	1078
54	Инфекциозен ендокардит	2420
55	Заболявания на миокарда и перикарда	462
56	Ритъмни и проводни нарушения	300
57	Артериална хипертония при деца	520
58	Хипоксемични състояния при вродени сърдечни малформации при възраст до 18 години	578
59	Белодробен тромбоемболизъм без фибринолитик	666
60	Белодробен тромбоемболизъм с фибринолитик	2481
61	Остър и обострен хроничен пиелонефрит	370
62	Гломерулонефрити—остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания—новооткрити, при лица над 18 години	858
63	Гломерулонефрити—остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания—новооткрити, при лица под 18 години	858
64	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити—остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания—при лица над 18 години	858
65	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити—остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания—при лица под 18 години	858
66	Остра бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	578
67	Остра бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	578
68	Хронична бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	330
69	Хронична бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	330
70	Трансуретрално оперативно лечение при онкологични заболявания на пикочния мехур: стадии T1-3, N0-2, M0-1	567
71	Радикална цистопростатектомия с ортотопичен пикочен мехур	2277
72	Трансуретрална простатектомия	497
73	Отворени оперативни процедури при доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза и нейните усложнения, с изключение на ендоскопски методи	693
74	Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика	116
75	Бъбречно-каменна болест: уролитиаза—екстракорпорална литотрипсия	347
76	Бъбречно-каменна болест: уролитиаза—ендоскопски методи на лечение	867
77	Оперативни процедури при вродени заболявания на пикочо-половата система	497

№ по ред	Име на клиничната пътека	Цена (лв.)
1	2	3
78	Оперативни процедури върху мъжка полова система	336
79	Оперативни процедури на долните пикочни пътища с голям обем и сложност	990
80	Оперативни процедури на долните пикочни пътища със среден обем и сложност	550
81	Оперативни процедури при инконтиненция на урината	612
82	Реконструктивни операции в урологията	497
83	Ендоскопски процедури при обструкции на долните пикочни пътища	405
84	Оперативни процедури при травми на долните пикочни пътища	385
85	Оперативни процедури на бъбрека и уретера с голям и много голям обем и сложност	1342
86	Оперативни процедури на бъбрека и уретера със среден обем и сложност	935
87	Радикална цистектомия. Радикална цистопростатектомия	1555
88	Радикална простатектомия	990
89	Консервативно лечение на възпалителни заболявания на мъжките полови органи	440
90	Хронична обструктивна белодробна болест – остра екзацербация	289
91	Бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18-годишна възраст	385
92	Бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица над 18-годишна възраст	416
93	Бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица под 18-годишна възраст	416
94	Диагностика и лечение на алергични заболявания на дихателната система при лица над 18 години	254
95	Диагностика и лечение при инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система при лица под 18 години	254
96	Гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица над 18 години	666
97	Гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица под 18 години	666
98	Бронхоскопски процедури – диагностични и терапевтични, при заболявания на бронхо-белодробната система	277
99	Декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система при лица над 18 години	520
100	Декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система при лица под 18 години	578
101	Декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация при лица над 18 години	1540
102	Бронхопневмония при лица под 18-годишна възраст	545
103	Бронхиолит при лица под 18-годишна възраст	429
104	Декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години	485
105	Декомпенсиран захарен диабет при лица под 18 години	485
106	Заболявания на щитовидната жлеза	300
107	Заболяванията на щитовидната жлеза с инструментална диагностика	347
108	Заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица над 18 години	300
109	Заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица под 18 години	300

№ по ред	Име на клиничната пътека	Цена (лв.)
1	2	3
110	Костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица над 18 години	385
111	Костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица под 18 години	385
112	Метаболитни нарушения при лица над 18 години	405
113	Метаболитни нарушения при лица под 18 години	405
114	Глухота—диагностика и консервативно лечение при лица над 18 години	200
115	Глухота—диагностика и консервативно лечение при лица под 18 години	308
116	Консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип	333
117	Глухота—кохлеарна имплантация при лица под 18 години	1100
118	Хирургично лечение на глухота при проводно намаление на слуха при лица над 18 години	528
119	Хирургично лечение на глухота при проводно намаление на слуха при лица под 18 години	528
120	Хирургично лечение при хронични заболявания на сливиците	286
121	Микроларингохирургия на тумори и стенози на ларинкса и трахеята	539
122	Оперативно лечение на неоплазми на ларинкса, фаринкса, шия и шийни метастази	2200
123	Оперативно лечение на нарушено носно дишане	275
124	Оперативно лечение на нарушено носно дишане с обща анестезия	528
125	Оперативно лечение на неоплазми на нос и околоносни кухини	1650
126	Речева рехабилитация след ларингектомия	275
127	Чужди тела в дихателните пътища и хранопровода	440
128	Неоперативно лечение на стенози и стриктури на хранопровода	605
129	Интензивно лечение на коматозни състояния, неиндицирани от травма	1331
130	Интензивно лечение при комбинирани и/или съчетани травми	1392
131	Екстракапсуларна екстракция при катаракта	330
132	Факоемулсификация	440
133	Хирургично лечение на глаукома	358
134	Очни лазерни и криооперации	88
135	Операции на придатъците на окото	333
136	Други операции на очната ябълка	330
137	Кератопластика	660
138	Консервативно лечение на глаукома, съдови заболявания на окото и неперфоративни травми	231
139	Консервативно лечение при инфекции и възпалителни заболявания на окото и придатъците му	242
140	Хирургия на задния очен сегмент при заболявания на ретина, стъкловидно тяло и травми	440
141	Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение	440
142	Преждевременно прекъсване на бременността по медицински показания	174
143	Интензивни грижи при бременност с реализиран риск	891
144	Стационарни грижи при бременност с повишен риск преди 36 Г.С.	385
145	Нерадикално отстраняване на матката	867

№ по ред	Име на клиничната пътека	Цена (лв.)
1	2	3
146	Радикално отстраняване на женски полови органи	891
147	Оперативни интервенции чрез коремен достъп за отстраняване на болестни изменения на женските полови органи	578
148	Оперативни процедури за задържане на бременност	128
149	Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или изследване на женските полови органи	497
150	Корекции на тазова (перинеалната) статика и/или на незадържане на урината при жената	497
151	Диагностични процедури и консервативно лечение на токсоинфекцизен и анемичен синдром от акушеро-гинекологичен произход	275
152	Корекции на проходимост и възстановяване на анатомия при жената	405
153	Системна радикална ексцизия на лимфни възли (тазови и/или параортални и/или ингвинални) като самостоятелна интервенция или съчетана с радикално отстраняване на женски полови органи. Тазова екзантерация	1540
154	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок	924
155	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването	6800
156	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност при лица над 18 години	2339
157	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност при лица под 18 години	2339
158	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност при лица над 18 години	1440
159	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност при лица под 18 години	1440
160	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	2200
161	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	2035
162	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност при лица над 18 години	835
163	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност при лица под 18 години	835
164	Оперативни процедури върху апендикс	556
165	Хирургични интервенции за затваряне на стома	624
166	Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство	624
167	Оперативни процедури при хернии	578
168	Оперативни процедури при хернии с инкарцерация	601
169	Конвенционална холецистектомия	858
170	Лапароскопска холецистектомия	936
171	Оперативни процедури върху екстрахепаталните жлъчни пътища	2102
172	Оперативни процедури върху черен дроб	2449
173	Оперативни процедури върху черен дроб при ехинококова болест	968

№ по ред	Име на клиничната пътека	Цена (лв.)
1	2	3
174	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох с голям и много голям обем и сложност	3 696
175	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох със среден обем и сложност	1 334
176	Оперативни процедури върху далака при лица над 18 години	680
177	Оперативни процедури върху далака при лица под 18 години	680
178	Оперативни интервенции при диабетно стъпало без съдово реконструктивни операции	617
179	Оперативно лечение на онкологично заболяване на гърдата: стадии Т1-4, N0-2, M0	821
180	Оперативни интервенции върху гърда при неонкологични заболявания с локална ексцизия и биопсия	330
181	Оперативно лечение при остър перитонит	1 980
182	Оперативно лечение на интраабдоминални абсцеси	990
183	Консервативно лечение при остри коремни заболявания	867
184	Животозастрашаващи инфекции на меките тъкани—хирургично лечение	462
185	Лечение на тумори на кожа и лигавици—злокачествени новообразувания	387
186	Реконструктивни операции на женската гърда по медицински показания след доброкачествени и злокачествени тумори и вродени заболявания	554
187	Оперативни процедури върху щитовидна и паращитовидни жлези с голям и много голям обем и сложност	666
188	Оперативни процедури върху щитовидна и паращитовидни жлези със среден обем и сложност	636
189	Хирургично лечение при надбъбречни заболявания	1 210
190	Оперативно лечение на абдоминалната аорта, долната празна вена и клоновете им	3 650
191	Оперативно лечение на хронична съдова недостатъчност във феморо-поплитеалния и аксило-брахиалния сегмент	1 881
192	Оперативно лечение на клонове на аортната дъга	1 419
193	Спешни оперативни интервенции без съдова реконструкция при болни със съдови заболявания (тромбектомии, емболектомии, ампутации и симпатектомии)	1 089
194	Основно консервативно лечение при съдова недостатъчност	474
195	Консервативно лечение с простагландинови/простацikliнови деривати при съдова недостатъчност	330
196	Оперативно лечение при варикозна болест и усложненията ѝ	303
197	Конструиране на постоянен съдов достъп за хронично хемодиализа	220
198	Тежка черепно-мозъчна травма—оперативно лечение	1 733
199	Тежка черепно-мозъчна травма—консервативно поведение	693
200	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)	2 888
201	Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин	2 079
202	Консервативно поведение при леки и среднотезжки черепно-мозъчни травми	347
203	Хирургично лечение при травма на главата	982
204	Периферни и черепномозъчни нерви (екстракраниална част)—оперативно	982

№ по ред	Име на клиничната пътека	Цена (лв.)
1	2	3
	лечение	
205	Гръбначни и гръбначномозъчни оперативни интервенции	1 822
206	Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години	10 100
207	Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица под 18 години	10 100
208	Оперативни процедури при комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условие на екстракорпорално кръвообращение	13 500
209	Полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция и изискваща продължително лечение	14 500
210	Хирургично лечение при заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица над 18 години	3 223
211	Хирургично лечение при заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица под 18 години	3 223
212	Оперативно лечение на тумори на бял дроб, медиастинум, плевра и гръдна стена	2 239
213	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 лоба, или при болести със съчетана белодробна и друга локализация	2 750
214	Оперативно лечение на болести на бял дроб, медиастинум, плевра и гръдна стена, без онкологични заболявания	1 432
215	Оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на таза и долния крайник	2 035
216	Оперативни процедури с алопластика на тазобедрена и колянна става	1 320
217	Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност	957
218	Малки оперативни процедури на таза и долния крайник	359
219	Артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	671
220	Големи оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	980
221	Много големи оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	1 144
222	Средни оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	440
223	Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник	275
224	Оперативни процедури при заболявания на гръдния кош	660
225	Септични (бактериални) артрити и остеомиелити при лица под 18 години	1 100
226	Остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром при лица над 18 години	462
227	Остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром при лица под 18 години	462
228	Инфекциозни и паразитни заболявания, предавани чрез ухапване от	363

№ по ред	Име на клиничната пътека	Цена (лв.)
1	2	3
	членестоноги, при лица над 18 години	
229	Инфекциозни и паразитни заболявания, предавани чрез ухапване от членестоноги, при лица под 18 години	363
230	Остър вирусен хепатит А и Е	867
231	Остър вирусен хепатит В, С и D	908
232	Паразитози	405
233	Покривни инфекции	405
234	Контагиозни вирусни и бактериални заболявания—остро протичащи, с усложнения	407
235	Вирусни хеморагични трески	908
236	Физикална терапия и рехабилитация при първични мускулни увреждания и спинална мускулна атрофия	289
237	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система	428
238	Физикална терапия и рехабилитация след инфаркт на миокарда	428
239	Физикална терапия и рехабилитация след сърдечни операции	428
240	Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа	289
241	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система	289
242	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на централна нервна система	289
243	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на периферна нервна система	289
244	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат	289
245	Лечение на тежкопротичащи булозни дерматози	726
246	Тежко протичащи бактериални инфекции на кожата	374
247	Тежкопротичащи форми на псориазис—обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен	347
248	Еритродермии	330
249	Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити	347
250	Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми с кристален пеницилин	220
251	Левкемии	704
252	Лимфоми	660
253	Хеморагични диатези. Анемии	660
254	Диагностика и консервативно лечение на солидни тумори в детска възраст	834
255	Ортоволтно перкутанно лъчелечение и метаболитна брахитерапия с високи активности	660
256	Метаболитна брахитерапия с ниски активности	352
257	Конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници	825
258	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания	605
259	Оперативни процедури в лицевочелюстната област с много голям обем и сложност	696

№ по ред	Име на клиничната пътека	Цена (лв.)
1	2	3
260	Оперативни процедури в лицево-челюстната област с голям обем и сложност	605
261	Оперативни процедури в лицево-челюстната област със среден обем и сложност	339
262	Хирургично лечение на заболявания на слюнчените жлези	545
263	Хирургично лечение на възпалителни процеси в областта на лицето и шията	416
264	Консервативно лечение при хирургични заболявания в лицево-челюстната област	182
265	Хирургично лечение на вродени малформации в лицево-челюстната област	660
266	Лечение на фрактури на лицевите и челюстни кости	836
267	Ортогнатична хирургия	253
268	Диагностика и лечение на новородени с тегло под 1499 грама	3183
269	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, първа степен на тежест	715
270	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, втора степен на тежест	990
271	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, първа степен на тежест	605
272	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, втора степен на тежест	880
273	Диагностика и лечение на дете с метаболитни нарушения	880
274	Диагностика и лечение на дете с вродени аномалии	880
275	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност чрез механична вентилация, първа степен на тежест	1650
276	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност чрез механична вентилация, втора степен на тежест	2860
277	Диагностика и интензивно лечение на новородени с еднократно приложение на сурфактант независимо от теглото	2200
278	Диагностика и интензивно лечение на новородени с многократно приложение на сурфактант независимо от теглото	3960
279	Грижи за здраво новородено дете	110
280	Хирургично лечение на изгаряния с площ над 5% от телесната повърхност с хирургична обработка на раневите повърхности	289
281	Хирургично лечение при необширни изгаряния с площ от 1% до 19% от телесната повърхност с хирургични интервенции	3639
282	Хирургично лечение при обширни изгаряния над 20% от телесната повърхност с хирургични интервенции	8195
283	Оперативно лечение на поражения, предизвикани от ниски температури (измръзване)	289
284	Оперативно лечение на последствията от изгаряне и травма на кожата и подкожната тъкан	1320
285	Оперативно лечение на кожни дефекти от различно естество, налагащи пластично възстановяване	715
286	Системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години	393

№ по ред	Име на клиничната пътека	Цена (лв.)
1	2	3
287	Системни заболявания на съединителната тъкан при лица под 18 години	393
288	Възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години	734
289	Възпалителни ставни заболявания при лица под 18 години	734
290	Дегенеративни и обменни ставни заболявания (при възраст над 18 години)	520
291	Токсоалергични реакции при лица над 18 години	462
292	Токсоалергични реакции при лица под 18 години	462
293	Отравяния и токсични ефекти от лекарства и битови отрови при лица над 18 години	578
294	Отравяния и токсични ефекти от лекарства и битови отрови при лица под 18 години	578
295	Фалоидно гъбно отравяне	2 200
296	Булозна еритема мултиформе (синдром на Стивънс - Джонсън). Болест на Лайел	1 650
297	Палиативни грижи при онкологично болни	44
298	Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години	165

208. Цената за всеки случай по КП “Палиативни грижи при онкологично болни” се определя, като посочената стойност за един леглоден се умножи по броя на пролежаните леглодни при спазване на ограниченията за максимален престой, установени в приложение № 17 в съответните КП.

209. Цената на всяка КП по т.207 включва:

209.1. медико-диагностични изследвания, необходими за удостоверяване на необходимостта от хоспитализация;

209.2. всички медицински дейности по КП съгласно приложение №17 и спомагателни услуги, включващи сестрински грижи, хранене включително и диетично, пране, поддръжка и др. хотелски разходи, предоставени на ЗЗОЛ по време на тяхната хоспитализация;

209.3. медицинска експертиза на временната неработоспособност на ЗЗОЛ, преминали през изпълнителя на болнична помощ по договорените КП;

209.4. до два контролни прегледа в лечебно заведение изпълнител на болнична помощ при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване, задължително записани в епикриза.;

209.5. при промяна на терапията във връзка с придружаващо хронично заболяване лекарствата за периода на хоспитализация се осигуряват от лечебното заведение за болнична помощ.

210. При изписване на пациент, 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 лекар, извършил дейността в ЛЗ за БП.

210.1 Контролните прегледи след изписване не се отнасят до :

- профилактични прегледи на ЗЗОЛ;
- прегледи на ЗЗОЛ по повод изписване на лекарства от ОПЛ или специалист за предписване на лекарства;
- преглед по повод диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ;
- прегледи при назначаване и извършване на процедури от пакет „Физикална и рехабилитационна медицина”;
- прегледи по повод извършване на дейности по медицинска експертиза.

210.2. Пациентът, преминал по клинична пътека има право на контролните прегледи по т.209.4, извършени в ЛЗ - изпълнител на болнична или специализирана извънболнична помощ от същият/друг лекар, извършил дейността, но без да се отчитат с “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3).

210.3. В случаите на отчитане прегледи по т.209.4 с “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3) от ЛЗ за СИМП се извършва проверка в ЛЗ – изпълнител на БП и ЛЗ – изпълнител на СИМП и се прилагат разпоредбите на глава двадесета и глава двадесет и първа от НРД 2006.

211. 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:

211.1. всички медицински дейности по КП съгласно приложение №17 и спомагателни услуги, предоставени на ЗЗОЛ по време на тяхната хоспитализация;

211.2. медицинска експертиза на временната неработоспособност на ЗЗОЛ, преминали през изпълнителя на болнична помощ по договорените КП;

211.3. до два контролни прегледа в ДКБ/ПК (приемен кабинет) на ЛЗ - изпълнител на болнична помощ при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване, и задължително записани в епикриза.

212. Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на болнична помощ за всеки отделен случай по КП при наличие на следните условия:

212.1. съответната КП е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БП и същата е извършена от посочените в договора специалисти;

212.2. лицето е с непрекъснати здравноосигурителни права, с изключение на неосигурените жени, на които са оказани акушерски грижи по реда на чл.45, ал.1, т.7 ЗЗО и чл.82, ал.1, т.2 ЗЗ;

212.3. спазени са условията за завършена КП;

212.4. изпълнителят е изпълнил всички свои задължения по осигуряване на пациентите на непрекъснатост на болничната помощ и грижите, координация между специалистите, които ги осъществяват, както и осигуряване на координация със структури на извънболнична и болнична помощ, съобразена с диагностично-лечебния алгоритъм на съответната КП - при дехоспитализация на пациента с цел довършване на лечебния процес;

212.5. извършената дейност по КП е отчетена при настоящите условия и ред.

212.6. стойността на извършената дейност по КП (сумата по фактура) не надвишава месечните стойности утвърдени от директора на РЗОК, съгласно чл.5, ал.1, т.2 от ЗБНЗОК за 2009 година.

213. При смъртни случаи, настъпили по време на болничния престой, на изпълнителя се заплаща, ако са изпълнени условията по т.212.1, 212.2 и 212.5.

214. Националната здравноосигурителна каса не заплаща в случаите, в които не е провеждано лечение и на придружаващо/те заболяване/ия и пациентите се хоспитализират по КП, същата или свързана със същите, в срок до 30 дни от дехоспитализацията в същото лечебно заведение.

215. В случаите, в които при лечение на пациент по определена КП, която не е завършена, настъпят индикации за лечение по друга КП, за която лечебното заведение има сключен договор, се заплаща тази съгласно отразените окончателна диагноза и проведени основни терапевтични/диагностични процедури.

216. В случаите, в които при лечение на пациент по определена КП, която не е завършена, настъпят индикации за лечение по друга КП, за която лечебното заведение няма сключен договор, същото е длъжно да преведе пациента в друго лечебно заведение, сключило договор за съответната КП.

217. 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 хирургичната КП.

218. В случай, че 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, освен ако в КП не е предвидено друго.

219. Заплащането по т.205.2 за клапи, протези, стентове, кохлеарни имплантанти и постоянни кардиостимулатори не се включва в цената на КП.

220. В историята на заболяването се отразяват фабричният номер и видът на медицинските изделия или се залепва стикер. Те се отчитат едновременно с отчитането на съответните КП, в които са използвани.

221. В случай, че пациентите предпочетат по-скъпо медицинско изделие в сравнение с договорената по-долу цена, те доплащат разликата в цената.

222. На изпълнителите на БП се заплаща след представяне на първия екземпляр от направлението за хоспитализация с отразена диагноза и извършени основни диагностични/терапевтични/оперативни процедури, включени в критериите за завършена КП, или на електронен еквивалент на направлението за хоспитализация, както и на месечни отчети по КП и форма за преведени пациенти.

223. Изпълнителите на БП, сключили договор с НЗОК, предоставят ежемесечни отчети за дейността си на РЗОК по утвърден график от 3-то до 10-о число на месеца, следващ отчетния.

224. Изпълнителите на БП, оборудвани със специализиран софтуер за електронно отчитане на дейността си в ЦУ на НЗОК, представят по утвърден график ежемесечни електронни отчети за дейността си в ЦУ на НЗОК от 3-то до 10-о число на месеца, следващ отчетния.

225. За медицински изделия по т.205.2 НЗОК заплаща, както следва:

№ по ред	Название на медицинското изделие	Цена до (лева)
1.	сърдечна клапна протеза	3600
2.	съдова протеза за гръдна аорта	1800
3.	съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове	1200
4.	Съдов стент	1200
5.	ставна протеза за тазобедрена става	1080
6.	ставна протеза за колянна става	2700
7.	кохлеарен имплантант	33 600
8.	постоянен кардиостимулатор	2400
9.	временен кардиостимулатор* (временна трансвенозна пейсмейкърна система)	600

226. Заплащането по т.225 се извършва при изпълнение на следните условия:

226.1. медицинското изделие е вложено при изпълнение на КП съгласно изискванията на приложение №17 за изпълнение на съответната КП;

226.2. изпълнени са всички изисквания на този раздел за заплащане на съответния случай по КП;

226.3. медицинското изделие е отчетено при условията и по реда на т.221 и 222.

227. В рамките на стойностите по чл.5 от Закона за бюджета на НЗОК за 2009 г.:

а) Националната здравноосигурителна каса определя за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци, за болнична медицинска помощ;

б) районната здравноосигурителна каса определя стойността на дейностите за болнична медицинска помощ към договорите с изпълнителите на болнична медицинска помощ.

227.1. Изпълнението на дейностите по т.227, букви “а” и “б” се контролира по месеци и се коригира на тримесечие.

227.2. Стойностите по т.227, буква “б” и тяхното изменение по т.227.1 се утвърждават от управителния съвет на НЗОК.

227.3. За определяне на стойностите по т.227, буква “б” и тяхното изменение управителният съвет на НЗОК приема правила.

228. Управителният съвет на НЗОК утвърждава ред за прилагане на т.227.

229. Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на БП средства в размер, до стойностите по т. 227. Отчетените над този размер дейности не се заплащат и се извършва проверка в ЛЗ – изпълнител на БП, като се прилагат разпоредбите на глава двадесета и глава двадесет и първа от НРД 2006.

229.1. При актуализация на договорените стойности на дейностите за болнична медицинска помощ по смисъла на т.227.1 изпълнителите на БП подписват допълнително споразумение към сключените от тях договори.

229.2. В случай, че изпълнителят на БП не подпише допълнителното споразумение по т.229.1, договърът се прекратява без предизвестие от страна на НЗОК.

230. За завършената през предходния календарен месец дейност по т.205 изпълнителите на БП ежемесечно представят фактура, финансово-отчетни документи по приложение №5, първични медицински документи по приложение №4 в РЗОК и файл с данни за извършената дейност, съгласно утвърден от НЗОК формат по утвърден график до 10-то число на месеца, следващ отчетния.

Ежедневно изпълнителите на БП изпращат данни, съгласно утвърден от НЗОК формат за приетите и изписаните за денонощие пациенти в лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.

231. Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се представя на отделна фактура, придружена със съответните финансово-отчетни документи, първични медицински документи, 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 Европейска здравна карта (ЕЗОК) или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК”.

232. Плащанията на изпълнителите на БП се извършват чрез РЗОК до 30-то число на месеца, следващ отчетния.

233. При неспазване на посочения в т.223 срок за представяне на отчетните документи от изпълнителите на БП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период за отчитане.

234. Всички документи, с които се отчита и удостоверява извършената дейност, се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в тях. Не се допускат непопълнени реквизити, поправки, липса на подпис и печат на представляващия ЛЗ.

235. Националната здравноосигурителна каса не заплаща по настоящия ред за цялостната дейност, ако тя не е отчетена в рамките на два последователни отчетни периода след завършването ѝ.

236. При констатиране на неправилно попълнени данни РЗОК връща фактурата и спецификацията към нея на изпълнителя на БП с писмени указания за необходимите корекции и допълнения, но не по-късно от 20-то число на месеца на отчитане. В срок 3 работни дни изпълнителят на БП се задължава да върне документите със съответните промени.

237. Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определените срокове.

238. Плащанията се извършват в левове по банков път по обявена от изпълнителя на БП в индивидуалния договор банкова сметка.

239. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, изпълнителите на БП носят отговорност съгласно условията на глава двадесета от действащия НРД.

240. В случай, че плащането за извършените и отчетени дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на изпълнителя на БП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

Документация и документооборот за изпълнители на болнична помощ

241. Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки изпълнител на БП, включва документите по т.197 и първични медицински и финансови документи по приложения №4 и 5.

242. Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената, извършената и отчетената медицинска дейност въз основа на данните и информацията в документите по т.241.

243. Изпълнителите на БП, задължително отчитат дейността си по електронен път в ЦУ на НЗОК чрез предоставените от НЗОК модули на специализиран софтуер за болници.

244. Първичният медицински документ “Направление за хоспитализация” (бл. МЗ-НЗОК №7) се изготвя съгласно изискванията и реквизитите, посочени в приложение №4. Документът се попълва в два екземпляра, като:

244.1. регистрационните и медицинските данни в документа, необходими за насочване за хоспитализация, се попълват от лечебното заведение за извънболнична или болнична медицинска/дентална помощ или друго лечебно заведение;

244.2. регистрационните и медицинските данни в документа относно приемането за хоспитализация и болничното лечение на ЗЗОЛ се попълват от лечебното заведение за БП; първият екземпляр на документа и уточнени реквизити от него на електронен носител се изпращат заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК, а вторият остава на съхранение в лечебното заведение за БП;

244.3. документите на пациента от болничното лечебно заведение се попълват и подписват от лекари, работещи по съответната КП, посочени в РЗОК;

244.4. при дехоспитализация в “Направление за хоспитализация” (бл. МЗ-НЗОК №7) и в епикризата като лекуващ лекар се подписва лекарят-специалист, посочен в РЗОК (като лекар, оказващ медицинска помощ по договор с НЗОК по клиничната пътека).

245. Документ №5 се попълва в два екземпляра, като: първият екземпляр на документите се изпраща заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК, а вторият остава в ИЗ на съхранение в лечебното заведение за БП.

246. В диагностично-консултативния блок/приемен кабинет (ДКБ/ПК) се води журнал с лични данни на преминаващите през ДКБ/ПК ЗЗОЛ с регистриране на направление за хоспитализация.

247. В “История на заболяването” (ИЗ) се отразяват датата и часът на постъпването на ЗЗОЛ в лечебното заведение - изпълнител на болнична помощ.

248. При хоспитализиране ЗЗОЛ задължително подписва документ №5 “Декларация за информираност и съгласие на пациента по отношение на източника на заплащане за диагностика и лечение на заболявания по клинична пътека” за оказаната медицинска помощ (документ по т.200.4), като екземпляр от него се прикрепва към ИЗ.

249. Финансовият документ към фактурата - спецификация за извършена дейност по КП - се издава в два екземпляра от всички изпълнители на БП. Първият екземпляр, придружен с фактура и направлението за хоспитализация, се предава в РЗОК в сроковете по т.223. Вторият екземпляр остава при изпълнителя на БП.

250. Неразделна част към спецификацията са месечните отчети по КП и екземпляр от документ №5 “Декларация за информираност по отношение източника на заплащане”.

251. В РЗОК се води отчетност за всички първични медицински и финансови документи, които изпълнителите на БП представят по опис за отчитане на извършената дейност”.

252. При констатиране на неправилно попълнени данни във финансовите документи на изпълнителите на БП РЗОК ги връща за корекция в установения срок.

253. При констатиране на превишение на утвърдените от директорите на РЗОК месечни стойности по чл. 5 от ЗБНЗОК за 2009г., РЗОК ги връща отчетните документи за корекция в установения срок.

254. При отчитане на хирургична КП в направлението за хоспитализация следва да се отрази и основната диагноза, с която се изписва пациентът.

255. При отчетена и заплатена клинична пътека, когато не е изпълнен алгоритъмът на КП, липсват индикации за хоспитализация, както и при неизпълнени критерии за дехоспитализация, директорът на РЗОК удържа неоснователно платените суми.

Условия и ред за електронно отчитане на изпълнителите на болнична помощ чрез модули на специализиран болничен софтуер

256. Изпълнителите на БП по т.224 отчитат извършената дейност по диагностика, наблюдение и лечение на пациенти и с електронен документ.

257. Изпълнителите на БП по т.224 отчитат дейността си с предоставени им от НЗОК модули на специализиран болничен софтуер.

258. Медико-статистическата информация се отчита от 3-то до 10-то число на месеца, следващ отчетния, като:

258.1. от 3-то до 6-то число вкл. се отчита цялостната дейност за отчетния период в тестови режим на отчет;

258.2. от 7-мо до 10-то число вкл. се отчита цялостната дейност за отчетния период в окончателен режим на отчет;

259. Икономическата информация се отчита от 7-мо до 10-то число на месеца, следващ отчета на медико-статистическата информация за даден период.

260. ЦУ на НЗОК изготвя електронен “документ-отговор” за изпълнителя на БП, в срок от един работен ден след отчитане на дейността в тестови режим на отчет.

261. Електронният “документ-отговор” за тестовия файл съдържа данни за непопълнени атрибути или попълнени атрибути с погрешни символи.

262. В срок до три работни дни след периода на окончателен отчет, посочен в т.258.2, ЦУ на НЗОК предоставя в електронен вид обработените болнични отчети (искове) на РЗОК.

263. В срок до 5 работни дни след периода на окончателен отчет РЗОК валидира окончателно болничните отчети.

264. Окончателният електронен “документ-отговор” за изпълнителя на БП, се формира след проверки и корекции на ниво РЗОК и се предоставя посредством интегрираната система за електронен болничен отчет.

265. При установяване на различни данни между електронния документ и отчетените направления за хоспитализация на едни и същи пациенти се извършва проверка на изпълнителя.

266. Неотчетена дейност в сроковете на т.224 изпълнителите на БП отчитат в сроковете на следващия отчетен период.

Високоспециализирани медицински дейности, извършвани в лечебни заведения за болнична помощ, лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ с легла за наблюдение и лечение до 48 часа и диспансери със стационар

Специални условия за сключване и изпълнение на договори за оказване на ВСМД

267. Националната здравноосигурителна каса сключва договори за оказване на ВСМД, включени в приложение №4 към член единствен на Наредба №40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

268. Страна по договор с НЗОК за извършване на ВСМД може да бъде лечебно заведение за БП, лечебно заведение за СИМП с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа или диспансери със стационар, което отговаря на общите условия по т.19.1, букви “а” и “б”, както и на следните специални условия:

268.1. лечебното заведение има разрешение от министъра на здравеопазването за оказване на медицинска помощ по специалностите, посочени в приложение №19, за ВСМД, които ще изпълнява, респ. регистрация в РЦЗ;

268.2. в лечебното заведение работят специалисти с основни и/или профилни специалности, посочени в приложение №19, за ВСМД, които ще изпълнява;

268.3. наличие в лечебното заведение на функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване, както и на медицински инструментариум, посочени в приложение №19 за съответните ВСМД, които то ще изпълнява;

268.4. лечебното заведение е оборудвано с, и поддържа актуални модули на специализиран софтвер за болници за отчет на дейността в ЦУ на НЗОК, съгласно чл. 66, ал 2 от ЗЗО (гратисен период за необорудваните ЛЗ – до 01.03.2009 год.).

Необходими документи за сключване на договори за оказване на ВСМД

269. Лечебните заведения, желаещи да сключат договор за оказване на ВСМД от приложение № 4 към член единствен от Наредбата за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и приложение №19, представят в РЗОК заявление, към което прилагат следните документи:

269.1. документ за съдебна регистрация или удостоверение за актуална съдебна регистрация;

269.2. копие от разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването - за лечебните заведения за болнична помощ и диспансери със стационар;

269.3. копие от удостоверението за регистрация в РЦЗ на територията, обслужвана от РЗОК - за лечебното заведение за СИМП с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа;

269.4. документ, удостоверяващ обстоятелството по т.19.1, буква “а”;

269.5. декларация от управителя на лечебното заведение по образец съгласно приложение №18 за функционираща и изправна налична медицинска апаратура и оборудване, както и на медицински инструментариум, посочени в приложение №19, за ВСМД, които ще изпълнява;

269.6. документи, удостоверяващи наличието на съответна квалификация на медицинските специалисти за извършване на ВСМД съгласно приложение № 19;

269.7. декларация за членство в БЛС с номер от националния регистър (УИН) по смисъла на чл.13, ал.1, т.3 ЗСОЛС, както и декларация, че не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България - на лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение към датата на подаване на документите;

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

269.9. декларация от управляващия лечебното заведение по образец, съгласно приложение №18 “Изисквания за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ” за функциониращи модули на специализиран софтуер за болници.

270. В случаите, когато лечебно заведение едновременно кандидатства за оказване на БП и ВСМД, изискуемите документи за сключване на договор, които се дублират, се представят в един екземпляр.

271. Лечебните заведения, сключили договор с НЗОК за изпълнение на ВСМД в съответствие с решение №РД-УС-04-127 от 27.XII.2007 г. на УС на НЗОК и действащите разпоредби на НРД 2006, представят:

271.1. документи по т.269.2 – 269.4 и т.269.6 - само в случай на настъпили промени в обстоятелствата, отразени в тях, или декларация за липса на промени;

271.2. документ по т.269.1;

271.3. декларации по т.269.5, 269.7 и 269.8.

272. Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва, респ. отказва сключване на договор при посочените по-горе условия и ред.

273. При наличие на сключен договор изпълнителят на ВСМД е длъжен при промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документите по т.269, да уведоми РЗОК и да представи в срок до 5 работни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ.

274. Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответното лечебно заведение всички документи, приложени към заявлението за сключване на договор.

Цени, условия и ред за заплащане на ВСМД

275. Националната здравноосигурителна каса заплаща следните цени за извършени и отчетени ВСМД:

№ по ред	Название на дейността	Цена (лв.)
1	2	3
1	Амниоцентеза, хорионбиопсия, хориоцентеза	15,15
2	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на медиастинум	40,40
3	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на бял дроб	40,40
4	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на панкреас	40,40
5	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на черен дроб	40,40
6	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на бъбреци	40,40
7	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на яйчници или телесни кухини	40,40
8	Фибробронхоскопия със/без биопсия	35,35
9	Трансторакална плеврална биопсия	35,35
10	Трансторакална иглена биопсия на интраторакални процеси под рентгенов или ехографски контрол	35,35
11	Дренаж на плеврална кухина—затворен	35,35
12	Паравертебрални блокади и блокади на отделни нерви	23,23
13	Хирургична обработка на усложнена оперативна рана след гръдни операции	23,23
14	Първична херметизация на гръдна стена	12,12
15	Провеждане на парентерална химиотерапия по терапевтична схема	12,12
16	Инцизия и/или хирургичен шев на меки тъкани при наранявания в областта на шията и главата	23,23
17	Фасциотомия	17,17
18	Миотомия	17,17
19	Бурзотомия	17,17

№ по ред	Название на дейността	Цена (лв.)
1	2	3
20	Ганглионектомия	17,17
21	Бурзектомия	17,17
22	Шев на мускули (фасции) при травми	23,23
23	Напасване на протеза на горен или долен крайник	9,09
24	Задна назална тампонада	23,23
25	Закрито наместване на носна фрактура	33,33
26	Надпрагова аудиометрия—тимпанометрия и импедансметрия	5,05
27	Аспирация на сперматоцеле	15,15
28	Инцизия на тестис, инцизия на фуникулус сперматикус	17,17
29	Вземане на биопсичен материал от скротум и туника вагиналис	17,17
30	Инцизия и дренаж на скротума и туника вагиналис	23,23
31	Вземане на биопсичен материал от бъбрек	21,21
32	Поетапна вертикализация и обучение в ходене	23,23
33	Сцинтиграфия на щитовидна жлеза	46,46
34	Сцинтиграфия с 99 м Тс МІВІ	58,58
35	Сцинтиграфия на бъбреци с 99 м Тс—ДМСА, ДТРА, МАГЗ	58,58
36	Белодробна сцинтиграфия	58,58
37	Радионуклидна нефрография със 131 J-хипуран	46,46
38	Изследване на остатъчна уринахипуран	24,24
39	Костна сцинтиграфия	70,70

276. Изпълнителят на ВСМД ежемесечно отчита извършените дейности, като представя в РЗОК по утвърден график от 3-то до 10-о число на месеца, следващ отчетния, медицинските направления за високоспециализирани дейности (бл. МЗ-НЗОК №3А) заедно с финансовите отчетни документи и файл с данни за извършената дейност, съгласно утвърден от НЗОК формат. Към всяко “Медицинско направление за високоспециализирани дейности” (бл. МЗ-НЗОК №3А) се прикрепя първият екземпляр от попълнения “Амбулаторен лист” (бл.МЗ-НЗОК №1), а 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;

276.1. Изпълнителите на ВСМД отчитат извършената дейност и с електронен документ, с предоставени им от НЗОК модули на специализиран болничен софтуер по утвърден график от 3-то до 10-о число на месеца, следващ отчетния.

276.2. Медико-статистическата информация се отчита от 3-то до 10-то число на месеца, следващ отчетния, като:

А. от 3-то до 6-то число вкл. се отчита цялостната дейност за отчетния период в тестови режим на отчет;

Б. от 7-мо до 10-то число вкл. се отчита цялостната дейност за отчетния период в окончателен режим на отчет;

276.3. Икономическата информация се отчита от 7-мо до 10-то число на месеца, следващ отчета на медико-статистическата информация за даден период.

276.4. ЦУ на НЗОК изготвя електронен “документ-отговор” за изпълнителя на БП, в срок от един работен ден след отчитане на дейността в тестови режим на отчет.

276.5. Електронният “документ-отговор” за тестовия файл съдържа данни за непопълнени атрибути или попълнени атрибути с погрешни символи.

276.6. В срок до три работни дни след периода на окончателен отчет, посочен в т.276.2Б, ЦУ на НЗОК предоставя в електронен вид обработените болнични отчети (искове) на РЗОК.

276.7. В срок до 5 работни дни след периода на окончателен отчет РЗОК валидира окончателно болничните отчети.

276.8. Окончателният електронен “документ-отговор” за изпълнителя на БП, се формира след проверки и корекции на ниво РЗОК и се предоставя посредством интегрираната система за електронен болничен отчет.

276.9. При установяване на различни данни между електронния документ и отчетените направления бл. МЗ-НЗОК № 3А и бл. МЗ-НЗОК № 1 на едни и същи пациенти се извършва проверка на изпълнителя.

276.10. Неотчетена дейност в сроковете на т.224 изпълнителите на БП отчитат в сроковете на следващия отчетен период.

277. За извършените ВСМД се заплаща при тук установените условия и срокове.

Дентална помощ

Извънболнична дентална помощ

Условия и ред за сключване на договори за оказване на извънболнична дентална помощ

278. Страна по договор за оказване на извънболнична дентална помощ (ИзвбДП) с НЗОК може да бъде лечебно заведение, което отговаря на общите условия по т. 19.1 и следните специални условия:

а) регистрацията съгласно ЗЛЗ в РЦЗ на територията на съответната РЗОК с предмет на дейност/дейности, за който желае да сключи договор;

б) разполага и поддържа за срока на действие на договора изискуемо дентално и техническо оборудване и обзавеждане съгласно приложение № 20.

279. Страна по договор за оказване на специализирана хирургична извънболнична дентална помощ може да бъде лечебно заведение за ИзвбДП, което отговаря на условията по т. 278 и в което работи лекар по дентална медицина с призната специалност “Орална хирургия” и/или “Челюстна хирургия”.

280. Страна по договор за оказване на СИДП по специалност “Детска дентална медицина” може да бъде лечебно заведение за ИзвбДП, което отговаря на условията по т. 278 и в което работи лекар по дентална медицина с призната специалност “Детска дентална медицина”.

281. Страна по договор за оказване на СИДП под обща анестезия за ЗЗОЛ до 18-годишна възраст с психични заболявания може да бъде лечебно заведение, което отговаря на условията по т. 278 и в което работят лекар по дентална медицина с призната специалност “Детска дентална медицина” и лекар по дентална медицина с призната специалност “Орална хирургия” или “Челюстна хирургия”. Лечебното заведение трябва да отговаря на медицинския стандарт “Анестезия и интензивно лечение”.

282. Страна по договор за извършване на секторна рентгенография на зъби и ортопантомография може да бъде лечебно заведение за ИзвбДП, регистрирано в РЦЗ, с предмет на дейност рентгенография, което отговаря на условията по т. 278 и в което работи лекар по дентална медицина, притежаващ разрешение за извършване на рентгенографска дейност, като квалификацията се доказва с документ, издаден от МЗ или медицински университет.

283. Ако лечебното заведение, изпълнител на дентална помощ по договор с НЗОК, притежава подвижни структури съгласно Наредба № 19 за водене на регистър на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите (ДВ, бр. 68 от 1999 г.), те трябва да отговарят на условията по т.278 и 280. Националната здравноосигурителна каса заплаща за дейности, извършени в подвижни структури, само ако последните работят в населени места с неблагоприятни условия и дейностите се извършват непрекъснато в едно и също населено място, не по-малко от 3 месеца.

284. Националната здравноосигурителна каса сключва само по един договор с изпълнител на ИзвбДП в рамките на една РЗОК за всеки един от предметите на дейност (първична, специализирана), като изпълнението може да се осъществява на няколко места на територията на съответната РЗОК.

285. Лечебните заведения за ИзвбДП, желаещи да сключат договор със съответната РЗОК, на чиято територия са регистрирани, представят заявление по образец, утвърден от директора на НЗОК, към което прилагат документи, удостоверяващи условията по т. 278 -282, както и документ за съдебна регистрация или удостоверение за актуална съдебна регистрация.

286. Изпълнителите на ИзвбДП, сключили договор с НЗОК в съответствие с решение № РД-УС-04-127 от 27.XII.2007 г. на УС на НЗОК и действащите разпоредби на НРД 2006, прилагат само следните документи:

286.1. копие от удостоверението за регистрация на лечебното заведение в РЦЗ с всички адреси на лечебното заведение;

286.2. декларация за членство в БЗС с номер от националния регистър (ЛПК) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от ЗСОЛС, както и декларация, че не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България - на лекарите по дентална медицина, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение към датата на подаване на документите;

286.3. декларация в свободен текст от лицето, което представлява лечебното заведение, за липса на промени в обстоятелствата по чл.40 от ЗЛЗ, както и за наличие на всички останали условия за сключване на договор;

286.4. график и маршрут на подвижните структури - за лечебните заведения с разкрити подвижни структури;

286.5. регистрация по БУЛСТАТ;

286.6. декларация за регистрирано лечебно заведение на територията на друга РЗОК;

287. Директорът на РЗОК не може да изисква от лечебното заведение за дентална помощ други документи при сключване на договор с НЗОК освен посочените в т. 285 и 286.

288. При промяна на всяко от обстоятелствата по т. 278 - 282, 285 и 286 изпълнителят на ИзвбДП е длъжен да уведоми РЗОК, като изпрати и копие от съответния документ в 7-дневен срок от настъпване на промяната.

Пакети и обеми дейности в извънболничната дентална помощ

289. Изпълнителят на ПИДП извършва за всяко ЗЗОЛ, потърсило дентална помощ, следния обем дейности по приложение № 21, диференциран по възрастови групи:

289.1. при ЗЗОЛ на възраст до 18 години:

а) обстоен профилактичен преглед със снемане на зъбен статус веднъж за съответната календарна година и допълнителен преглед за бременни;

б) до 4 лечебни дейности за съответната календарна година, като в тях се включват до две лечения на пулпит или периодонтит на постоянен зъб;

289.2. при ЗЗОЛ на възраст над 18 години:

а) обстоен преглед със снемане на зъбен статус веднъж за съответната календарна година и допълнителен преглед за бременни;

б) до две лечебни дейности за съответната календарна година;

289.3. при бременни ЗЗОЛ денталният статус се отразява и в “Карта за профилактика на бременността”, издадена по чл. 131, т. 11 от действащия НРД.

290. Изпълнителите на СИДП по специалност “Детска дентална медицина” извършват за всяко ЗЗОЛ на възраст до 18 години, потърсило дентална помощ, обема дейности по приложение № 21.

291. За всяко ЗЗОЛ под 18-годишна възраст с психични заболявания, потърсило дентална помощ, изпълнителите на СИДП извършват под обща анестезия дейности по договорените пакети заболявания съгласно приложение № 21 без ограничения на обема.

Цени и заплащане на дейностите в извънболничната дентална помощ

292. Договорената и извършената дейност от изпълнителите на извънболнична дентална помощ се заплаща на база на следните договорени цени:

292.1. обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист - 8,24 лв.;

292.2. обтурация с амалгама или химичен композит - 25,13 лв.;

292.3. екстракция на временен зъб, вкл. анестезията - 11,98 лв.;

292.4. екстракция на постоянен зъб, вкл. анестезията - 25,13 лв.;

292.5. лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без обтурация) - 26,62 лв.;

292.6. лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без обтурацията) - 81,23 лв.

293. Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло или частично договорения обем дейности, както следва:

293.1. при ЗЗОЛ до 18 години:

а) обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист, в т. ч. един допълнителен преглед за бременни - 6,44 лв.;

б) обтурация с амалгама или химичен композит - 25,13 лв.;

в) екстракция на временен зъб, вкл. анестезията - 11,98 лв.;

г) екстракция на постоянен зъб, вкл. анестезията - 25,13 лв.;

д) лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без обтурацията) - 21,92 лв.;

е) лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без обтурацията) - 68,93 лв.;

293.2. при ЗЗОЛ на възраст над 18 години:

а) обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист, в т. ч. един допълнителен преглед за бременни - 6,44 лв.;

б) обтурация с амалгама или химичен композит - 21,13 лв.;

в) екстракция на зъб, вкл. анестезията - 21,13 лв.

294. Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнителите на специализирана хирургична извънболнична дентална помощ на база на следните договорени цени:

294.1. специализиран обстоен преглед - 8,24 лв.;

294.2. за инцизия в съединителнотъканни ложи, вкл. анестезия - 17,60 лв.;

294.3. за екстракция на дълбоко фрактуриран и дълбоко разрушен зъб, вкл. анестезия - 31,90 лв.;

294.4. за контролен преглед след някоя от дейностите по т. 294.2 и 294.3 - 4,18 лв.

295. При ЗЗОЛ на възраст до 18 години НЗОК заплаща частично договорения обем дейности по цени, както следва:

295.1. специализиран обстоен преглед - 6,44 лв.;

295.2. за инцизия в съединителнотъканни ложи, вкл. анестезията - 14,60 лв.;

295.3. екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, вкл. анестезията - 26,90 лв.;

295.4. контролен преглед след някоя от дейностите по т. 295.2 и 295.3 - 3,38 лв.

296. При ЗЗОЛ на възраст над 18 години НЗОК заплаща частично договорения обем дейности по цени, както следва:

296.1. специализиран обстоен преглед - 6,44 лв.;

296.2. за инцизия в съединителнотъканни ложи, вкл. анестезията - 10,10 лв.;

296.3. екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, вкл. анестезията - 18,40 лв.;

296.4. контролен преглед след някоя от дейностите по т. 296.2 и 296.3 - 3,38 лв.

297. Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло денталните дейности по договорените пакети и обеми за ПИДП и СИДП по цените в т. 292 и 294 за следните лица:

297.1. лицата, настанени в домове за медико-социални услуги;

297.2. децата, настанени в специалните училища и домовете за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа, включително и след навършване на 18 години;

297.3. лицата, задържани под стража.

298. Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло договорената и извършената дейност по т. 292 и 294 от изпълнителите на специализирана извънболнична дентална помощ под обща или венозна анестезия за ЗЗОЛ до 18 години с психични заболявания, както следва:

298.1. обстоен преглед от лекар по дентална медицина за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист с насочване към специалист-психиатър - 15,70 лв.;

298.2. обстоен преглед от специалист-психиатър със заключение, съдържащо диагноза за психично заболяване и необходимостта от дентално лечение под обща анестезия и насочване с медицинско направление към лекар - специалист по дентална медицина (по детска дентална медицина или орална, или лицево-челюстна хирургия), от лечебно заведение, сключило договор за тази дейност;

298.3. снемане на анестезиологичен статус за планиране на оперативна интервенция с анестезия;

298.4. обща или венозна анестезия - 37,50 лв. на час:

а) не повече от 90 мин. в лечебни заведения за специализирана извънболнична дентална помощ;

б) не повече от 360 мин. в лечебни заведения за болнична помощ;

298.5. obturation с амалга или химичен композит - 35,10 лв.;

298.6. екстракция на временен зъб - 18,15 лв.;

298.7. екстракция на постоянен зъб - 35,10 лв.;

298.8. лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без obturation) - 38,70 лв.;

298.9. лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без obturation) - 127,00 лв.;

298.10. инцизия в съединителнотъканни ложи - 27,80 лв.;

298.11. екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб - 50,80 лв.;

298.12. контролен преглед след някоя от горните две дейности - 7,30 лв.;

298.13. 24-часово активно наблюдение при необходимост след общата анестезия - 23,00 лв.

299. Изпълнителят на извънболнична дентална помощ има право на пряко заплащане и/или доплащане от ЗЗОЛ в следните случаи:

299.1. при доплащане до пълните договорени стойности на извънболничната дентална помощ по т. 292-296;

299.2. когато лицето е получило полагащия му се обем дейности съгласно настоящите условия и желае да продължи лечението си;

299.3. когато необходимото лечение обхваща лечебно-диагностични дейности, невключени в посочения пакет по настоящите условия;

299.4. когато при дейност, заплащана от НЗОК, лицето изрично предпочете методики, средства или материали, невключени в посочения пакет по настоящите условия.

300. За секторна рентгенография на зъби и ортопантомография се заплаща на изпълнител на ИзвбДП, притежаващ разрешение за извършване на рентгенографска дейност по т. 282, ако е назначена с направление за медико-диагностична дейност от изпълнител на извънболнична дентална помощ.

301. Регулативните стандарти за СМДИ рентгенографски изследвания не важат за ИДП.

302. Редът на назначаване, заплащане и отчитане на рентгенографски изследвания от изпълнителите на извънболнична дентална помощ е както при изпълнителите на СМДИ.

303. На изпълнители на ИзвбДП, които са в договорни отношения с НЗОК, се заплаща отчетена експертна дейност, извършена по установения ред.

304. Националната здравноосигурителна каса заплаща 2,50 лв. за отчетена експертиза на временната неработоспособност на всеки член на обща или специализирана ЛКК, но на не повече от трима.

305. Експертиза по т. 304 се отчита с отрязък от “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК № 6) за всеки член на ЛКК.

306. Националната здравноосигурителна каса заплаща 2,50 лв. за отчетен преглед, поискан от ЛКК и РКМЕ.

307. Прегледът по т. 306 се отчита с отрязък от “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК № 6).

308. Националната здравноосигурителна каса заплаща извършените медико-диагностични дейности, изискани от ЛКК.

309. Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на ИзвбДП след проверка по фактура, спецификация и изискваните отчетни документи. Денталната помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се отчита на отделна фактура, придружена със съответните финансово-отчетни документи, първични документи, копие от удостоверяващия 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 Европейска здравна карта (ЕЗОК) или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК”.

310. Изпълнителите на ИзвбДП, сключили договор с НЗОК, представят ежемесечни отчети за дейността си на РЗОК по утвърден график до 5-тия работен ден на месеца, следващ отчетния.

311. Районната здравноосигурителна каса извършва плащанията до 20-то число на месеца, следващ отчетния.

312. Условия за плащане на ИДП са точно и правилно попълнените документи съгласно настоящите условия.

313. Районната здравноосигурителна каса не заплаща по настоящия ред за извършени дейности от изпълнител, ако те не са отчетени до 5-тия работен ден на третия месец, следващ отчетния.

314. При констатиране на неправилно попълнени данни и/ или грешки, установени при обработката на електронните отчети, РЗОК информира изпълнителите на дентална помощ с писмени указания за необходимите корекции и допълнения, но не по-късно 15-то число на месеца. В срок до 3 работни дни изпълнителят се задължава да представи документите със съответните промени. Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определения срок

315. Средствата се превеждат на ИДП до 7 работни дни след получаване на коригираните документи.

316. Ако исканите поправки не се извършат до края на втория месец, следващ отчетния, на изпълнителя не се заплаща по този ред.

317. Плащанията се извършват в левове по банков път по обявена от ИДП банкова сметка.

318. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИДП носят отговорност съгласно условията на действащия НРД.

319. Санкции не се налагат и амбулаторните листове се коригират от ИДП в момента на отчитането, в случай че при приемането им се установяват следните технически грешки:

- а) сгрешен код на дейност при правилно попълване на диагноза и извършена дейност;
- б) неточно посочен номер на амбулаторния лист;
- в) липса на личен професионален код на ИДП, подпис, печат, дата;
- г) липса или грешен ЕГН на ЗЗОЛ в амбулаторния лист.

320. В случай че РЗОК не заплати на ИДП извършените дейности в сроковете, определени с договора с ИДП, тя дължи на изпълнителя законна лихва за просроченото време.

321. Представителите на БЗС и НЗОК ежемесечно наблюдават и анализират изпълнението на бюджета за годината в частта на здравноосигурителните плащания за извънболнична дентална помощ.

322. В случай, че очакваното изпълнение на бюджета към 30 юни на съответната година надхвърля с повече от 25 на сто половината от предвидените в Закона за бюджета на НЗОК за 2009 г. средства за заплащане на извънболничната дентална помощ, в срок до 20 юни НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности по т. 293-296, така че очакваният разход по параграфа до края на годината да не се отклонява с повече от 10 на сто.

323. В случай, че очакваното изпълнение на бюджета към 30 юли на съответната година надхвърля с повече от 22 на сто от предвидените за седемте месеца в Закона за бюджета на НЗОК за 2009 г. средства за заплащане на извънболничната дентална помощ, в срок до 20 юли НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности по т. 293-296, така че очакваният разход по параграфа до края на годината да не се отклонява с повече от 10 на сто.

324. В случай, че очакваното изпълнение на бюджета към 30 август на съответната година надхвърля с повече от 18 на сто от предвидените за осемте месеца в Закона за бюджета на НЗОК за 2009 г. средства за заплащане на извънболничната дентална помощ, в срок до 20 август НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности по т. 293-296, така че очакваният разход по параграфа до края на годината да не се отклонява с повече от 10 на сто.

325. В случай, че очакваното изпълнение на бюджета към 30 септември на съответната година надхвърля с повече от 15 на сто три четвърти от предвидените в Закона за бюджета на НЗОК за 2009 г. средства за заплащане на извънболничната дентална помощ, в срок до 20 септември НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности по т. 293-296, така че очакваният разход по параграфа до края на годината да не се отклонява с повече от 10 на сто.

326. Коригираните цени се приемат с протокол, подписан от оторизираните представители на БЗС, упълномощени от управителния съвет на БЗС - от една страна, и директора на НЗОК - от друга страна, не по-късно от 25-то число на месеца и се прилагат считано от първо число на следващия месец.

327. В случай че страните не подпишат протокола по т. 326, директорът на НЗОК има право да извърши едностранно корекцията на цените, в съответствие с правилата по т. 322-325. Коригираните цени се прилагат считано от първо число на следващия месец и са задължителни за всички изпълнители.

328. Изпълнителят на ИДП има право на допълнително заплащане, когато населеното място, в което е разкрита амбулаторията му, е определено като неблагоприятно съгласно приложение № 22 при наличие едновременно на следните условия:

328.1. обслужваните ЗЗОЛ са с настоящ адрес в населеното място, включено в приложение № 22;

328.2. дейността, за която допълнително се заплаща, се извършва в амбулатория, разкрита в населено място, включено в приложение №22.

329. Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите по т. 328 допълнително 20% върху цените на денталните дейности по т.293.

Документация и документооборот за изпълнителите на извънболнична дентална помощ

330. Документацията, която е длъжен да води и съхранява в амбулаторията си всеки ИДП по оказване на дентална помощ по реда на ЗЗО, включва първични и отчетни документи.

331. Изпълнителят води следните първични документи по образци съгласно приложение № 4:

331.1. “Амбулаторен лист” (бл. МЗ-НЗОК №2) - за изпълнителите от извънболничната дентална помощ;

331.2. “Направление за медико-диагностична дейност” (бл. МЗ-НЗОК №4);

331.3. “Рецептурна бланка” (бл. МЗ-НЗОК);

331.4. “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК №6);

331.5. “Направление за хоспитализация” (бл. МЗ-НЗОК №7);

331.6. “Направление за консултация” (бл. МЗ 119А);

331.7. “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3);

331.8. “Медицинско направление за високоспециализирани дейности” (бл. МЗ-НЗОК № 3А) - за високоспециализирани дейности (за анестезиологична консултация).

332. Документооборотът по т. 331 е, както следва:

332.1. “Амбулаторен лист” (бл. МЗ-НЗОК № 2) за извънболнична дентална помощ:

А. от лекаря по обща дентална медицина или от лекаря-специалист по дентална медицина.

Електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, подписан с електронен подпис на лекаря по обща дентална медицина или от лекаря-специалист по дентална медицина, извършил дейностите се предоставя в РЗОК до петия работен ден от месеца, следващ отчетния. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, подписан от лекаря по обща дентална медицина или от лекаря-специалист по дентална медицина и ЗЗОЛ, формират амбулаторния журнал на лекаря по дентална медицина; екземпляр се издава и предоставя на пациента.

Б. Националната здравноосигурителна каса определя електронния формат и информацията, съдържаща се в него, която изпълнителят на ДП ежемесечно представя в РЗОК при отчитане на дейността си съгласно настоящите изисквания;

332.2. “Направление за медико-диагностична дейност” (бл. МЗ-НЗОК №4) - съставя се в два екземпляра от изпълнителя на извънболнична дентална помощ (общопрактикуващ лекар по дентална медицина или специалист) при необходимост за провеждане на медико-диагностични изследвания на ЗЗОЛ; изследванията, включени в направлението, трябва да са само по един от договорените пакети за медико-диагностична дейност; изпълнителите на ИДП, извършили лабораторните изследвания, отчитат документа заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК, придружен с електронен отчет, съдържащ назначените и извършени медико-диагностични изследвания, във формат определен от НЗОК.

332.3. “Рецептурна бланка” образец бл. МЗ-НЗОК - съставя се в два екземпляра от изпълнителя на дентална помощ; първият екземпляр от рецептата се прилага към финансовия отчет и спецификация и се предават в РЗОК от аптеките, сключили договор с РЗОК; вторият екземпляр остава в аптеката, отпуснала лекарствата..

332.4. “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК №6) - документът се попълва в един екземпляр. Използва се в случаите, когато общопрактикуващият лекар по дентална медицина или специалист изпраща ЗЗОЛ към изпълнител на СИДП 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, придружен от електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, 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 връща на общопрактикуващия лекар по дентална медицина или специалиста, поискал консултациите, като се прилага към медицинското досие на здравноосигуреното лице;

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 връща от ЗЗОЛ в ЛКК и се прилага към месечния отчет на ЛКК, представян в РЗОК.

332.5. “Медицинско направление за консултация или за провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК №3) - съставя се в един екземпляр от изпълнителя на дентална помощ при необходимост от провеждане на медицинска консултация или лечение със специалист-психиатър;

332.6. “Направление за консултация” (бл. МЗ 119А) - издава се от ИДП за насочване на ЗЗОЛ към изпълнител на СИДП или изпълнител на ПИМП.

333. Амбулаторният лист, направлението за медико-диагностична дейност и рецептурната бланка се изготвят съгласно изисквания и реквизити, посочени в приложение №4.

334. Изпълнителите на дентална помощ закупуват за своя сметка необходимите им за извършване на съответната дейност формуляри.

335. Изпълнителите на ИДП могат да използват разпечатани образци на следните документи:

335.1. “Амбулаторен лист” (бл. МЗ-НЗОК № 2);

335.2. “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3);

335.3. “Медицинско направление за високоспециализирани дейности” (бл. МЗ-НЗОК № 3А);

335.4. “Направление за медико-диагностична дейност” (бл. МЗ-НЗОК № 4);

335.5. “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК № 6);

335.6. Направление за хоспитализация (бл. МЗ-НЗОК № 7);

335.7. “Рецептурна бланка” – образец бл. МЗ-НЗОК.

336. Финансовите отчетни документи към фактурите (спецификациите за месечно отчитане на дейността на изпълнителите на ИзвБДП) - приложение №5, се подготвят в два екземпляра от всички лечебни заведения, сключили договор с НЗОК. Първият екземпляр, придружен с фактура, се предава в РЗОК до 5-тия работен ден на месеца, следващ отчетния. Вторият екземпляр остава в ИДП.

337. В РЗОК се води отчетност за всички първични медицински и отчетни документи, които ИДП представят за отчитане на извършената дейност: електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, спецификации и фактури и “Направление за медико-диагностична дейност” (бл. МЗ-НЗОК № 4), придружено с електронен отчет, съдържащ назначените и извършени медико-диагностична изследвания, във формат определен от НЗОК, в случай, че са договорени.

338. При констатиране на неправилно попълнени данни във финансовите отчетни документи на ИДП РЗОК ги връща за корекция.

339. За представени неверни данни в отчетите по договора се прилагат разпоредбите на глава четиринадесета на действащия НРД.

340. Изпълнителят на ПИДП:

340.1. насочва ЗЗОЛ към изпълнител на специализирана хирургична извънболнична дентална помощ или към изпълнител на ПИМП с “Направление за консултация” (бланка МЗ 119А);

340.2. насочва ЗЗОЛ към лечебно заведение - изпълнител на болнична помощ, с “Направление за хоспитализация” (бланка МЗ-НЗОК № 7).

341. Изпълнителят на СИДП:

341.1. насочва ЗЗОЛ към изпълнител на ПИМП с “Направление за консултация” (бл. МЗ 119А);

341.2. насочва ЗЗОЛ към изпълнител на БП с “Направление за хоспитализация” (бл. МЗ-НЗОК № 7).

III.

Условия за предписване и отпускане на лекарствата, медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели, които НЗОК напълно или частично заплаща

342. Националната здравноосигурителна каса заплаща напълно или частично лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната за заболявания, определени с наредбата по чл. 45, ал. 3 от ЗЗО.

343. За хроничните заболявания по наредбата по чл. 45, ал. 3 от ЗЗО и посочени в приложение № 10 “Списък на заболяванията, за които се издава “Рецептурна книжка на хронично болния”, се издава “Рецептурна книжка на хронично болния”.

344. Редът и начинът за работа с “Рецептурна книжка на хронично болния” са посочени в приложение № 4.

345. Рецептурната книжка на хронично болния се съхранява от ЗЗОЛ, на което е издадена.

346. Националната здравноосигурителна каса изгражда и поддържа актуален национален регистър на издадените рецептурни книжки на хронично болния.

347. Националната здравноосигурителна каса заплаща напълно или частично лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната, посочени в списъци, обнародвани в ДВ. бр. 5 от 16.01.2008 година, както следва:

347.1. списък с лекарства – «Лекарствен списък на НЗОК», който съдържа:

а) данни за всеки лекарствен продукт и химико-терапевтична група, към която той се отнася;

б) цените, до които НЗОК напълно или частично заплаща;

в) условията за предписване и отпускане;

г) НЗОК-код за всеки лекарствен продукт.

Списъкът по т. 347.1 се публикува на интернет страницата на НЗОК.

347.2. списък с медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели – «Списък с медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели на НЗОК», който съдържа:

а) данни за медицинското изделие и диетична храна, вид и подвид, към която се отнасят;

б) цените, до които НЗОК напълно или частично заплаща;

в) условията за предписване и получаване.

348. Националната здравноосигурителна каса издава указания за работа със списъците по т.347.

349. Списъците по т. 347 и указанията по т. 348 са задължителни за ИМП и ИДП.

350. Указанията влизат в сила от датата на влизане в сила на списъците по т. 347. Изменения и допълнения могат да бъдат правени при законодателни промени или при промяна на списъците по т. 347 при спазване на условията на ЗЗО и ЗЛПХМ.

351. Националната здравноосигурителна каса чрез РЗОК довежда до знанието на всички ИМП и ИДП и аптеки, сключили договор с РЗОК, указанията по т. 348 в срок не по-малък от 15 работни дни преди прилагането им, в случай че срокът не противоречи на съответния нормативен акт, довел до промяната по т. 350.

352. За един и същи период на лечение НЗОК заплаща до три лекарствени продукта, предписани на ЗЗОЛ за едно заболяване, независимо от реда и начина на извършване на предписанията, вида и броя на рецептурните бланки, на които те са предписани.

353. Националната здравноосигурителна каса заплаща предписаните лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели в количества и при условия, посочени в списъците по т. 347 и указанията за работа с тях.

Националната здравноосигурителна каса извършва мониторинг и анализ на общата месечна и тримесечна стойност на предписаните от всеки лекар/лекар по дентална медицина лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, както и по отделните заболявания.

354. Националната здравноосигурителна каса не заплаща лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, предписани и отпуснати на:

354.1. лица с прекъснати здравноосигурителни права на основание чл. 109, ал. 1 ЗЗО;

354.2. лица, които не се осигуряват при условията и по реда на чл. 40а, ал. 1 ЗЗО.

355. В случай на хоспитализиране на ЗЗОЛ НЗОК не заплаща за периода на хоспитализацията лекарства, медицински изделия и диетични храни, предписани от лекар или лекар по дентална медицина от лечебно заведение за извънболнична помощ, необходими за:

355.1. основното заболяване, за което е хоспитализирано лицето;

355.2. новооткрито заболяване по време на стационарното лечение;

355.3. промяна на терапията, назначена от лекар в извънболничната помощ и заплащана от НЗОК, за придружаващи хронични заболявания.

356. Националната здравноосигурителна каса заплаща предписаните и отпуснатите на ЗЗОЛ лекарства и медицински изделия по ред, начин и в срокове, определени в сключените индивидуални договори с притежателите за разрешение за употреба на лекарствата, производители или с упълномощени техни представители на територията на Република България, както и с аптеки.

357. Националната здравноосигурителна каса заплаща предписаните и отпуснатите на ЗЗОЛ диетични храни за специални медицински цели по ред, начин и в срокове, определени в сключените индивидуални договори с производителя или вносителя, който е заявил по реда на чл. 8 от Наредбата за изискванията към диетичните храни за специални медицински цели пускането на пазара на съответната диетична храна за специални медицински цели (ДВ, бр. 107 от 2002 г.), както и с аптеки.

358. Право да предписват лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели от списъците по т. 347 имат лекари и лекари по дентална медицина от лечебни заведения за извънболнична помощ, работещи в изпълнение на договор с НЗОК.

359. Право да предписват лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели от списъците по т. 347 на лишени от свобода лица имат и лекари и лекари по дентална медицина, работещи в лечебните заведения към Министерството на правосъдието.

360. При осъществен временен избор на ОПЛ през съответния период на избора предписанията се извършват от ОПЛ, при когото е осъществен временният избор.

361. Лицата по т. 358 - 360 предписват лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели от списъците по т. 347 за домашно лечение на ЗЗОЛ на територията на страната с установени заболявания, включени в наредбата по чл. 45, ал. 3 от ЗЗО.

362. Лекарствата се предписват на основание чл. 56, ал. 1 от ЗЗО и при спазване изискванията на действащото законодателство, НРД, настоящото решение и сключените с НЗОК договори за оказване на медицинска или дентална помощ.

363. Лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели от списъците по т. 347 се предписват на лица с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на предписанието.

364. Лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни за специалните медицински цели се предписват само след извършен преглед, който се документира в амбулаторния лист и се удостоверява с подписа на ЗЗОЛ.

365. Лекарят/ лекарят по дентална медицина е длъжен да уведоми ЗЗОЛ, респ. негов родител, настойник или попечител, за вида на предписаните лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, тяхното действие/прилагане, странични реакции, ред и начин на приемане, както и за сумата, която следва да се заплати, ако те се заплащат частично от НЗОК.

366. При хоспитализиране на ЗЗОЛ с хронични заболявания извън хипотезите по т. 355 лекарят/лекарят по дентална медицина от извънболничната помощ може да предписва лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели без

извършване на преглед, като в амбулаторния лист в поле "Анамнеза" се отбелязва, че предписанието се извършва за хоспитализирано ЗЗОЛ.

367. В случаите по т. 366 след дехоспитализация ЗЗОЛ представя копие от епикриза на лекаря/лекарят по дентална медицина, издал рецептата.

368. Предписването на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни се извършва в съответствие с изискванията на наредбата по чл. 221 на ЗЛПХМ.

369. Медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели, заплащани от ЦУ на НЗОК и/или предписвани на протокол, както и такива, посочени в списъка по т. 347.2, се изписват на отделна рецептурна бланка.

370. Не се допуска за лечението на едно ЗЗОЛ 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.

371. Не се допуска едновременно предписване от ОПЛ и от специалист на повече от три лекарствени продукта за едно заболяване (един МКБ-код), както и дублиране на предписанията в рамките на срока, за който са предписани лекарствата.

372. Лекарят/лекарят по дентална медицина предписва лекарствените продукти от списъка по т. 347.1 на цели опаковки в количества и за срокове, определени с наредбата по чл. 221 ЗЛПХМ.

373. В случай, че в списъка по т. 347.1 не фигурира лекарствен продукт в окончателна опаковка, съответстваща на индивидуалния месечен курс на лечение, лекарят/лекарят по дентална медицина предписва количества, достатъчни до следващо посещение, и записва срока, за който те са предписани, съгласно указанията по т. 348.

374. Предписването на лекарствени продукти, заплащани напълно или частично от НЗОК, съдържащи наркотични вещества, се осъществява по реда на наредбата по чл. 221 ЗЛПХМ.

375. Рецептурната бланка се попълва вярно и четливо с всички реквизити съгласно указания за работа със списъците по т. 347.

376. В случаите на заместване на един лекар/лекар по дентална медицина от друг, заместникът, издал рецептурната бланка, попълва личните си данни, полага подпис и поставя личен печат.

377. При предписване на лекарства на ЗЗОЛ всички данни съгласно приложение № 4 се отразяват в амбулаторния лист и в електронния отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

378. При издаване на рецептурна бланка за предписване на лекарства за лечение на хронични заболявания лекарят/лекарят по дентална медицина задължително вписва назначената терапия и в рецептурната книжка на хронично болния, като следи за спазването на изискванията по т. 368 - 371.

379. Рецептурните бланки имат срок на валидност, установен в наредбата по чл. 221 ЗЛПХМ за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

380. Лекарствените продукти от списъка по т. 347.1 се разделят на две групи съобразно реда и начина на тяхното предписване, както следва:

380.1. група I - лекарства, предписвани по протоколи, в т. ч. и на основание чл. 78, т. 2 ЗЗО;

380.2. група II - лекарства, назначавани и предписвани от лекар/лекар по дентална медицина, работещи в лечебни заведения за извънболнична помощ, в изпълнение на договор с НЗОК.

381. Терапията с лекарства по т. 380.2, назначена от специалист, сключил договор с НЗОК, се отразява в амбулаторния лист и в електронния отчет на лекаря за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, се прилага към здравното досие на ЗЗОЛ. Вторият екземпляр се изпраща чрез ЗЗОЛ до ОПЛ за прилагане към здравното досие.

382. Терапията с лекарства по т. 380.2, назначена от специалист, който не работи в изпълнение на договор с НЗОК, се отразява в бланка “Медицинско направление” (бл. МЗ 119) на генеричен принцип, която се предава на ОПЛ чрез ЗЗОЛ. В този случай специалистът няма право да предписва лекарствени продукти на рецептурните бланки (бл. МЗ - НЗОК).

383. Общопрактикуващият лекар има право да предписва лекарствени продукти съгласно назначената от специалиста терапия по т. 380.2, когато не са предписани от специалиста по т. 381, или са назначени по реда на т. 382, в рамките на съществуващата в списъка по т. 347.1 химико-терапевтична група.

384. В случай на получаване на информация от РЗОК или от аптека за блокиране на лекарствен продукт, медицинско изделие или диетична храна за специални медицински цели от списъците по т. 347 лекарят/лекарят по дентална медицина при възможност уведомява ЗЗОЛ, на които е предписван такъв продукт.

385. Издадената рецепта се изпълнява в аптека, сключила договор с НЗОК, срещу представяне на документ за самоличност на приносителя.

386. При предписани лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за лечение на хронично заболяване за изпълнение на рецептата се представя и рецептурната книжка на хронично болния.

387. В случаите по т. 386 рецептата се изпълнява в аптека, сключила договор с НЗОК и намираща се на територията на областта, на която е осъществен избор на ОПЛ.

388. Националната здравноосигурителна каса изготвя общи условия за сключване на договори с аптеки за отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели от списъците по т. 347.

389. Националната здравноосигурителна каса сключва, изменя и прекратява договори с аптеки, намиращи се на територията на дадена област, чрез директора на съответната РЗОК, обслужваща областта.

390. Директорът на РЗОК предоставя в ЦУ на НЗОК в срок до 5 дни информация за сключените договори или настъпили промени в тях.

391. Рецептата не се изпълнява в аптеката и се връща на приносителя, в случаите, посочени в наредбата по чл. 221 от ЗЛПХМ, указанията по т. 348 и договорите по т.389.

392. С “Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/ РЗОК” (бл. МЗ -НЗОК) се назначава терапия със:

392.1. продукти от група IA - протоколите за тях се разглеждат и утвърждават от комисия в ЦУ на НЗОК;

392.2. продукти от група IB - протоколите за тях се разглеждат и утвърждават от комисия в РЗОК;

392.3. продукти от група IC - протоколите за тях се утвърждават в РЗОК.

393. Всички протоколи се заверяват от РЗОК.

394. Комисията в ЦУ на НЗОК работи съгласно правилата за дейността на комисията в Централното управление на Националната здравноосигурителна каса и реда за извършване на експертиза по чл. 78 ЗЗО.

395. Комисията в РЗОК работи по правила, утвърдени от директора на НЗОК.

396. За разрешаване на отпускането на лекарствени продукти по т. 392 НЗОК може да разработва програми и критерии съвместно с консултанти на НЗОК.

397. Всяка програма за заболяване и лекарствените продукти за неговото лечение съдържа:

397.1. уводна част, включваща обосновка, степен на повлияване хода на заболяването и прогнозни резултати от предлаганото лечение, данни за заболяемост и болестност в страната;

397.2. лечебно-диагностичен алгоритъм;

397.3. периодичност на контролните прегледи;

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

397.5. лечебно заведение, в което се диагностицира заболяването, предлага се терапията и се извършва оценка на ефективността на проведеното лечение.

398. Всички критерии съдържат необходими документи за разрешаване отпускането на лекарствените продукти и лечебно-диагностичен алгоритъм, който е задължителен за ИМП.

399. Националната здравноосигурителна каса чрез РЗОК довежда до знанието на всички лечебни заведения програми и критериите по т. 396.

400. Всички промени в лечебно-диагностичния алгоритъм по т.397.2 се извършват при спазване на сроковете по т. 351.

401. С цел гарантиране на финансовата обезпеченост на програмите в рамките на утвърдения бюджет за лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за 2009 г. НЗОК изготвя икономическа оценка на програмите.

402. Съответните специалисти по профила на заболяването, които имат право да издават “Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК” (бл. МЗ - НЗОК), се посочват в програмите и критериите по т. 396 или в указанията за работа с лекарствен списък на НЗОК.

403. Всеки протокол се издава за брой лечебни курсове за срок до 6 месеца.

404. На един протокол може да се назначи едно лекарство в 3 дозови форми.

405. Промяна на първоначалната терапия се извършва само при медицински доказана необходимост - по ред и начин, указани в програмите и критериите по т. 396.

406. При кандидатстване за получаване на лекарствата по т. 392.1 и 392.2 ЗЗОЛ представя следните документи:

406.1. молба (свободен текст) до директора на РЗОК на територията, на която ЗЗОЛ е направило избор на ОПЛ;

406.2. медицински и други документи съгласно изискванията на програмите и критериите по т. 396.

407. При кандидатстване за получаване на лекарствата по т. 392.3 ЗЗОЛ представя протокола и други документи, посочени в критериите и/или в указанията за работа със списъците по т. 347.

408. Всички документи, с изключение на молбата по т. 406.1, се подписват, извеждат и подпечатват от лечебните заведения по съответния ред.

409. Документите се представят в РЗОК на територията, на която ЗЗОЛ е направило избор на ОПЛ.

410. Документите по т. 406 се разглеждат от експертни комисии в ЦУ на НЗОК или РЗОК съобразно правилата за тяхната работа.

411. Документите по т. 407 се утвърждават от длъжностно лице или от комисията в РЗОК съобразно изискванията на критериите и/или указанията за работа със списъците по т. 347.

412. Комисията в ЦУ на НЗОК всяко тримесечие изготвя отчет по изпълнение на програмите.

413. Плащанията по програми са в рамките на утвърдения бюджет на НЗОК за лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за 2009 г.

414. Действието на утвърден и заверен “Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК” (бл. МЗ - НЗОК) се прекратява със заповед на директора на НЗОК в следните случаи:

414.1. смърт на пациента;

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

414.3. в случай на изгубване или повреждане на протокола;

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

414.5. в случаите на отмяна на протокол, издаден от комисията в РЗОК, от комисията в ЦУ на НЗОК;

414.6. при констатирано повторение 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.

415. В случаите по т. 414.3 комисията, утвърдила протокола, служебно съставя нов протокол за остатъчния срок съобразно назначената терапия.

416. Отказ по подадена молба и документи по т. 406 може да бъде направен с мотивирана заповед на директора на НЗОК в случаите, когато:

416.1. назначената терапия в протокола не отговаря на утвърдените програми и критерии;

416.2. представените документи не съответстват на изискванията на утвърдените програми и критерии;

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

416.4. в случаите по т. 413;

416.5. установено е неспазване на настоящите общи изисквания, на НРД и на други нормативни актове.

417. Изключение по т. 416.3 се допуска само в случаи на документално доказана медицинска обосновка.

418. Районната здравноосигурителна каса може да откаже утвърждаване и заверка на протокол с назначена терапия с лекарства от група IV и IC в случаите по т. 416.

419. След утвърждаване по съответния ред и заверяване на протокола в РЗОК данните от него се пренасят върху "Рецептурна бланка" (МЗ-НЗОК) от ОПЛ и/или специалиста по профила на заболяването съгласно съответните критерии и/или указанията по т. 348.

420. Копие от заверения протокол се съхранява в досието на ЗЗОЛ от ОПЛ и от специалиста, издаващ рецептурна бланка.

421. Рецептите и протоколите имат срок на валидност, установен в наредбата по чл. 221 ЗЛПХМ.

422. За дата на издаване на протокола се счита датата на заверяването му в РЗОК.

423. В ЦУ на НЗОК се съхранява обобщена информация за ЗЗОЛ, за които са издадени протоколи, получена от РЗОК по ред, начин и формат, определен от ЦУ на НЗОК.

424. Лекарствени продукти, за които има заверен протокол, се отпускат в аптеки, сключили договор с РЗОК, определени за извършване на дейността на територията на РЗОК, в която ЗЗОЛ е подало документи и е получило разрешение за получаването му.

425. Изключение по т. 424 се допуска в случаи, когато ЗЗОЛ временно или постоянно е променило своето местоживееие. В този случай протоколът се представя за презаверка в РЗОК по временното или новото местоживееие.

426. Лекарствените продукти се отпускат след представяне на оригинален протокол, заверен от РЗОК, рецептурна бланка (бл. МЗ - НЗОК), рецептурна книжка, документ за самоличност на приносителя и копие от протокола, който се съхранява в аптеката.

427. На ЗЗОЛ, получаващи лекарства по протокол IA, не могат да бъдат предписвани други лекарства от списъка по т. 347.1, предназначени за лечение на същото заболяване.

IV. Допълнителни условия

428. По смисъла на настоящите условия:

428.1. Задължително здравноосигурените лица се считат и лицата, за които се прилагат схемите за социална сигурност на ЕС, както и лицата, включени в международни спогодби за социално осигуряване, по които Република България е страна, и доказали правата си с удостоверителни документи за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, съгласно приложение № 25.

428.2 "Завършена клинична пътека" е:

А. за хирургична/интервенционална КП - когато е извършена основната хирургическа/интервенционална процедура; спазен 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, както и предвидените следоперативни грижи.

Б. за терапевтична КП - когато са извършени основни диагностични и терапевтични процедури, заложи в нея, и е спазен задължителният минимален болничен престой, посочен в съответната КП.

V. Преходни и заключителни условия

429. Настоящите условия влизат в сила от 1 януари 2009 г.

430. Договорите с ИМП и ИДП влизат в сила, както следва:

430.1. от 1 януари 2009 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 и/или дентална помощ и че новият договор се подпише в срока по т. 28;

430.2. от датата на подписване при условие, че изпълнителят по т.430.1. е договорил дейност, която не е извършвал по договор с НЗОК през 2008г. - за новата по вид дейност;

430.3. 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.

431. В случай че лечебно/здравно заведение не сключи договор с НЗОК при настоящите условия, за извършената от него дейност от 1 януари 2009 г. до датата на отказа се подписва срочен договор.

432. До сключване на договорите за оказване на медицинска и дентална помощ НЗОК и лечебните заведения могат да уговорят авансово отпускане на финансови средства, които да бъдат прихванати с дължимото заплащане след сключване на договора.

433. Всички образци на първични медицински документи, приети с Решение № РД-УС-04-127 от 27.XII.2007 г. на УС на НЗОК се прилагат до издаването на нови такива.

434. Дейностите, започнати преди 1 януари 2009 г. и завършени след тази дата, се извършват и заплащат при условията и по реда на действащите разпоредби на Решение № РД-УС-04-127 от 27.XII.2007 г. на УС на НЗОК и НРД 2006.

435. Дейностите, назначени по реда на действащите разпоредби на Решение № РД-УС-04-127 от 27.XII.2007 г. на УС на НЗОК и НРД 2006, се извършват и заплащат по реда на настоящите условия, когато са започнати през 2009 г.

436. Неразделна част от настоящите условия са приложения № 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24 и 25.

437. Всички останали приложения към НРД 2006 остават в сила.

438. Условията и реда за оказване на медицинска помощ по реда на НРД 2006 се прилагат, доколкото не противоречат на Наредба №39 от 2004 г. (изм. и доп. в ДВ, бр.4 от 16.01.2009г.) и Наредба №40 от 2004г. (изм. и доп. в ДВ, бр.2 от 09.01.2009г.).

439. Указанията по прилагане на НРД 2006, отнасящи се до оказване на медицинска помощ, остават в сила, доколкото не противоречат на Наредба №39 от 2004 г. (изм. и доп. в ДВ, бр.4 от 16.01.2009г.) и Наредба №40 от 2004г. (изм. и доп. в ДВ, бр.2 от 09.01.2009г.).

440. В случаите на констатирани нарушения, извършени до 31.XII.2008 г. през периода на действие на преходния индивидуален договор с изпълнител на медицинска/дентална помощ, се прилагат санкциите, предвидени за съответното нарушение, както и процедурата за осъществяване на контрол по действащите разпоредби на НРД 2006.

441. Контролът по изпълнение на РС за третото и четвъртото тримесечие на 2008г. се осъществява по реда на глава двадесета и двадесет и първа от НРД 2006, като за целта се извършва проверка, за резултатите от нея, освен финансов протокол, се съставя „Протокол за

неоснователно получени суми” и се издава писмена покана по реда на производството по чл.233 и сл. от НРД 2006.

442. На основание Решение № 13623 от 10.12.2008 г., постановено по адм. дело № 10382/2008 г. на ВАС, Петчленен състав – II колегия, обн. ДВ, бр.1/2009г., чл. 195, ал. 2 от АПК, във връзка с чл. 55, ал. 3, т.2 ЗЗО по отношение на договорните правоотношения между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ, считано от 01.01.2008 г. се прилагат правилата на т.т.21, 37.6, 37.7,66.1, 66.2, 66.3, 168, 186.10, 189.10, 189.17, 190.1, 190.2, 211, 214, 215, 218, 227.1, 227.2, 227.3, 229, 229.2, 431, 432 от настоящото решение.

На основание чл. 55, ал. 6 от ЗЗО всички приложения, представляващи неразделна част от настоящото решение, се обнародват като притурка към “Държавен вестник”.