

## **Проект!**

# **НАЦИОНАЛЕН РАМКОВ ДОГОВОР ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2018 г.**

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

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

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

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

## **ОБЩА ЧАСТ**

### **Глава първа**

#### **ПРЕДМЕТ НА НАЦИОНАЛНИЯ РАМКОВ ДОГОВОР**

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

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

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

### **Глава втора**

#### **ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ ПО НРД**

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

1. възлага чрез сключване на договори с ИМП оказването в полза на ЗОЛ на медицинска помощ, договорена по вид, обхват, обем, качество и цена в НРД, съгласно чл. 55, ал. 2 ЗЗО;
2. осигурява равнопоставеност на ИМП при сключване на договорите с РЗОК за оказване на медицинска помощ при условията и по реда на НРД;
3. отказва сключване на договори за оказване на медицинска помощ с лечебни/здравни заведения, които не отговарят на условията, изискванията и реда за сключване на договори, определени в ЗЗО, Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), Закона за бюджета на НЗОК за 2017 г. (ЗБНЗОК за 2018 г.) и НРД;
4. упражнява контрол върху оказаната медицинска помощ съгласно ЗЗО и НРД;

5. упражнява контрол за спазване правата и задълженията на ЗОЛ;
6. изисква, получава от ИМП и обработва установената документация в сроковете, определени в НРД;
7. заплаща извършените и отчетени медицински дейности по ред и условия, в обеми и по цени, определени в НРД;
8. заплаща напълно или частично разрешени за употреба на територията на Република България лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ), медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, предназначени за домашно лечение на заболявания, определени по реда на чл. 45, ал. 9 ЗЗО;
9. сключва договори с притежатели на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти **с оглед осигуряване отпускането** на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели по т. 8;
10. поддържа и обработва регистрите и информацията, съдържащи се в информационната система на НЗОК, съгласно чл. 63 ЗЗО;
11. предоставя на ЗОЛ информация относно мерките за опазване и укрепване на здравето им, правата и задълженията на ЗОЛ съгласно действащото законодателство;
12. осъществява съвместно наблюдение на вида, обема и качеството на оказваната медицинска помощ чрез РЗОК и експерти, посочени от регионалните структури на БЛС.

**БЛС: Създава се нова т. 13 „Осигурява чрез РЗОК възможност за подаване на документи съгласно Закона за електронното управление.“**

**НЗОК е в процес на комуникация с ДАЕУ за осигуряване на възможност за комуникация между ИМП и РЗОК чрез система за електронно връчване. Текстът ще се редактира допълнително.**

- (2) Българският лекарски съюз има следните права и задължения по този договор:
1. представлява своите членове и лечебните и здравни заведения при сключване на НРД;
  2. съдейства и спомага за спазването и прилагането на НРД от страна на ИМП;
  3. предоставя при поискване информация на НЗОК по прилагането на НРД;
  4. участва чрез свои представители в арбитражните комисии при условията и по реда на чл. 75 ЗЗО;
  5. осъществява съвместно с РЗОК наблюдение на вида, обема и качеството на оказваната медицинска помощ чрез регионалните структури на БЛС;
  6. органите на управление на БЛС съвместно с НЗОК осъществяват наблюдение по изпълнението на НРД;
  7. защитава правата и интересите на ИМП при сключване и изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ, сключени между НЗОК и отделните изпълнители.
- (3) При поискване органите на управление на БЛС и НЗОК взаимно си предоставят информация по прилагането на НРД.

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

### Глава трета

#### ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ЗДРАВНООСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА

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

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

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

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

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

1. отчетена, но неизвършена медицинска дейност;
2. качество на медицинската помощ, което не съответства на критериите за качество, определени в НРД;
3. отказан достъп до медицинска документация;
4. получени от изпълнител на медицинска помощ суми без правно основание.

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

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

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

1. включване в медицинската документация, която е неразделна част от НРД, на конкретно разписани изисквания, гарантиращи спазване правата на ЗОЛ;
2. приемане, разглеждане и изготвяне на мотивиран отговор на жалби, подадени от ЗОЛ до НЗОК;
3. осъществяване на контрол по изпълнението на договорите с ИМП.

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

#### Глава четвърта

#### ВИДОВЕ МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, ЗАКУПУВАНА ОТ НЗОК В ПОЛЗА НА ЗОЛ

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

(2) Медицинската помощ по ал. 1 се определя като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, който е основен и е регламентиран с Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ДВ, бр. 24 от 2016 г.) (Наредба № 2 от 2016 г.).

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

1. първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) съгласно приложение № 1 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г.;

2. специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП), включваща: общомедицински дейности; специализирани медицински дейности (СМД) и високоспециализирани медицински дейности (ВСМД) по специалности; специализирани медико-диагностични изследвания (СМДИ) и високоспециализирани медико-диагностични изследвания (ВСМДИ) по специалности съгласно приложение № 2 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г.;

3. болнична медицинска помощ (БМП), включваща:

а) амбулаторни процедури (АПр) по приложение № 7 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г.;

б) клинични процедури (КПр) по приложение № 8 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г.;

в) клинични пътеки (КП) по приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г.;

4. комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение (КДН) по приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г.

#### Глава пета

#### ФИНАНСОВА РАМКА НА НРД

**Чл. 12.** (1) Годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за медицински дейности съгласно чл. 1, ал. 2 ЗБНЗОК за 2018 г. е на обща стойност 1 946 428,9 хил. лв. за следните видове дейност:

1. първична извънболнична медицинска помощ – ..... хил. лв.;

2. специализирана извънболнична медицинска помощ (включително за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение) – ..... хил. лв.;

3. медико-диагностична дейност – ..... хил. лв.;

4. болнична медицинска помощ – ..... хил. лв.

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

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

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

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

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

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

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

(5) След приемане на бюджета на НЗОК за 2018 г. БЛС и НЗОК определят финансовата рамка за обемите и цените на дейностите, подлежащи на заплащане през 2018 г., чрез актуализация на НРД по реда на приемането му.

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

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

## Глава шеста

### ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ПО НРД

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

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

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

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

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

(3) Договор за дейности и/или изследвания от пакетите по специалности, включени в приложение № 2 „Специализирана извънболнична медицинска помощ“ към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. с лечебни заведения за болнична помощ, може да се сключи само ако на територията на този здравен район няма лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, сключили договори с НЗОК, за изпълнение на:

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

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

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

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

4. центрове за кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ) по смисъла на чл. 10, т. 3а ЗЛЗ;

5. комплексни онкологични центрове (КОЦ) по смисъла на чл. 10, т. 3б ЗЛЗ с разкрити легла;

6. диализни центрове по смисъла на чл. 10, т. 6 ЗЛЗ.

(2) Изпълнители на АПр по приложение № 7 на Наредба № 2 от 2016 г. могат да бъдат лечебните заведения по ал. 1.

(3) Изпълнители на КПр по приложение № 8 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г. могат да бъдат само лечебните заведения по ал. 1, т. 1 и 2.

(4) Изпълнители на КП по приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г. могат да бъдат само лечебните заведения по ал. 1, т. 1, 2, 4 и 5.

(5) Изпълнители на КП „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ по приложение № 10 към чл. 1, ал. 1 и чл. 2 от Наредба № 2 от 2016 г. могат да бъдат само лечебните заведения по ал. 1, т. 1, 2, 4 и 5.

(6) Изпълнители на АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по Клинична пътека ...“ по приложение № 11 към чл. 1, ал. 1 и чл. 3 от Наредба № 2 от 2016 г. могат да бъдат лечебни заведения по ал. 1, т. 1, 2, 4 и 5.

(7) Изпълнители на дейности за „Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) по приложение № 12 към чл. 1, ал. 1 и чл. 4 от Наредба № 2 от 2016 г. могат да бъдат само лечебните заведения по ал. 1, т. 1, 2 и 5 или техните обединения.

**Чл. 16.** Изпълнители по чл. 11, т. 4 на КДН „Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение“ по приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г. могат да бъдат:

1. за КДН на лица с кожно-венерически заболявания:

а) лечебни заведения за БП с разкрити клиники/отделения по кожно-венерически болести;

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

2. за КДН на лица с психични заболявания:

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

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

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

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

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

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

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

3. други лица, извършващи административни и помощни дейности.

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

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

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

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

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

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

**Чл. 19.** (1) Изпълнителите на ПИМП осигуряват достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ съгласно Наредба № 2 от 2016 г.

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

## Глава седма

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

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

1. отговарят на следните общи условия:

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

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

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

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

**Договорено е г) да отпадне след промяна в нормативната уредба.**

2. отговарят на настоящите специални условия.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. наложена санкция „прекратяване на договор“.

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

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

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

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

1. правните и фактическите основания за издаване на отказа;

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

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

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

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

## Глава осма

### ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Глава девета

### КАЧЕСТВО И ДОСТЪПНОСТ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ

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

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

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

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

#### Глава десета

### ДОКУМЕНТАЦИЯ И ДОКУМЕНТООБОРОТ

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

1. първични медицински документи съгласно приложение № 3 „Първични медицински документи“;

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

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

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

б) документи съгласно приложение № 4 „Документи, свързани с оказване на медицинска и дентална помощ на лица, осигурени в други държави“.

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

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

~~2. финансови документи съгласно приложение № 5 „Финансови документи“.~~

**2. финансови документи съгласно приложение № 5 "Финансови документи"- КДН.**

**3. Електронни финансови отчетни документи**

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

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

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

#### Глава единадесета

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

#### Раздел I

### Общи положения

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

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

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

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

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

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

(2) Извършените имунизации по националните програми по ал. 1, т. 3 се отчитат с една спецификация и една фактура, отделно от останалата дейност.

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

(4) Извън лекарствените продукти по ал. 1 НЗОК заплаща:

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

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

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

## Раздел II

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

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

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

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

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

2. НЗОК код за всеки лекарствен продукт;

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

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

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

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

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

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

(3) Националната здравноосигурителна каса чрез РЗОК уведомява ИМП за специалните изисквания по предписването на лекарствени продукти и за промените в тях преди влизането им в сила.

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

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

1. номенклатурен код;

2. група; подгрупа, група по технически изисквания;

3. код на НЗОК;

4. търговско наименование;

5. производител/търговец на едро (подал заявление за заплащане на съответното медицинско изделие от НЗОК);

6. вид/форма;

7. размер; количество;

8. окончателна опаковка;

9. стойност, до която НЗОК заплаща медицинското изделие;

10. условия и ред за предписване и отпускане.

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

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

**Нова (4)Националната здравноосигурителна каса чрез РЗОК уведомява ИМП за специалните изисквания по предписването на МИ и за промените в тях преди влизането им в сила – срок 7 дни**

**Чл. 39.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за диетични храни за специални медицински цели по списък, определен от НС на НЗОК, наричан „Списък на

диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК“. Списъкът съдържа за всяка диетична храна:

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

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

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

**НОВА (4)Националната здравноосигурителна каса чрез РЗОК уведомява ИМП за специалните изисквания по предписването на ДХСМЦ и за промените в тях преди влизането им в сила – срок 7 дни**

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

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

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

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

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

**Чл. 42.** (1) За хроничните заболявания, посочени в приложение № 6 „Списък на заболяванията, за които се издава „Рецептурна книжка на хронично болния“, се издава „Рецептурна книжка на хронично болния“.

(2) Редът и начинът за работа с рецептурната книжка са посочени в приложение № 3.

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

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

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

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

**НОВА ал. 2** Рецептурните бланки се попълват в електронен вариант, с всички необходими реквизити, след което се разпечатват, подписват и подпечатват от

съответния специалист/специализирана комисия, назначил/а терапията, респ. лекаря, предписал лекарствените продукти. Рецепта, неиздадена по посочения ред се връща, чрез ЗОЛ на ИМП, който я е издал

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

1. здравноосигурени лица с непрекъснати здравноосигурителни права към момента на предписването;
2. лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава – членка на ЕС, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, или от държава, страна по двустранна спогодба с Република България, към датата на извършване на предписанието.

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

1. лекари от лечебни заведения за извънболнична помощ, сключили договор с НЗОК;
2. лекари, работещи в лечебните заведения към Министерството на правосъдието – за лица, лишени от свобода.

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

(3) В случаите на заместване на един лекар от друг заместникът, издал рецептурната бланка, попълва личните си данни, РЗИ № на практиката на титуляря, уникалния идентификационен номер (УИН) на заместника и полага подпис и поставя личен печат на лекаря и/или печат на лечебното заведение.

**Предложение на БЛС: от текста да отпадне „и/“**

**НЗОК: Няма промяна с мотив чл.7, ал.1, т.6 от Наредба №4 от 2009г.**

**НЗОК предлага БФС да информира своите членове да не изискват двата печата на рецептите. НЗОК предлага да се включи текстът в указанията за аптеките.**

**БФС поема ангажмента да информира своите членове.**

**БЛС приемат предложенията на НЗОК и БФС. Оттегля предложението за промяна.**

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

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

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

хоспитализирано лице, и амбулаторният лист се подписва от представител на пациента с вписани имена и ЕГН на представителя.

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

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

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

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

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

**Чл. 46а.** (1) Университетските болници и лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, в които има структури по профила на заболяването, проследяват ефекта от прилаганата терапия с лекарствените продукти за домашно лечение, включени в ПЛС със задължение за проследяване на ефекта от терапията по чл. 31а от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти.

(2) Проследяването на ефекта от терапията на лекарствените продукти по ал. 1 се извършва за срок до първоначалното подаване на заявление по чл. 57б от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, за поддържане на реимбурсния статус на лекарствения продукт.

(3) Условията и критериите, по които се проследява ефектът от терапията с лекарствените продукти по ал. 1, както и прогнозният брой пациенти за срока по ал. 2 се определят от Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти.

(4) Лечебните заведения по ал. 1 събират информацията за всеки конкретен лекарствен продукт и я предоставят на съответната регионална здравна инспекция ежемесечно.

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

1. група I – лекарствени продукти, в т. ч. по чл. 78, т. 2 ЗЗО, назначавани и предписвани с протокол;
2. група II – лекарствени продукти, които не се назначават и предписват с протокол.

(2) Терапията с лекарствени продукти по ал. 1, т. 2, назначена от лекар специалист, работещ в изпълнение на договор с НЗОК, се отразява в амбулаторния лист и в електронния отчет на лекаря за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни

листове в определен от НЗОК формат. Екземпляр от амбулаторния лист на ЗОЛ, на хартиен носител, се съхранява по хронологичен ред от изпълнителя на СИМП. Вторият екземпляр се изпраща чрез ЗОЛ до изпълнителя на ПИМП за прилагане към здравното досие.

(3) Терапията с лекарствени продукти по ал. 1, т. 2, назначена от лекар специалист, който не работи в изпълнение на договор с НЗОК, се отразява в бланка „Медицинско направление“ (бл. МЗ 119) на генеричен принцип, която се предава на изпълнителя на ПИМП ОПЛ чрез ЗОЛ. В медицинския документ лекарствените продукти се посочват с техните международни непатентни наименования. В този случай специалистът няма право да предписва лекарствени продукти на рецептурните бланки (образци МЗ-НЗОК) по чл.24, ал.1 от Наредба №4.

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

(5) В случаите, когато ОПЛ констатира, че назначената терапия е в нарушение на установените изискванията, в т. ч. и на установени изисквания на НЗОК, ОПЛ не предписва назначената терапия и връща ЗОЛ към назначилia терапията лекар от СИМП.

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

**Чл. 48.** (1) Лекарствените продукти се предписват на основание чл. 56, ал. 1 ЗЗО при спазване изискванията на действащото законодателство относно предписване на лекарствени продукти, приложения № 6 и № 7, както и сключените между лечебните заведения и НЗОК договори за оказване на медицинска помощ по чл. 59 ЗЗО.

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

1. изискванията на Наредба № 4 от 2009 г.;
2. кратките характеристики на лекарствените продукти, неразделна част от разрешението им за употреба;
3. приложение № 7 „Кодове на заболяванията по списък, определен по реда на чл. 45, ал. 4 ЗЗО, и кодове на специалности на лекари, назначаващи терапия“.

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

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

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

Предложение на БЛС: ал. 3 да отпадне, ал. 2 да остане в сегашната редакция

НЗОК предлага редакция на ал. 2 и оставане на сега действащата ал. 3 поради констатирани действителни дублирания на терапията:

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

**Не е постигнато съгласие по текстовете на чл. 49 ал. 2. Остава за надзорен съвет.**

**Обсъдена е промяна в реквизитите на рецептурната бланка с въвеждане на дата на валидност на рецептата. В случай на промяна в рецептурната бланка текстовете ще бъдат преразгледани.**

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

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

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

**Чл. 50.** При предписване на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната всички данни на ЗОЛ съгласно приложение № 3 се отразяват в амбулаторния лист и в електронния отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

**Чл. 51.** При издаване на рецептурна бланка за предписване на лекарствени продукти за лечение на хронични заболявания лекарят задължително вписва назначената терапия и в рецептурната книжка на хронично болния, като следи за спазването на изискванията по чл. 48, 49 и 50.

**Предложение на БЛС:** Да отпадне чл. 51 – в РК фармацевтите да вписват медикаментите, които са отпуснали.

**НЗОК: Не приема предложението на БЛС. Предлага във връзка с обсъждана с ИПСИ възможност да се разработи on-line достъп на фармацевти и ИМП до информация за отпуснатите ЛП, в ПЗР да се добави текст:**

**„При осигурена техническа възможност задължението по чл.51 отпада.“**

**Страните се обединиха за преходния период, до реализиране на техническата възможност, текстът остава без промяна, като отпаднаха ограниченията за брой страници и специфични изисквания за прикрепване на разпечатките от медицинския софтуер към РК. При „нечетливи“ РК фармацевтите да връщат на ОПЛ рецептурните книжки за „подреждане“ на информацията.**

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

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

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

1. включени са в приложение № 1 на ПЛС и се заплащат от НЗОК по реда на Наредба № 10;
2. в ПЛС за тези лекарствени продукти е посочено, че се извършва експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО;
3. наличие на Решение на специализираната комисия по амбулаторна процедура № 38 „Амбулаторно наблюдение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпо струващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, ал. 2 ЗЗО“ (бл. МЗ-НЗОК № 13).

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

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

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

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

3. лекарствени продукти от група IС – протоколите за тях се заверяват в РЗОК; за определени лекарствени продукти, посочени в съответните Изисквания на НЗОК при издаване и утвърждаване на протоколи за конкретни заболявания, заверяването се извършва след:

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

или

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

(2) Всички протоколи се заверяват от РЗОК.

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

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

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

**Чл. 57.** На ЗОЛ, получаващи лекарства от група IA по протокол, не могат да бъдат предписвани други лекарствени продукти от Приложение 1 на ПЛС, предназначени за лечение на същото заболяване, за срока на действие на протокола.

**Чл. 58.** (1) За разрешаване на отпускането на лекарствени продукти по чл. 54 се разработват съвместно с външни експерти на НЗОК изисквания при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарства съгласно приложение № 8 „Образец на Изисквания на НЗОК при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарства“.

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

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

2. ред за утвърждаване и заверяване на протоколите;

3. необходими документи;

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

5. лечебно-диагностичен алгоритъм;

6. периодичност на контролните прегледи;

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

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

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

~~(5) Националната здравноосигурителна каса чрез РЗОК уведомява своевременно ИМП за наличието на промени в изискванията на НЗОК.~~

**(5) Националната здравноосигурителна каса чрез РЗОК уведомява ИМП за промени в изискванията на НЗОК по ал.1, в срок не по-малък от 7 дни преди влизане в сила на съответните промени.**

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

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

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

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

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

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

4. декларация за информирано съгласие.

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

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

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

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

~~(6) Районната здравноосигурителна каса не заверява протоколи, в които не са попълнени всички реквизити. В този случай протоколът се връща на еспециалиста/комисията, който го е издал.~~

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

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

1. смърт на пациента;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. назначената терапия в протокола не отговаря на изискванията по чл. 58, ал. 1;
2. представените документи не съответстват на изискванията по чл. 58, ал. 1;
3. установено е неспазване на предписаната терапевтична схема по одобрен протокол при постъпили молби за следващ курс на лечение;
4. установено е неспазване на общите изисквания на ЗЗО, ЗЛПХМ, нормативните актове по прилагането им, както и НРД.

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

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

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

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

**Чл. 65.** (1) ~~Рецептите, с които са предписани лекарствени продукти от група IA, се изпълняват в аптеки, работещи по договор с НЗОК и находящи се на територията на областта, на която се намира лечебното заведение за ПИМП, в което е осъществен избор на изпълнител на ПИМП (постоянен или временен).~~

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

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

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

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

**Чл. 67.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща предписаните и отпуснатите на ЗОЛ лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за

домашно лечение на територията на страната по ред, начин и в срокове, определени в Наредба № 10 и сключените договори с притежатели на разрешение за извършване на търговия на дребно с лекарствени продукти в аптека.

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

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

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

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

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

### Раздел III

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Раздел IV

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

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

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

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

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

**Чл. 72.** (1) Лекарствените продукти, предписани на ветерани от войните, на военноинвалиди и военнопострадали, се отпускат в аптеки, открити от притежатели на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти, сключили договори с НЗОК на основание Наредба № 3, респ. Наредба № 2 от 2016 г. за реда за получаване и заплащане на лекарствени продукти на военноинвалидите и военнопострадалите.

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

#### Глава дванадесета

### **ДЕЙНОСТ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА**

**Чл. 73.** (1) Лечебните заведения, сключили договор за оказване на медицинска помощ с НЗОК, осъществяват дейностите и водят документация, свързани с медицинската експертиза на работоспособността, при условията и по реда на ЗЗ, Наредбата за медицинската експертиза, Наредба № 2 от 2016 г., Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (Правилника) и НРД.

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

1. медицинска експертиза на временната неработоспособност:
  - а) издаване на първичен болничен лист;
  - б) издаване на продължение на болничен лист;
2. насочване за медицинска експертиза към лекарска консултативна комисия (ЛКК);
3. подготвяне на документи за представяне пред Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК) съобразно приложения № 4 и № 5 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г.;
4. дейност, свързана с подготовка за освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК при условията и по реда на чл. 22, ал. 2 от Правилника.

**БЛС: В чл.73, ал.2 да отпадат т.3 и 4, а в ал.2 да отпадне т.2- промяна на Наредбата за основния пакет – отпадане или заплащане за попълване на документ за протокол. НЗОК: Не се приема -вж. Наредба за експертиза за работоспособността.**

**БЛС и НЗОК приемат да се коригира при промяна на нормативната уредба.**

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

1. освидетелстване на лицата съгласно чл. 23, ал. 1 от Правилника;
2. подготвяне на документи за представяне пред ТЕЛК съобразно Наредба № 2 от 2016 г.

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

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

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

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

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

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

**БЛС : В чл.74 да отпадне т.4. или да е срещу заплащане от НЗОК.**

**БЛС и НЗОК приемат да се коригира при промяна на нормативната уредба.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(3) За насочване към ТЕЛК ЛКК съставя медицински протокол и прилага съответната медицинска документация във вид и обем съгласно Наредба № 2 от 2016 г.

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

(5) Когато се прецени, че представеният протокол не е достатъчно изчерпателен съгласно приложения № 4 и № 5 на Наредба № 2 от 2016 г., РКМЕ е в правото си да го върне на съответната ЛКК за допълнителни изследвания или консултации.

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

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

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

1. прегледи и консултации със съответен специалист – ОПЛ или лекарят специалист или ЛКК издава на ЗОЛ „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6);

2. СМДИ – ОПЛ или лекарят специалист или ЛКК издава на ЗОЛ „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4);

3. ВСМДИ – специалистът или ЛКК издава на ЗОЛ „Направление за медико-диагностични изследвания“ (бл. МЗ-НЗОК № 4);

4. ВСМД – лекарят специалист или ЛКК издава „Медицинско направление за високо-специализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А); ОПЛ издава „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) само за ВСМД, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложение № 9 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ“, и ВСМД от пакет „Анестезиология и интензивно лечение“.

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

**Чл. 80.** (1) При подготовка за ТЕЛК (НЕЛК) (за освидетелстване или преосвидетелстване) лечебните заведения осъществяват дейност (медицински консултации, изследвания и издават документи) съобразно конкретните заболявания и в обхват, регламентирани в Наредба № 2 от 2016 г.

(2) При подготовка за ТЕЛК (НЕЛК) за освидетелстване или преосвидетелстване лекарите в лечебните заведения могат да прилагат медицински консултации, епикризи и изследвания, извършени по друг повод **за последните 12 месеца** и регламентирани в Наредба № 2 от 2016 г.

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

#### Глава тринадесета

### ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ ПО ИНФОРМАЦИОННОТО ОСИГУРЯВАНЕ И ОБМЕНА НА ИНФОРМАЦИЯ

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

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

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

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

**Чл. 84.** (1) Изпълнителите на медицинска помощ са задължени да предоставят изискваната с НРД информация във формат, начин и в срокове, определени в глава седемнадесета, раздели VIII и IX, глава осемнадесета, раздели VI и VII, глава деветнадесета, раздели IX и X и приложения № 3 и 5.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Чл. 92.** (1) Националната здравноосигурителна каса е задължена да предоставя на лечебните заведения за ПИМП информация за промените в регистрите по чл. 133 през портала на НЗОК.

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

**Чл. 93.** (1) На основание чл. 50 ЗЗО при всяко ползване на болнична медицинска помощ осигурените лица са длъжни да представят документ, удостоверяващ самоличността им съгласно Закона за българските лични документи.

(2) От лицата, на които не се издават документи по ал. 1, се представят документи, удостоверяващи самоличността им, съгласно националното законодателство на държавата, чиито граждани са лицата.

(3) Лицата в производство за предоставяне на статут на бежанец или право на убежище представят удостоверяващ самоличността им документ, издаден от Държавната агенция за бежанците.

(4) Лицата в процедура по издаване на документ, удостоверяващ самоличността им, поради изгубване, кражба, повреждане, унищожаване, подмяна и промяна в данните, представят декларация по чл. 17, ал. 1 от Правилника за издаване на българските лични документи или друг документ, удостоверяващ изброените обстоятелства, издаден от съответните компетентни органи.

(5) В случаите, когато лицата постъпват в лечебно заведение – изпълнител на БМП (ЛЗБП), в животозастрашаващо състояние и документ по ал. 1 – 4 не може да бъде представен, същият се представя до момента на напускане на ЛЗБП.

**Чл. 94.** (1) На основание чл. 63, ал. 1, т. 1 ЗЗО и чл. 2, ал. 5 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ за всяко ЗОЛ с изключение на малолетните и поставените под пълно запрещение лица се създава електронен уникален идентификационен номер (ЕУИН) в единна информационна система.

(2) Националната здравноосигурителна каса изготвя и публикува на официалната си интернет страница указания за ползване на информационната система по ал. 1.

## Глава четиринадесета

### УСЛОВИЯ И РЕД ЗА КОНТРОЛ ПО ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ДОГОВОРИТЕ

**Чл. 95.** (1) Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се извършва в съответствие с раздел X от ЗЗО и глава двадесета.

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

**Чл. 96.** (1) Управителят на НЗОК упражнява цялостен контрол по изпълнението на договорите чрез:

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

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

**Чл. 97.** (1) Длъжностните лица – служители на НЗОК, и длъжностните лица от РЗОК – контрольори, осъществяват внезапен контрол по изпълнение на договорите с изпълнителите на медицинска помощ, контрол преди заплащане на оказаната медицинска помощ и последващ контрол.

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

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

#### **НЗОК предлага нов чл. 97А**

**Чл. 97А** (1) Създава се съвместна комисия, в която влизат равен брой представители на БЛС и НЗОК, за срока на този рамков договор.

(2) Комисията наблюдава изпълнението на договорите, сключени между изпълнителите на медицинска помощ (~~ПИМП, СИМП и~~ болнична) и НЗОК по отношение на обеми, стойности и качество, както и получени жалби.

(3) Комисията докладва периодично за изпълнението на договорите по ал. 2 на управителя на НЗОК и председателя на УС на БЛС.

(4) Комисията предлага, координира и подпомага осъществяването на съвместни проверки между НЗОК и БЛС на изпълнители на медицинска помощ, при които са установени отклонения от договорените обеми, прогнозни стойности и качество, както и на получени жалби срещу тях.

(5) Членовете на комисията се назначават със заповед на управителя на НЗОК – за представителите на НЗОК и от председателя на УС на БЛС – за представителите на БЛС.

(8) С решение на комисията могат да се включват лекари по съответна специалност, съобразно даден проблем.

(6) В срок до един месец от назначаването на членовете на комисията, последната изготвя Правила за дейността си, които се утвърждават съвместно от управителя на НЗОК и председателя на БЛС.

(7) Комисията може да дава предложения за подобряване на качеството на медицинската помощ.

БЛС приема текстът да важи за болнична медицинска помощ

БЛС: категорично не приема направеното предложение за ПИМП и СИМП.

## Глава петнадесета

### САНКЦИИ ПРИ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРИТЕ

**Чл. 98.** При констатирани нарушения от длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 ЗЗО по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се налагат санкции, предвидени в глава двадесет и първа, и/или глоби или имуществени санкции съгласно административнонаказателните разпоредби на ЗЗО.

**Чл. 99.** (1) На територията, обслужвана от РЗОК, се конституират арбитражни комисии за оспорване на констатациите на длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 ЗЗО:

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

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

## Глава шестнадесета

### ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОР С ИЗПЪЛНИТЕЛ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

**Чл. 100.** (1) Договорът с ИМП се прекратява, без която и да е от страните да дължи предизвестие:

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

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

**Чл. 101.** (1) Договорът с ИМП се прекратява без предизвестие от страна на НЗОК, когато:

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

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

**Чл. 102.** Договорът може да се прекрати с писмено предизвестие от страна на ИМП в следните срокове:

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

**Чл. 103.** (1) Прекратяването на договор с ИМП не освобождава НЗОК от задължението да заплати на същия извършените дейности до прекратяването на договора по представени отчетни документи.

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

## **СПЕЦИАЛНА ЧАСТ**

### **Глава седемнадесета**

#### **ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

##### **Раздел I**

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

**Чл. 104.** Страна по договор с НЗОК може да бъде лечебно/здравно заведение, което отговаря на общите условия на глава седма и специалните условия в този раздел.

**Чл. 105.** Националната здравноосигурителна каса сключва договор с лечебно заведение за ПИМП или лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, което има функциониращо и налично в лечебното заведение медицинско и техническо оборудване и обзавеждане съгласно приложение № 10 „Изисквания за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на ПИМП“.

**Чл. 106.** (1) Лечебно заведение за ПИМП/лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, желаещо да сключи договор с НЗОК, следва да има регистрирани ЗОЛ, осъществили правото си на свободен избор на ОПЛ.

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

**Чл. 107.** Лечебните заведения за ПИМП/лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ могат да ползват общи помещения и оборудване съгласно приложение № 10.

**Чл. 108.** В случаите на повече от един адрес на помещенията, където лечебното заведение – изпълнител на ПИМП, извършва лечебната си дейност, за функциониращото и наличното оборудване важат изискванията съгласно приложение № 10. То е задължително само за един от изброените адреси на лечебното заведение, посочен изрично в договора с НЗОК. За останалите адреси на практиката се спазват изискванията на РЗИ.

**Чл. 109.** Общопрактикуващи лекари, включително и тези, които работят в лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, или членовете на групови практики за ПИМП могат да работят по договор с НЗОК освен като ОПЛ, така и в дежурен кабинет, разкрит към лечебни заведения по реда на Наредба № 2 от 2016 г.

**БЛС: нов чл.109:** Общопрактикуващи лекари, включително и тези, които работят в лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, или членовете на групови практики за ПИМП могат да работят по договор с НЗОК, но нямат право на повече от един договор с НЗОК, като индивидуална практика.

**БЛС: нов чл.109:** Общопрактикуващи лекари, включително и тези, които работят в лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, или членовете на групови практики за ПИМП могат да работят по втори договор с НЗОК, като нает лекар в СИМП.

**НЗОК:** Не приема направеното предложение.

**Остава за ниво УС на БЛС – НС на НЗОК**

**Чл. 110.** Националната здравноосигурителна каса сключва договори с лечебни заведения за СИМП/лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ за извършване на всички общомедицински и всички специализирани медицински дейности от дадена специалност от съответния пакет съгласно Наредба № 2 от 2016 г.

**Чл. 111.** Лечебно заведение за СИМП/лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, желаещо да сключи договор с НЗОК, следва да отговаря на посочените в глава седма общи условия, както и да има функциониращо и налично в лечебното заведение медицинско и техническо оборудване и обзавеждане съгласно приложение № 11 „Изисквания за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на СИМП“.

**Чл. 112.** Лечебно заведение за СИМП и СМДЛ, сключило договор с НЗОК, с повече от един адрес на помещенията, където то извършва лечебната си дейност, следва да има функциониращо и налично оборудване и обзавеждане за всеки адрес, регистриран в РЗИ и посочен в договор с НЗОК.

**Чл. 113.** Лечебно заведение за СИМП, намиращо се в една или съседни сгради с лечебно заведение за СИМП или БП, може да ползва общи помещения и медицинска техника за образна диагностика, за извършване на ВСМД и ВСМДИ.

**Чл. 114.** (1) Лечебно заведение за СИМП/лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ може да кандидатства и за извършване на високоспециализирани медицински дейности по специалности, посочени в Наредба № 2 от 2016 г., само в случай, че кандидатства и за специализираните медицински дейности, включени в основния пакет по съответната специалност, с изключение на високоспециализираните дейности по пакет „Анестезиология и интензивно лечение“.

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

1. да разполага с функциониращо медицинско и техническо оборудване и обзавеждане съгласно приложение № 11;

2. необходима квалификация и обучение за използване на високоспециализираната техника на специалистите, работещи в него, съгласно наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването и приложение № 11.

**Чл. 115.** Националната здравноосигурителна каса сключва договори за извършване на всички специализирани медико-диагностични изследвания от съответния пакет по специалности съгласно Наредба № 2 от 2016 г. със самостоятелни медико-диагностични лаборатории, лечебни заведения за СИМП или лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, съдържащи в структурата си медико-диагностични лаборатории, в съответствие с изискванията по приложение № 11.

**Чл. 116.** Лечебните заведения по чл. 115 могат да кандидатстват и за извършване на високоспециализирани медико-диагностични изследвания, посочени в Наредба № 2 от 2016 г., само в случай, че лечебните заведения кандидатстват и за специализираните медико-диагностични изследвания, включени в основния пакет по съответната специалност и изпълнявани от съответния лекар специалист, работещ в лечебното заведение. В тези случаи се прилага чл. 114, ал. 2.

**Чл. 117.** При липса на лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, което да извършва определени медико-диагностични изследвания, за извършването им може да се сключи договор с национален център по проблемите на общественото здраве.

**Чл. 118.** Лекарите с придобита медицинска специалност, работещи в лечебно заведение за болнична помощ по чл. 9 ЗЛЗ или лечебни заведения по чл. 10 ЗЛЗ, могат да сключват договори за оказване на извънболнична медицинска помощ при условие, че са спазени изискванията на чл. 62 ЗЗО и чл. 81 ЗЛЗ.

## Раздел II

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

**НЗОК: Допълнително обсъждане на възможностите за подаване на документи от нови договорни партньори по електронен път по Чл. 119.**

**Чл. 119.** Лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ, желаещи да сключат договор със съответната РЗОК, на чиято територия са регистрирани в РЗИ, подават заявление по образец, утвърден от управителя на НЗОК, към което прилагат:

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

**БЛС: Да се обсъди възможност с МЗ за директен достъп до удостоверения за регистрация в РЗИ.**

**НЗОК подкрепя предложението**

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

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

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

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

5. договор по чл. 19, ал. 1 и декларация на хартиен и електронен носител по образец, посочен в приложение № 10, относно: осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения работен график на ЗОЛ съгласно Наредба № 2 от 2016 г.; график за обслужване на пациентите; изискуемото оборудване, обзавеждане и нает персонал по чл. 139 (за лечебните заведения – изпълнители на ПИМП);

6. декларация на хартиен и електронен носител по образец, посочен в приложение № 11, за дейността на лечебното заведение за СИМП;

**БЛС по електронен път подписано с електронен подпис**

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

**БЛС по електронен път подписано с електронен подпис**

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

**БЛС по електронен път подписано с електронен подпис**

9. необходимите квалификационни документи съгласно ~~Наредба № 15 от 2008 г. за придобиване на специалност „Обща медицина“ от ОПЛ~~ **наредбата по чл. 181, ал. 1 от ЗЗ или наредбата по § 6, ал. 2 от ПЗР на ЗЛЗ от ОПЛ**, а при липса на такъв квалификационен документ – документ, че са зачислени за придобиване на специалност по „Обща медицина“ (за лекарите, учредили лечебно заведение за ПИМП или работещи като ОПЛ в лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ), и необходимите квалификационни документи съгласно наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването – за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК;

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

**Двете страни приеха да се обсъди възможност с МЗ за директен достъп до заповед на директора на РЗИ за създадена ЛКК.**

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

**БЛС да се подава по електронен път**

12. копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специалност, издадени

от министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации – за лекарите чужденци;

**БЛС да се подава по електронен път**

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

**БЛС да се подава по електронен път**

**Чл. 120.** Лечебните заведения, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2015 г. и Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 ЗЗО на НС на НЗОК, подават заявление, към което прилагат:

1. документи по чл. 119, т. 1, 2, 5 (договор по чл. 19, ал. 1), 9, 12 и 13 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

**БЛС да се подава по електронен път**

2. декларации по чл. 119, т. 4 и 8 – на хартиен носител, и т. 5 и 6 – декларация на хартиен и електронен носител;

**БЛС да се подава по електронен път**

3. документи по чл. 119, т. 3, 10 и 11.

**БЛС да се подава по електронен път**

**Чл. 121.** (1) Националните центрове по проблеми на общественото здраве, желаещи да сключат договор с РЗОК, подават заявление, към което прилагат:

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

2. декларация по образец, посочен в приложение № 11, на хартиен и електронен носител за дейността на съответната профилна лаборатория в структурата на здравното заведение;

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;

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

(2) Националните центрове по проблеми на общественото здраве, работили по договор с НЗОК в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2015 г. и Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 ЗЗО на НС на НЗОК, представят нови документи в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени.

**Чл. 122.** (1) В случаите по чл. 14, ал. 2 лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на ПИМП, подават заявление, към което прилагат: копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документите по чл. 119, с изключение на тези по т. 2, 6, 8, 10, 11 и 13.

(2) Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2015 г. и Решение № РД-НС-04-24-

1 от 29.03.2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 ЗЗО на НС на НЗОК и желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на ПИМП, подават заявление, към което прилагат:

1. копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани и документи по чл. 119, т. 1, 5 – договор по чл. 19, ал. 1, и чл. 119, т. 9, в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 119, т. 4 – на хартиен носител, и т. 5 – декларация на хартиен и електронен носител.

(3) В случаите по чл. 14, ал. 2 лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на СИМП, подават заявление, към което прилагат: копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документите по чл. 119, с изключение на тези по т. 2, 5 и 7.

(4) Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2015 г. и Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 ЗЗО на НС на НЗОК и желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на СИМП, подават заявление, към което прилагат:

1. копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документи по чл. 119, т. 1, 9, 12 и 13 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 119, т. 4 и 8 – на хартиен носител, и т. 6 – декларация на хартиен и електронен носител;

3. документ по чл. 119, т. 10 и 11.

**БЛС Да се подават по електронен път**

**Чл. 123.** (1) В случаите по чл. 14, ал. 3 лечебните заведения за болнична помощ, желаещи да сключат договор с РЗОК, подават заявление, към което прилагат: копие на разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването, и документите по чл. 119, с изключение на тези по т. 2, 5, 7 и 10.

(2) В случаите по чл. 14, ал. 3 лечебните заведения за болнична помощ, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2015 г. и Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 ЗЗО на НС на НЗОК и желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на СИМП, подават заявление, към което прилагат:

1. копие на разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването, и документи по чл. 119, т. 1, 9, 12 и 13 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 119, т. 4 и 8 – на хартиен носител, и т. 6 – декларация на хартиен и електронен носител;

3. документ по чл. 119, т. 11.

**БЛС Да се подават по електронен път**

**Чл. 124.** (1) При промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл. 119 – 123, изпълнителят на медицинска помощ е длъжен в срок до 5 календарни дни да уведоми РЗОК и да изпрати копие от съответния документ. **или в срок до 3 работни дни по електронен път.**

**НЗОК – при осигурена възможност за електронно подаване на документи**

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

**Чл. 125.** В случаите, когато лечебно заведение едновременно кандидатства за оказване на извънболнична медицинска помощ, КП, АПр, КПр и/или КДН, изискуемите документи за сключване на договор, които се дублират, се представят в един екземпляр.

**Чл. 126.** (1) Изискуемите документи за сключване на договор с НЗОК се подават от лечебните и здравните заведения в съответната РЗОК в 30-дневен срок от влизане в сила на НРД.

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

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

### Раздел III

#### Условия и ред за оказване на извънболнична медицинска помощ

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

**Чл. 127.** Първоначален избор на ОПЛ може да се осъществи по всяко време с регистрационна форма за избор.

**Чл. 128.** (1) Здравноосигурените лица могат да променят избора си на ОПЛ от 1 до 30.VI.2017 г. и от 1 до 31.XII.2017 г.

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

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

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

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

3. попълнена регистрационна форма за постоянен избор;

4. документ за актуалния му здравноосигурителен статус.

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

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

**Чл. 129.** (1) В случаите на първоначален, постоянен или временен избор на ОПЛ ЗОЛ могат да осъществят правото си на избор, като закупят регистрационни форми или попълнят разпечатани образци от официалната интернет страница на НЗОК.

(2) Извън установените в ал. 1 начини за осъществяване на правото на избор на ОПЛ ЗОЛ може да попълни и изпрати на избрания от него ОПЛ регистрационна форма за първоначален, постоянен или временен избор по електронен път, безплатно, при

условията и по реда на Закона за електронния документ и електронния подпис (ЗЕДЕП) чрез електронна услуга, предоставяна от НЗОК.

(3) При осъществяване на правото на избор по ал. 2 се прилага чл. 131, ал. 4.

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

**Чл. 130.** (1) Директорът на РЗОК и председателите на съответните РК на БЛС съгласувано с директора на съответното заведение осъществяват служебен избор на ОПЛ за следните категории:

1. задържани под стража повече от един месец по реда на Закона за Министерството на вътрешните работи и лишени от свобода лица;

2. лица в процедура за придобиване статут на бежанец;

3. лица, настанени в домове за медико-социални услуги;

4. лица, настанени в специални училища и домове за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа, в домовете за деца с физически увреждания, в домовете за деца с умствена изостаналост и деца, ползващи услуги от резидентен тип.

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

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

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

**Чл. 131.** (1) В случаите, когато ЗОЛ направи нов избор на ОПЛ, ЗОЛ предоставя на новоизбрания ОПЛ извлечение от медицинската документация, **( в т.ч. и за проведените имунизации).**

Двете страни приеха да се направи предложение за промяна в Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, с която при изрично съгласие на ЗОЛ, новоизбраният ОПЛ да получава достъп до здравното му досие.

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

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

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

**БЛС: „Общопрактикуващият лекар е длъжен да оказва медицинска помощ на ЗОЛ от първо число на месеца, следващ датата, на която е осъществен преизборът, като ЗОЛ се включва в пациентската му листа от тази дата.“**

**НЗОК: Не приема направеното предложение. Правата и задълженията на ЗОЛ възникват от датата на избора.**

**Текстовете ще се разглеждат отново при промяна в Наредбата за достъпа**

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

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

**Чл. 132.** (1) Ежемесечно в срока и по реда на чл. 209 изпълнителите на ПИМП представят в съответната РЗОК списък с новоизбралите ги ЗОЛ в утвърден от НЗОК формат и първите екземпляри от регистрационните форми за първоначален, постоянен и/или временен избор на хартиен носител.

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

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

2. броя и имената на новорегистрираните лица;

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

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

**Чл. 133.** (1) Всеки ОПЛ от лечебното заведение за оказване на ПИМП води:

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

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

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

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

**Чл. 134.** (1) Общопрактикуващият лекар оказва ПИМП в обхват съгласно Наредба № 2 от 2016 г. на:

1. здравноосигурени лица, записани в регистрите им;

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

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

(3) Здравноосигурените лица, избрали ОПЛ, не заплащат медицинската помощ по ал. 1 извън потребителската такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО. Таксата не се заплаща от

категориите лица по чл. 37, ал. 3 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 12 „Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО“.

**Чл. 135.** (1) Общопрактикуващият лекар от лечебно заведение – изпълнител на ПИМП, провежда диспансеризация на ЗОЛ съгласно Наредба № 2 от 2016 г. и Наредба № 8 от 2016 г. за заболяванията, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ по приложение № 9 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ“.

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

(3) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ до 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от лекар – специалист от СИМП, съгласно приложение № 9 и приложение № 14 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от лекар специалист“.

(4) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други – при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от ОПЛ съгласно приложение № 9 и приложение № 14. Изключение се допуска за пациентите с инсулинозависим захарен диабет, неинсулинозависим захарен диабет на инсулинолечение и пациенти, претърпели сърдечни интервенции и/или операции, до края на първата година след интервенцията/операцията, при които диспансерното наблюдение се осъществява от лекар специалист от СИМП.

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

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

(7) В случаите, в които при прегледа от ОПЛ се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 9 или приложения № 9 и № 14, ЗОЛ подлежат на диспансеризация, като диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

**Чл. 136.** (1) В случаите по чл. 135, в които за отделните заболявания е определена различна честота на диспансерните прегледи/медицинските дейности за периода на наблюдение (за календарна година), за обща честота на диспансерните

прегледи/медицинските дейности се приема най-високата предвидена честота, за което и да е от заболяванията на ЗОЛ, диспансеризирани от съответния лекар.

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

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

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

**Чл. 137.** (1) Профилактиката и диспансеризацията на ЗОЛ се извършват в съответствие с медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика и включват необходимите медицински дейности на ОПЛ при осъществяването на профилактичния/диспансерния преглед, както и извършване на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации.

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

**Чл. 138.** (1) Общопрактикуващият лекар е длъжен да:

1. изпълнява програми „Майчино здравеопазване“, „Детско здравеопазване“, извършва профилактика на ЗОЛ над 18-годишна възраст, формира групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, извършва профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване съгласно приложения № 1, 2, 3, 5 и 6 на Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 13 „Дейности на ОПЛ по имунопрофилактика, програма „Детско здравеопазване“, профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване и програма „Майчино здравеопазване“;

2. води регистри по чл. 133, ал. 1 на електронен носител;

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

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

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

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

**БЛС: Да отпадне т. 6**

**НЗОК: не приема направеното предложение и ще направи предложение за включването в Наредба №2.**

**Нова :7. Оформяне на здравно-профилактична карта, предоставяне на данни за извършени задължителни имунизации за възрастта и издаване на медицинска бележка**

**за липсата на контакт със заразно болен, необходими за детска градина, както и отлагане на имунизации при противопоказания във случаите на Наредба 15.**

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

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

9. осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ съгласно Наредба № 2 от 2016 г.;

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

(2) За формиране на групите от лица с рискови фактори за развитие на заболяване по ал. 1, т. 1 ОПЛ попълва „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“, включена в медицинския софтуер на лекаря, осъществил прегледа, изготвена по образец съгласно приложение № 4 към Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 3.

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

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

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

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

**Чл. 139.** (1) За нуждите на осъществяваната дейност лечебните заведения – изпълнители на ПИМП, наемат медицински персонал, както следва:

1. при регистрирани над 2500 ЗОЛ при ОПЛ – лекар;
2. при регистрирани над 3500 ЗОЛ при ОПЛ – лекар на пълен работен ден.

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

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

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

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

**Чл. 140.** (1) Общопрактикуващите лекари обявяват в амбулаторията на място, достъпно за ЗОЛ, своя месечен график съгласно приложение № 10, който съдържа часове:

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

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

**БЛС: Нова ал.2 Графикът по ал. 1 съдържа телефон за консултация и за домашни посещения - телефон на практиката или мобилен телефон, а също и местонахождението, телефонът и другите начини за контакт и с дежурния кабинет и/или лечебното заведение, осигуряващи медицинска помощ на пациентите извън графика на ОПЛ.**

**Двете страни приемат направеното предложение, приемат и ще бъде отразено в НРД след промяна на Наредбата за осъществяване право на достъп до медицинска помощ.**

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

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

**Чл. 141.** (1) Всеки ОПЛ посочва в договора си с РЗОК свой заместник или заместници за случаите, когато не може да изпълнява лично задълженията си. Посоченият заместник или заместници представят писмена декларация за съгласие. Общопрактикуващият лекар писмено уведомява директора на РЗОК за името на заместника, срока и мястото на заместване. Заместникът подготвя документацията по консултации и медико-диагностични изследвания.

(2) Общопрактикуващият лекар и заместникът/заместниците му могат да представят в РЗОК договор за заместване за условията, при които се извършва заместването – срок, място, разплащателна сметка, помощен персонал и др., който се приподписва от директора на РЗОК.

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

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

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

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

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

**Чл. 142.** (1) При възникнала необходимост от преглед или консултация на болни или пострадали лица, които се нуждаят от медицинска помощ, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяването, изпълнителят на ПИМП извън обявения график осигурява необходимите медицински грижи по един от начините, определени в Наредба № 2 от 2016 г.

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

**Чл. 143.** Общопрактикуващият лекар създава и съхранява здравно (медицинско) досие на пациентите, което съдържа:

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

**Чл. 144.** (1) Наред с първичните документи за работа с НЗОК ОПЛ издава и/или заверява и документи на записаните в неговия регистър ЗОЛ съгласно Наредба № 2 от 2016 г.

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

(3) Общопрактикуващият лекар попълва „Рецептурната книжка на хронично болен“ при заболяванията по приложение № 6.

**Чл. 145.** (1) За осигуряване на необходимостта от специализирана извънболнична медицинска помощ ОПЛ издава „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) по преценка в зависимост от обективното състояние на ЗОЛ в следните случаи:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(9) Общопрактикуващият лекар издава „Направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) за дейностите, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложение № 9 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ“ и/или приложение № 9 и приложение № 14.

(10) Общопрактикуващият лекар разполага със: медицински направления за консултация или провеждане на съвместно лечение; медицински направления за ВСМД, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложение № 9 или приложения № 9 и № 14 и ВСМД от пакет „Анестезиология и интензивно лечение“, и направления за медико-диагностични дейности.

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

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

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

**Чл. 146.** (1) Общопрактикуващият лекар насочва за хоспитализация ЗОЛ, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ. Към направлението за хоспитализация ОПЛ прилага амбулаторния лист от извършения преглед на пациента с посочени данни от анамнезата и обективното състояние на пациента, предприетите диагностични и терапевтични дейности, в това число и обективните обстоятелства, мотивиращи становището, че лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ. ОПЛ вписва в амбулаторния лист от прегледа на пациента и издаването на направлението за хоспитализация и диагнозата, с която пациентът се насочва за диагностика и лечение в болнични условия.

**НЗОК: Чл. 146.** (1) Общопрактикуващият лекар насочва за хоспитализация ЗОЛ, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ, **при наличие на индикация за хоспитализация, регламентирани в КП.** Към направлението за хоспитализация ОПЛ прилага амбулаторния лист от извършения преглед на пациента с посочени данни от анамнезата и обективното състояние на пациента, предприетите диагностични и терапевтични дейности, в това число и обективните обстоятелства, мотивиращи становището, че лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ. ОПЛ вписва в амбулаторния лист от прегледа на пациента и издаването на направлението за хоспитализация и диагнозата, с която пациентът се насочва за диагностика и лечение в болнични условия.

**БЛС не приема предложението и текстът остава за разглеждане от основната работна група.**

**ЗА УС на БЛС и НС на НЗОК**

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

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

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

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

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

1. профилактични и диспансерни прегледи по реда на Наредба № 8 от 2016 г. и Наредба № 2 от 2016 г. и приложения № 9 и № 13;

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

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

**Чл. 147.** Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 оказват ПИМП в консултативните си кабинети и отделенията си без легла при спазване на описаните по-горе условия и ред.

*Условия и ред за оказване на СИМП*

**Чл. 148.** (1) Специализирана извънболнична медицинска помощ се оказва на ЗОЛ, на които е издадено „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) от лекар, работещ в лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ, и „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) от лекар за СИМП, сключил договор с НЗОК, или от ОПЛ в случаите по чл. 145, ал. 9 и 10.

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

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

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

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

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

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

**Чл. 149.** (1) Лекарите от лечебните заведения за СИМП обявяват в амбулаторията на място, достъпно за ЗОЛ, своя седмичен график, който включва часовете за амбулаторен прием и за домашни посещения, както и телефон за връзка.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Чл. 150.** (1) В случаите на временно отсъствие на лекар специалист от лечебни заведения за СИМП той може да бъде заместен от лекар със същата специалност.

**В тези случаи заместникът представя документи, доказващи, придобита специалност и квалификации, изпълнение на условията на чл. 62 ЗЗО и чл. 81 ЗЗ т.н.-**

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

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

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

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

(6) При необходимост от диспансерно наблюдение на ЗОЛ и дейности по програми „Майчино здравеопазване“ и „Детско здравеопазване“ не е необходимо за срока на

заместване на лицата да се издава ново медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение (бл. МЗ-НЗОК № 3).

**Чл. 151.** (1) Изпълнителят на СИМП извършва дейности от пакетите при първични и вторични посещения на ЗОЛ.

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

**Чл. 152.** (1) Специалистът е длъжен да насочва за хоспитализация ЗОЛ, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ при наличие на индикации за хоспитализация, регламентирани в съответните КП по специалността.

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

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

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

(5) В случаите по чл.151, ал.1, лекарят от лечебно заведение за СИМП издава направление за хоспитализация.

Предложение на БЛС: В чл. 152 се добавя нови ал. 6 и 7 със следното съдържание:

(6) При хоспитализация (планов прием) по КП ЗОЛ може да представи предварително извършени изследвания от групата на образната диагностика и клинико-лабораторни изследвания, реализирани от друго лечебно заведение преди дата на хоспитализация, но в случай, че такива не са извършени предварително, приемащото ЛЗ не може да ги изисква.

(7) Когато пациентът е плануван за лечение в ЛЗ за БМП или КОЦ/ЦКВЗ по КП/АПр/КПр, изпълнителят на извънболнична помощ не е длъжен да изпълни исканията за консултации и/или изследвания на приемащото заведение.

**Чл. 153.** Необходимостта от рехабилитационни мероприятия за ЗОЛ се установява от специалиста и/или ОПЛ, като лечението се извършва по предписан от лекаря – специалист по „Физикална и рехабилитационна медицина“, физиотерапевтичен курс на лечение.

**Чл. 154.** (1) За физиотерапевтичен курс на лечение на определено заболяване се приема комплексно лечение, включващо първоначален преглед на лекаря – специалист по „Физикална и рехабилитационна медицина“, с оценка на обективното състояние на пациента с назначени видове и общ брой процедури до 20 в курс от група 1 и/или 2,

или 3 по преценка на лекаря специалист, промените на лечението, както и заключителен преглед с оценка на резултатите от проведеното лечение и отразени вид и брой на проведените процедури.

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

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

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

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

**Чл. 155.** Специалистът води необходимата документация съгласно глава седемнадесета, раздел IX.

**Чл. 156.** (1) Лечебното заведение за СИМП изисква консултация или провеждане на съвместно лечение със специалист от същото или друго лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, в следните случаи:

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

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

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

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

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

1. профилактични и диспансерни прегледи по реда на Наредба № 8 от 2016 г. и Наредба № 2 от 2016 г. и приложения № 14, приложения № 9 и № 14, и № 15;
2. основното заболяване, за което е хоспитализирано лицето;
3. придружаващи заболявания по време на стационарното лечение.

**Чл. 157.** Специалистът предоставя на ОПЛ чрез пациента необходимите документи за всяко консултирано от него лице в случаите, когато му е назначено скъпоструващо лечение съгласно правилата за извършване на експертизи и дейност на комисията по чл. 78 ЗЗО.

**Чл. 158.** Специалистът извършва дейност и издава следните документи:

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

**Чл. 159.** (1) Видът и честотата на дейностите по диспансеризация са посочени в приложение № 14 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от лекар специалист“ в съответствие с Наредба № 2 от 2016 г. и Наредба № 8 от 2016 г.

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

(3) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ до 18 г. е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от лекар – специалист от СИМП, съгласно приложение № 9 и приложение № 14.

(4) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 г. е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от ОПЛ съгласно приложение № 9 и приложение № 14. Изключение се допуска за пациентите с инсулинозависим захарен диабет, неинсулинозависим захарен диабет на инсулинолечение и пациенти, претърпели сърдечни интервенции и/или операции до края на първата година след интервенцията/операцията, при които диспансерното наблюдение се осъществява от лекар специалист от СИМП.

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

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

(7) В случаите, в които при прегледа от лекаря специалист на база издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 14 или приложения № 9 и № 14, ЗОЛ подлежат на диспансеризация, като диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

**Чл. 160.** (1) В случаите по чл. 159, в които за отделните заболявания е определена различна честота на диспансерните прегледи/медицинските дейности за периода на наблюдение (за календарна година), за обща честота на диспансерните прегледи/медицинските дейности се приема най-високата предвидена честота, за което и да е от заболяванията на ЗОЛ, диспансеризирани от съответния лекар.

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

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

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

**Чл. 161.** (1) Специалистите по „Педиатрия“ и „Акушерство и гинекология“ в лечебните заведения за СИМП изпълняват съответно: програма „Детско здравеопазване“ и програма „Майчино здравеопазване“ съгласно приложения № 1, 2 и 6 на Наредба № 8 и приложение № 15 „Дейности на лекаря специалист по „Педиатрия“ по програма „Детско здравеопазване“, на лекаря специалист по „Акушерство и гинекология“ по програма „Майчино здравеопазване“ и на лекаря специалист по профилактика на ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване“.

(2) Лекарите със специалност „Вътрешни болести“, „Гастроентерология“, „Урология“, „Ендокринология и болести на обмяната“, „Кардиология“, „Хирургия“ и „Акушерство и гинекология“ извършват профилактика на ЗОЛ над 18 години съгласно приложение № 15.

(3) В случаите, в които при прегледа от лекаря специалист се установи, че се касае за заболявания (състояния), включени в приложение № 15, ЗОЛ подлежат на профилактика, като диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

**Чл. 162.** (1) Профилактиката и диспансеризацията на ЗОЛ се извършват в съответствие с медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика и включват необходимите медицински дейности на лекаря специалист при осъществяването на профилактичния/диспансерния преглед, както и извършване на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации.

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

**Чл. 163.** (1) Високоспециализираните медицински дейности и ВСМДИ се назначават само от изпълнители на СИМП.

(2) За ВСМД, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложение № 9 или приложения № 9 и 14 и ВСМД от пакет „Анестезиология и интензивно лечение“, се допуска назначаването на ВСМД от изпълнителите на ПИМП и СИМП.

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

**Чл. 164.** (1) След издаване на направление за хоспитализация/КПр/АПр специалистът не назначава допълнително прегледи и изследвания по искане на лечебното заведение за болнична помощ.

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

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

**Чл. 165.** За оказаната СИМП потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО не се заплаща от категориите лица по чл. 37, ал. 3 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 12 „Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО“.

**Чл. 166.** Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 оказват СИМП в консултативните си кабинети и отделенията си без легла при спазване на описаните по-горе условия и ред.

**Предложение на БЛС:** Да се допуска възможност лекар специалист, работещ в лечебно заведение, изпълнител на БМП, оказващ медицинска помощ по КП, АПр и КПр, същият да работи и в друго лечебно заведение за БМП/СИМП по договор с НЗОК за оказване на медицинска помощ по АПр.

Да се обсъди с БМП за включването му в НРД или в указание.

#### *Условия и ред за извършване на медико-диагностична дейност*

**Чл. 167.** (1) Изпълнителите извършват медико-диагностични изследвания въз основа на „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4), издадено от изпълнител на ПИМП или СИМП.

(2) В направлението за медико-диагностична дейност се описват кодовете на необходимите изследвания, за които има договор с НЗОК. За изследвания, които в един пакет са МДИ, а в друг пакет са ВСМДИ съгласно приложение № 11, всяко изследване със своя код се посочва в отделно направление за медико-диагностична дейност.

(3) За ВСМДИ, включени в един пакет съгласно приложение № 11, всяко изследване със своя код може да се посочи както в едно, така и в отделни направления за медико-диагностична дейност.

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

**Чл. 168.** Медико-диагностичната лаборатория осъществява договорената дейност в съответствие с медицинските стандарти в рамките на дневния работен график на лабораторията. В изпълнение на договора с НЗОК лекарят специалист следва да има работен график в лабораторията, който не може да бъде по-малък от 4 часа.

**Чл. 169.** (1) За медико-диагностични дейности в лабораторията съответният изпълнител може да определи цена „биологичен материал“, като сумата се заплаща от ЗОЛ.

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

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

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

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

**Чл. 170.** Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 извършват медико-диагностичната дейност в медико-диагностичните си лаборатории при спазване на описаните по-горе условия и ред.

#### Раздел IV

#### **Критерии за качество и достъпност на медицинската помощ**

*Критерии за качество и достъпност на първичната извънболнична медицинска помощ*

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

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

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

**Индикатор: Степен на обхващане - не по-малко от 30% от подлежащите.**

**Остава за обсъждане степента на обхващане в зависимост от предвидените средства в ЗБНЗОК.**

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

**Индикатор: Степен на обхващане - не по-малко от ... % от подлежащите.**

**Остава за обсъждане степента на обхващане**

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

**индикатор за обхващане-не по-малко от 75%.**

**Остава за обсъждане процентът.**

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

5. минимална продължителност на профилактичен преглед – десет минути;

6. минимална продължителност на диспансерен преглед – десет минути;

**БЛС: да отпадат т.5 и т.6.**

**НЗОК: за допълнително обсъждане**

**Нов Критерий: Дял на пациенти, диспансеризирани от ОПЛ с една или повече подлежащи на диспансерно наблюдение диагнози с реализирани >50% от нормативно определените и осигурени от НЗОК диспансерни прегледи за една календарна година.**

**Индикатор: Степен на обхващане >75% от пациентите, диспансеризирани при ОПЛ.**

**НЗОК: допълнително обсъждане**

**Нов член: Критерии за качество на резултата**

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

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

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

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

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

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

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

7.3. компенсирано състояние на съпътстващото захарен диабет при сърдечно-съдово заболяване в периода на диспансерно наблюдение:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(3) Стойностите за HbA1c, LDL холестерол и артериално налягане, посочени в критериите за качество и достъпност по ал. 2, т. 7 и 8, са прицелни и са насочени към мониториране и проследяване на здравословното състояние на диспансеризирани пациенти за сърдечносъдови заболявания и/или захарен диабет и резултатите от проведеното лечение. В тези случаи е необходимо да се предприемат мерки, включващи: препоръки за начин на живот, двигателна активност, хигиенно-диетичен режим, преустановяване на вредни навици от пациента, промяна в терапията и/или назначаване на консултация със специалист и др. и не са основание за налагане на санкции

(4) Стойностите за HbA1c, LDL холестерол ще подлежат на комплексна оценка за качество при осигурена възможност за отчитането на МДИ с резултатите от извършените изследвания.

*Критерии за качество и достъпност на специализираната извънболнична медицинска помощ*

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

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

1. изпълнение на профилактични прегледи на ЗОЛ с рискови фактори за развитие на заболяване в случай на насочване от ОПЛ;

Индикатор: Степен на обхващане - не по-малко от ...% от насочените от ОПЛ.

За допълнително обсъждане на процента.

2. изпълнение на изискванията на програма "Майчино здравеопазване";

Индикатор: Степен на обхващане - не по-малко от ....

За допълнително обсъждане на процента

3. изпълнение на програма "Детско здравеопазване" за проследяване на здравословното състояние на лица на възраст от 0 до 18 години;

Индикатор: Степен на обхващане - не по-малко от 75%.

За допълнително обсъждане на процента

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

5. минимална продължителност на профилактичен преглед – десет минути;

6. минимална продължителност на диспансерен преглед – десет минути;

7. минимална продължителност на първичен преглед на дете по повод остро състояние – петнадесет минути;

БЛС: Да отпаднат 5, 6, 7

НЗОК: за допълнително обсъждане

~~8. изпълнение на профилактични прегледи на ЗОЛ с рискови фактори за развитие на заболяване в случай на насочване от ОПЛ;~~

**Нов член. Критерии за качество на резултата**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(3) Стойностите за HbA1c, LDL холестерол и артериално налягане, посочени в критериите за качество и достъпност по ал. 2, т. 9 и 10, са прицелни и са насочени към **мониториране и** проследяване на здравословното състояние на диспансеризирани пациенти за сърдечносъдови заболявания и/или захарен диабет **и резултатите от проведеното лечение.** В тези случаи е необходимо да се предприемат мерки, включващи: препоръки за начин на живот, двигателна активност, хигиенно-диетичен режим, преустановяване на вредни навици от пациента, промяна в терапията и/или назначаване на консултация със специалист и др. **и не са основание за налагане на санкция**

**(4) Стойностите за HbA1c, LDL холестерол ще подлежат на комплексна оценка за качество при осигурена възможност за отчитането на МДИ с резултатите от извършените изследвания**

#### *Критерии за качество и достъпност на специализираните медико-диагностични изследвания*

**Чл. 173.** (1) Изпълнителите на МДИ оказват договорените медицински дейности съгласно критериите за качество и достъпност на медицинската помощ, които са критерии за качество и достъпност на процеса и критерии за качество и достъпност на резултата.

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

1. изпълнение на задължителните нормативни изисквания съгласно медицинските стандарти по специалности;
2. лекарско присъствие в рамките на обявения график;
3. осъществяване и документиране на текущ лабораторен контрол и предприетите коригиращи действия;
4. документирана преценка на резултата от изследванията (интерпретация на резултатите или референтни стойности) от лекар с придобита специалност по профила на лабораторията.

## Раздел V

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

**Чл. 174.** (1) Националната здравноосигурителна каса закупува медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО, оказвана на ЗОЛ при условията и по реда на НРД, определена като основен пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба № 2 от 2016 г.

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

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

(4) Цените и обемите, договорени в настоящия раздел, подлежат на промяна по реда на чл. 178.

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

**Чл. 175.** Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят следните обеми и цени за дейностите в ПИМП, включени в приложение № 1 „Първична извънболнична медицинска помощ“ към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г.:

#### !!!!!!!Предложения на БЛС за обеми и цени на дейностите в ПИМП

Код	Номенклатура	Цени 2017	Обеми предл.	Предл.на БЛС за цени 2018
		(лв.)	бр.	(лв.)
1	2	3	4	5
<b>I</b>	<b>Капитационно плащане</b>			
1	Лица от 0 до 18 години	1,37	1 232 824	<b>1,44</b>
2	Лица от 18 до 65 години	1,05	3 312 975	<b>1,10</b>
3	Лица над 65 години	1,47	1 455 444	<b>1,49</b>
4	Заплащане за осигуряване на достъп до медицинска помощ на ЗОЛ извън обявения работен график на практиката, съгласно Наредба № 2 от 2016 г	0,11	6 000 803	<b>0,11</b>
<b>II</b>	<b>Дейност по програма "Детско здравеопазване"</b>			
1	Профилактични преглед за лица от 0 до 1 г.	10,50	385 021	<b>12,00</b>
2	Профилактични преглед за лица от 1 до 2 г.	9,50	129 724	<b>10,50</b>

3	Профилактични преглед за лица от 2 до 7 г.	9,50	350 128	<b>10,50</b>
4	Профилактични преглед за лица от 7 до 18 г.	9,00	492 187	<b>10,00</b>
5	Задължителни имунизации и реимунизация на лица от 0 до 18 г.	4,50	654 648	<b>6,00</b>
<b>III</b>	<i>Имунизации по национална програма</i>			
<b>IV</b>	<b>Дейност по програма "Майчино здравеопазване"</b>	7,00	<b>3 140</b>	<b>10,00</b>
<b>V</b>	<b>Дейност по диспансерно наблюдение</b>		<b>3 177 023</b>	
1.	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно заболяване	9,50	1 516 480	<b>10,50</b>
2.	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с две заболявания	11,40	1 072 430	<b>12,60</b>
3.	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две заболявания	13,30	588 113	<b>14,70</b>
<b>VI</b>	<b>Профилактични прегледи на лица над 18 г.</b>	12,00	<b>1 586 822</b>	<b>13,00</b>
<b>VII</b>	<b>Имунизации на лица над 18 г.</b>	4,50	144 341	<b>6,00</b>
<b>VII I</b>	<b>Инцидентни посещения на ЗОЛ от други здравни райони</b>	5,50	15 945	<b>10,00</b>
<b>IX</b>	<b>Неблагоприятни условия-за периода</b>	<b>3 157 598</b>		<b>3 418 642</b>

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

**Чл. 176.** Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят следните обеми и цени за дейностите в СИМП, включени в приложение № 2 към чл. 1, ал. 1 „Специализирана извънболнична медицинска помощ“ и приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 „Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение“ към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г.:

**Предложения на БЛС за обеми и цени на дейностите в СИМП**

код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв)
	<b>Общо СИМП:</b>		
<b>I</b>	<b>Първични посещения</b>		
1	Прегледи по повод остри заболявания и с хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	3 950 700	<b>21,0</b>
2	Прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист по „Педиатрия“ и/или с придобита профилна специалност по „Детски болести“, насочен от ОПЛ по повод остри състояния	590 900	<b>21,0</b>
3	Прегледи при специалисти ( „Хирургия“, „Ортопедия и травматология“), изпълняващи процедури	113 000	<b>21,0</b>
4	Първични профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“	29 162	<b>21,0</b>

5	Първични специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ	30 000	21,0
<b>II</b>	<b>Вторични посещения</b>		
1	Прегледи по повод остри заболявания и с хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	1 580 000	9,5
2	Прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист „Педиатрия“ и/или с придобита профилна специалност по „Детски болести“, насочен от ОПЛ по повод остри състояния	430 000	9,50
3	Прегледи при специалисти („Хирургия“, „Ортопедия и травматология“), изпълняващи процедури	102 755	9,50
<b>III</b>	<b>Профилактични прегледи на ЗОЛ до 18 г. от лекар-специалист с придобита специалност по „Педиатрия“</b>	30 789	12,00
<b>IV</b>	<b>Профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“</b>	222 225	12,00
<b>V</b>	<b>Профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. с рискови фактори за развитие на заболяване</b>	289	12,00
<b>VI</b>	<b>Специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно или повече заболявания</b>	466 625	12,50
<b>VII</b>	<b>Комплексно диспансерно /амбулаторно/ наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания</b>	14 727	14,00
<b>VIII</b>	<b>Медицинска експертиза</b>	739 285	7,00
<b>IX</b>	<b>Високоспециализирани дейности</b>		
05_31	Локално обезболяване – проводна анестезия	4	7,49
06_11	Пункционна биопсия на щитовидна жлеза под ехографски контрол	374	28,36
14_24	Лазертерапия при очни заболявания	7 800	39,91
21_22	Вземане на биопсичен материал от нос	17	13,38
21_29	Назален провокационен тест с алергени	2	26,22
21_31	Отстраняване на полипи от носната кухина	55	26,75
22_01	Пункция и аспирация на максиларен синус	996	13,05
28_0	Инцизия на тонзиларни и перитонзиларни абсцеси	656	13,05
31_48	Ларингостробоскопия; ларингостробография	404	26,75
33_29	Бронхопровокационен тест с метахолин	1	32,10
38_50	Лигатура на вена при подкожни варикозни образувания и ексцизия на варикозни възли	1	29,96
39_96	Венозна анестезия	251	19,90
40_11	Вземане на биопсичен материал от лимфен възел	520	13,91
41_31	Вземане на материал чрез костно-мозъчна пункция за специализирани изследвания	20	16,05
45_13	Диагностична горна ендоскопия	2 955	21,40
45_23	Диагностична долна ендоскопия, фиброколоноскопия	200	21,40
45_24	Диагностична долна ендоскопия, фибросигмоидоскопия	598	21,40
57_32	Уретроцистоскопия (диагностична)	1 400	20,12
57_33	Вземане на биопсичен материал от пикочен мехур	1	13,91
58_0	Уретротомия при стриктура	2	14,98
58_23	Вземане на биопсичен материал от уретра	1	13,91
60_11	Вземане на биопсичен материал от простата	7	13,91
64_11	Вземане на биопсичен материал от penis	1	13,91
67_11	Колпоскопия с прицелна биопсия	1 787	13,91
67_32	Деструктивно лечение на доброкачествени изменения на маточната шийка, с изключение на химична каутеризация	3 101	13,91
68_16	Аспирационна ендометриална биопсия	42	8,03
81_91	Диагностична и терапевтична пункция на стави	15 000	17,44
82_04	Инцизия и дренаж на палмарно или тенарно пространство	650	40,77
83_13	Вагинотомия	4	8,56
85_0	Инцизия на гръдна (млечна) жлеза	645	16,05
85_11	Вземане на биопсичен материал от гърда	669	13,91

86_3	Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори	8 400	13,91
88_71	Трансфонтанелна ехография	1 281	17,44
88_72	Ехокардиография	329 807	22,79
88_721	Фетална ехокардиография на рисков контингент за сърдечна патология на плода	3	28,89
88_73	Ехография на млечна жлеза	2 399	13,36
88_75	Доплерово ултразвуково изследване на бъбречни съдове	1 385	17,66
88_77	Доплерова сонография; доплерова сонография на периферни съдове; доплерова сонография на съдовете на щитовидната жлеза	28 259	17,66
88_79	Ехографско изследване на стави при деца	9 176	17,66
88_98	Остеоденситометрия и интерпретация при следните случаи: Болни с трансплантирани органи. Пациенти с хиперпаратиреоидизъм. Пациенти с хипогонадизъм	1	20,33
89_01	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани тромбоцити	1	26,75
89_04	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани еритроцити – обем циркулираща кръв/кинетика на еритроцити	1	26,75
89_06	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел от морфологични, имунофенотипни, цитогенетични и молекулярни показатели за диагноза и определяне на група прогностичен риск при болен с левкемия	24	26,75
89_07	Снемане на анестезиологичен статус за планиране на оперативна интервенция с анестезия	2 798	13,38
89_08	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел имунохистохимични, имунохимични показатели β-микроглобулин за диагноза и определяне на група прогностичен риск при пациент с лимфом	4	26,75
89_12	Назален провокационен тест с медиатори	5	28,89
89_14	Електроенцефалография (ЕЕГ)	25 883	16,05
89_41	Сърдечно-съдов тест с натоварване	5 732	20,12
89_50	Непрекъснат 24-часов електрокардиографски запис (ЕКГ Холтер мониториране)	9 307	17,44
89_61	Непрекъснат 24-часов запис на артериално налягане (Холтер мониториране)	1 219	17,12
90_49	Индуциране на хранка и нейната обработка	2	12,84
93_08	Електромиография (ЕМГ)	24 866	16,05
93_13	Постизометрична релаксация (курс на лечение)	193	12,84
93_21	Екстензионна терапия (курс на лечение)	138	12,84
93_27	Специализирани кинезитерапевтични методи, приложими при ДЦП	60	27,82
93_75	Фониатрична консултация с последваща гласова рехабилитация – курс (комплекс дихателни, фонаторни и резонаторни упражнения) 10 сеанса	981	27,82
94_35	Сесия за кризисна интервенция	158	5,00
95_12	Флуоресцентна ангиография на съдовете на окото	7 161	36,06
95_23	Евокирани потенциали	200	20,33
95_47	Фонетография	2	16,05
96_53	Назален лаваж и обработка	2	18,19
99_88	Лазертерапия при ставни заболявания и трудно зарастващи рани	11 000	26,75
Z01_5	Кожно-алергично тестване	870	8,03
Z01_5	Тестуване за поносимост при прилагане на анестетици	161	9,63
<b>X</b>	<b>Физиотерапия и рехабилитация</b>		
1	Първоначален специализиран преглед	227 901	7,00
2	Група I процедури	2 276 562	<b>2,00</b>
3	Група II процедури	92 189	<b>2,00</b>
4	Група III процедури	2 165 505	<b>2,00</b>
5	Заклучителни прегледи по трите групи	227 134	9,00

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

**Чл. 177.** Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят следните обеми и цени за специализирани и високоспециализирани медико-диагностични изследвания, включени в т. V, буква „Б“ на приложение № 2 „Специализирана извънболнична медицинска помощ“ към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г.

Код	Номенклатура	Цени 2017 г. (лв.)		
			Обем (бр.)	Предл. на БЛС за цени (лв.)
	<b>Общо МДД:</b>		<b>14 575 840</b>	
<b>01</b>	<b>Клинична лаборатория</b>		<b>12 754 928</b>	
01_01	Кръвна картина – поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC	1,98	1 710 489	1,98
01_03	Скорост на утаяване на еритроцитите	0,80	534 665	0,80
01_04	Време на кръвене	1,43	35 416	1,43
01_05	Протромбиново време	1,98	206 046	1,98
01_06	Активирано парциално тромбопластиново време (APTT)	1,98	14 329	1,98
01_07	Фибриноген	1,98	28 101	1,98
01_08	Химично изследване на урина с течни реактиви (pH, белтък, билирубин, уробилиноген, глюкоза, кетони, относително тегло, нитрити, левкоцити, кръв)	1,00	601 514	<b>1,15</b>
01_09	Седимент на урина – ориентировъчно изследване	0,80	679 794	<b>0,90</b>
01_10	Окултни кръвоизливи	2,30	1 634	2,30
01_11	Глюкоза	1,43	1 064 706	1,43
01_12	Кръвно-захарен профил	3,85	234 908	3,85
01_13	Креатинин	1,43	1 002 461	1,43
01_14	Урея	1,43	155 454	1,43
01_15	Билирубин – общ	1,43	52 646	1,43
01_16	Билирубин – директен	1,43	24 166	1,43
01_17	Общ белтък	1,43	39 243	1,43
01_18	Албумин	1,43	25 800	1,43
01_19	Холестерол	1,43	786 609	1,43
01_20	HDL-холестерол	1,43	866 355	1,43
01_21	Триглицериди	1,43	1 067 389	1,43
01_22	Гликиран хемоглобин	9,24	289 706	9,24
01_23	Пикочна киселина	1,43	253 981	1,43
01_24	АСАТ	1,43	291 687	1,43
01_25	АЛАТ	1,43	294 564	1,43
01_26	Креатинкиназа (КК)	1,43	14 212	1,43
01_27	ГГТ	1,43	137 970	1,43
01_28	Алкална фосфатаза (АФ)	1,43	51 842	1,43
01_29	Алфа-амилаза	1,43	23 263	1,43

01_30	Липаза	1,54	3 517	1,54
01_31	Натрий и Калий	2,86	114 445	2,86
01_34	Калций	1,43	38 157	1,43
01_35	Фосфати	1,43	20 528	1,43
01_36	Желязо	1,43	126 544	1,43
01_37	ЖСК	2,10	42 317	2,10
01_38	CRP	3,74	167 287	3,74
01_39	LDL - холестерол	1,60	786 998	1,80
01_40	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване	1,98	148 335	1,98
01_41	Морфология на еритроцити – визуално микроскопско изследване	1,98	13 641	1,98
02_09	Антистрептолизин титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)	3,67	3 809	3,67
02_10	Изследване на ревма фактор (RF)	3,67	4 238	3,67
09_01	Криоглобулини	6,27	30	6,27
09_02	Общи имуноглобулини IgM	9,79	423	9,79
09_03	Общи имуноглобулини IgG	9,79	481	9,79
09_04	Общи имуноглобулини IgA	9,79	390	9,79
09_05	С3 компонент на комплемента	9,79	85	9,79
09_06	С4 компонент на комплемента	9,79	74	9,79
10_08	fT4	10,34	115 817	10,34
10_09	TSH	10,34	296 548	10,34
10_10	PSA	12,10	190 408	12,10
10_11	CA-15-3	12,10	2 196	12,10
10_12	CA-19-9	12,10	2 024	12,10
10_13	CA-125	12,10	5 977	12,10
10_14	Алфа-фетопротеин	12,10	798	12,10
10_15	Бета-хорионгонадотропин	12,10	928	12,10
10_16	Карбамазепин	12,00	62	12,00
10_17	Валпроева киселина	12,00	449	12,00
10_18	Фенитоин	12,00	0	12,00
10_19	Дигоксин	12,00	5	12,00
10_20	Изследване на урина - микроалбуминурия	8,00	104 958	8,00
10_21	Progesteron	10,34	5 473	10,34
10_22	LH	10,34	7 140	10,34
10_23	FSH	10,34	9 096	10,34
10_24	Prolactin	10,34	14 454	10,34
10_25	Estradiol	10,34	6 431	10,34
10_26	Testosteron	10,34	7 553	10,34
10_27	Антитела срещу Тереонидната пероксидаза – Anti - TPO	10,34	21 666	10,34
10_34	Маркер за костно разграждане за диагностика на остеопороза	12,10	1 304	16,00
10_61	CEA	12,10	1 392	12,10
2	<b>Клинична микробиология</b>		<b>414 491</b>	0,00
02_07	Серологично изследване за първичен и латентен сифилис (RPR или ELISA или VDRL или TRHA или FTA-ABs).	3,56	27 530	3,56

02_09	Антистрептолизинов титър (AST) (за бета-стрептококови инфекции и постстрептококови усложнения - ревматизъм и гломерулонефрит)	3,67	10 019	3,67
02_10	Диагностично изследване за ревматоиден артрит	3,67	9 202	3,67
02_11	Диагностично изследване на инфекциозна мононуклеоза	3,56	736	3,56
02_12	Микробиологично изследване на фекална маса и материал от ректум - препарат по Грам и изследване на Salmonella, Shigella, E. coli, Candida, Staphylococcus aureus	8,00	52 729	8,00
02_13	Микробиологично изследване на урина за урокултура за E. coli, Proteus, Providencia, Klebsiella, Enterobacter, Serratia и други Enterobacteriaceae, Enterococcus, Грам(-) неферментативни бактерии (Pseudomonas, Acinetobacter и др.), Staphylococcus (S. aureus, S. saprophyticus)	6,00	81 156	6,00
02_14	Материал от мъжка/женска генитална система - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на N. gonorrhoeae, Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	8,50	75 593	8,50
02_15	Микробиологично изследване на ранев материал и гной - препарат по Грам и доказване на Staphylococcus (S. aureus), Streptococcus beta-haemolyticus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам(-) бактерии, Corynebacterium, Гъбички (C. albicans) и др.	8,50	3 819	8,50
02_16	Микробиологично изследване на гърлен, носен или назо-фарингиален секрет - изолиране и интерпретация на Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Neisseria (N. meningitidis), Haemophilus (H. influenzae), Гъбички (C. albicans), Corynebacterium и др.	8,50	67 024	8,50
02_17	Микробиологично изследване на храчка - препарат по Грам, изолиране на Streptococcus pneumoniae, Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Branhamella, Haemophilus, Enterobacteriaceae и др. Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans и др.) и др.; препарат по Цил-Нилсен за Mycobacterium	8,50	8 359	8,50
02_19	Антибиограма с 6 антибиотични диска по EUCAST	5,50	76 713	5,50
02_20	Диагностично изследване за Chlamydia trachomatis	3,46	1 611	3,46
04	<b>Медицинска паразитология</b>		<b>110 192</b>	<b>0,00</b>
04_01	Микроскопско изследване за <u>чревни</u> паразити във фекална маса и перианален отпечатък, <del>вж.</del> Trichomonas vaginalis	4,50	105 873	<b>4,80</b>
	Микроскопско изследване на Trichomonas vaginalis <u>в урина</u>			<b>1,00</b>
04_02	Серологично изследване за трихинелоза	10,00	86	10,00

04_03	Серологично изследване за <u>IgM</u> антитела за токсоплазмоза	10,00	3 010	10,00
	Серологично изследване за <u>IgG</u> антитела за токсоплазмоза			10,00
04_04	Серологично изследване за ехинококоза	10,00	1 223	10,00
	Микроскопско изследване за малария		150	15,00
05	Вирусология		54 823	0,00
05_01	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела	7,71	20 837	7,71
05_02	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни (IgM).	10,00	153	10,00
	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни IgG.			10,00
05_03	Серологично изследване на IgM антитела за морбили при бременни	8,16	14	8,16
05_04	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен А вирус	8,50	335	8,50
05_05	Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус	8,50	29 570	8,50
05_06	Серологично изследване на антитела срещу хепатитен С вирус	9,50	3 501	9,50
05_07	Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела на хепатитен В вирус	13,00	413	13,00
	Серологично изследване на HBeAg на хепатитен В вирус			13,00
06	Образна диагностика		1 059 534	
06_01	Рентгенография на зъби с определен центраж (секторна рентгенография)	1,49	18 246	1,49
06_02	Рентгенография на челюстите в специални проекции	7,56	322	7,56
06_03	Рентгенография на лицеви кости	7,56	1 511	7,56
06_04	Рентгенография на околоносни синуси	7,56	30 053	7,56
06_05	Специални центражи на черепа	7,56	1 350	7,56
06_06	Рентгенография на стернум	7,56	488	7,56
06_07	Рентгенография на ребра	7,56	8 083	7,56
06_08	Рентгеноскопия на бял дроб	7,56	1 065	7,56
06_09	Рентгенография на крайници	7,56	2 335	7,56
06_10	Рентгенография на длан и пръсти	7,56	24 361	7,56
06_11	Рентгенография на стерноклавикуларна става	7,56	306	7,56
06_12	Рентгенография на сакроилиачна става	7,56	1 434	7,56
06_13	Рентгенография на тазобедрена става	7,56	28 502	7,56
06_14	Рентгенография на бедрена кост	7,56	3 190	7,56
06_15	Рентгенография на колянна става	7,56	79 200	7,56
06_16	Рентгенография на подбедрица	7,56	9 404	7,56
06_17	Рентгенография на глезенна става	7,56	25 925	7,56
06_18	Рентгенография на стъпало и пръсти	7,56	35 066	7,56
06_19	Рентгенография на клавикула	7,56	1 032	7,56
06_20	Рентгенография на акромиоклавикуларна става	7,56	374	7,56
06_21	Рентгенография на скапула	7,56	268	7,56
06_22	Рентгенография на раменна става	7,56	23 966	7,56
06_23	Рентгенография на хумерус	7,56	2 062	7,56
06_24	Рентгенография на лакетна става	7,56	8 195	7,56
06_25	Рентгенография на антебрахиум	7,56	5 078	7,56

06_26	Рентгенография на гъривнена става	7,56	18 870	7,56
06_28	Рентгенография на череп	13,77	2 519	13,77
06_29	Рентгенография на гръбначни прешлени	13,77	132 569	13,77
06_30	Рентгенография на гръден кош и бял дроб	13,77	215 253	13,77
06_31	Обзорна рентгенография на сърце и медиастиnum	13,77	765	13,77
06_32	Обзорна рентгенография на корем	13,77	9 976	13,77
06_33	Рентгенография на таз	13,77	29 118	13,77
06_34	Ехографска диагностика на коремни и ретроперитонеални органи	13,77	91 805	13,77
06_35	Томография на гръден кош и бял дроб	21,60	32	21,60
06_37	Рентгеново изследване на хранопровод, стомах	21,60	7 466	21,60
06_38	Рентгеново изследване на тънки черва	21,60	369	21,60
06_39	Иригография	21,60	1 834	21,60
10_01	Компютърна аксиална или спирална томография	76,94	34 064	76,94
10_02	Ядрено-магнитен резонанс	225,41	20 157	225,41
10_03	Мамография на двете млечни жлези	18,35	125 517	18,35
10_04	Ехография на млечна жлеза	13,77	9 853	13,77
10_58	Хистеросалпингография	21,60	29	21,60
10_59	Интравенозна холангиография	21,60	0	21,60
10_60	Венозна урография	21,60	481	21,60
10_62	Обзорна (панорамна) рентгенография на зъби (Ортопантомография)	13,77	47 041	13,77
<b>07</b>	<b>Обща и клинична патология</b>		<b>152 663</b>	<b>0,00</b>
07_01	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от храчка	8,90	30	8,90
07_02	Цитологично изследване на две проби от седимент от урина	8,90	6	8,90
07_03	Цитологично изследване на две проби от секрет от млечна жлеза	8,90	129	8,90
07_04	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пикочен мехур	8,90	3	8,90
07_05	Цитологично изследване на две проби от секрет от външна фистула	8,90	4	8,90
07_06	Цитологично изследване на две проби от секрет от рана (включително оперативна)	8,90	2	8,90
07_07	Цитологично изследване на две проби от синовиална течност	8,90	35	8,90
07_08	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от уретери	8,90	31	8,90
07_09	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от женски полови органи	8,90	148 908	8,90
07_10	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от устна кухина	8,90	21	8,90
07_11	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от очни лезии	8,90	3	8,90
07_12	Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии	8,90	97	8,90
07_13	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пиелон	8,90	0	8,90
10_38	Хистобиопсично изследване на две проби от лимфен възел	16,96	59	16,96

10_39	Хистобиопсично изследване на две проби от млечна жлеза	16,96	285	16,96
10_40	Хистобиопсично изследване на две проби от простата	16,96	33	16,96
10_41	Хистобиопсично изследване на две проби от щитовидна жлеза	16,96	46	16,96
10_42	Хистобиопсично изследване на две проби от слюнчена жлеза	16,96	1	16,96
10_43	Хистобиопсично изследване на две проби от коремен орган	16,96	198	16,96
10_44	Хистобиопсично изследване на две проби от бял дроб, ларинкс и трахея	16,96	3	16,96
10_45	Хистобиопсично изследване на две проби от медиастиnum	16,96	0	16,96
10_46	Хистобиопсично изследване на две проби от туморни формации в коремната кухина	16,96	19	16,96
10_47	Хистобиопсично изследване на две проби от полов орган	16,96	846	16,96
10_48	Хистобиопсично изследване на две проби от устна кухина, фаринкс и хранопровод	16,96	33	16,96
10_49	Хистобиопсично изследване на две проби от кожа и кожни лезии	16,96	1 559	16,96
10_50	Хистобиопсично изследване на две проби от мускул	16,96	8	16,96
10_51	Хистобиопсично изследване на две проби от подкожен тумор	16,96	288	16,96
10_52	Хистобиопсично изследване на две проби от органи на пикочната система	16,96	2	16,96
10_53	Хистобиопсично изследване на две проби от око и очни лезии	16,96	5	16,96
10_54	Хистобиопсично изследване на две проби от става	16,96	1	16,96
10_55	Хистобиопсично изследване на две проби от външно ухо	16,96	5	16,96
10_56	Хистобиопсично изследване на две проби от нос	16,96	3	16,96
10_57	Хистобиопсично изследване на две проби от костен мозък	16,96	0	16,96
<b>09</b>	<b>Клинична имунология</b>		<b>1 568</b>	0,00
01_38	Изследване на С-реактивен протеин	3,74	0	3,74
02_10	Изследване на ревматоиден фактор	3,67	6	3,67
09_01	Определяне на криоглобулини	6,27	9	6,27
09_02	Определяне на общи имуноглобулини Ig M	9,79	173	9,79
09_03	Определяне на общи имуноглобулини Ig G	9,79	192	9,79
09_04	Определяне на общи имуноглобулини Ig A	9,79	151	9,79
09_05	Определяне на C3 компонент на комплемента	9,79	117	9,79
09_06	Определяне на C4 компонент на комплемента	9,79	108	9,79
10_05	Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел	123,20	20	123,20
10_06	Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразолов тест	32,82	0	32,82
10_07	Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата	47,94	0	47,94

10_08	fT4	10,34	203	10,34
10_09	TSH	10,34	263	10,34
10_27	Определяне на -Anti - TPO	10,34	0	10,34
10_29	Определяне на общи Ig E	41,89	94	41,89
10_30	Определяне на антинуклеарни антитела в серум	41,89	232	41,89
<b>12</b>	<b>Имунохематология</b>		<b>27 641</b>	0,00
10_35	Определяне на имуноглобулиновата характеристика на еритроантителата (диференциран директен тест на Coombs) с моноспецифични антиимуноглобулинови тест-реагенти с анти-IgG и анти-комплементарен (C') тест-реагент	11,76	23	11,76
10_36	Определяне на специфичността и титъра на еритроантителата чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	23,41	108	23,41
10_37	Определяне на титъра на имунните анти-A и анти-B антитела от клас IgG след обработка на серума с 2-меркаптоетанол чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	16,35	337	16,35
12_01	Определяне на кръвни групи от системата AB0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-A, анти-B, анти-AB, анти-D и тест-еритроцити A1, A2, B и 0)	7,06	18 546	7,06
12_02	Определяне на подгрупите на A антигена (A1 и A2) с тест-реагенти с анти-A и анти-H	4,14	2 419	4,14
12_03	Определяне на слаб D антиген (Du) по индиректен тест на Coombs	31,58	326	31,58
12_04	Изследване за автоеритроантитела при фиксирани антитела върху еритроцитите – чрез директен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум, при свободни антитела в серума – чрез аглутинационен или ензимен метод	21,06	368	21,06
12_05	Изследване за алоеритроантитела чрез аглутинационен или ензимен метод или индиректен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум	31,58	5 456	31,58
12_06	Определяне на Rh фенотип (CcDEe) и Kell антиген с моноспецифични тест-реагенти	29,23	58	29,23

**Чл. 178.** (1) В съответствие с чл. 55а ЗЗО НЗОК и БЛС планират и договарят закупуването за ЗОЛ на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО в рамките на договорените обеми по чл. 175 – 177, както и в съответствие с параметрите на разходите по бюджета на НЗОК, определени в ЗБНЗОК за 2018 г.

(2) В изпълнение на чл. 3, ал. 4 ЗБНЗОК за 2018 г. представителите по чл. 54, ал. 1 ЗЗО извършват текущо наблюдение и анализ за изпълнението на договорените обеми, както и за изпълнение на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания към 30.06.2017 г., 30.09.2017 г., 31.12.2017 г. и към 31.03.2018 г. След 30.06.2017 г. БЛС

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

(3) В случай че при анализа по ал. 2 се установи очаквано превишение на договорените обеми и/или очакван преразход на средства за здравноосигурителни плащания за ПИМП, СИМП и/или МДД към 31 декември 2017 г., надхвърлящ с повече от 3 на сто предвидените средства, в срок до 20-о число на месеца, следващ анализа, НЗОК и БЛС договарят коригирани обеми в рамките на оставащите средства по бюджетните параграфи за съответното здравноосигурително плащане.

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

(5) В случай че при анализа по ал. 2 се установи очаквано неизпълнение на договорените обеми и/или очаквано неусвояване на средства за здравноосигурителни плащания за ПИМП, СИМП и/или МДД към 31 декември 2017 г. с повече от 3 на сто предвидените средства, в едномесечен срок от анализа страните договарят промени в договорените обеми в рамките на бюджетните средства на НЗОК за съответните здравноосигурителни плащания, което създава основание за промяна в сключените договори с изпълнителите на ИМП.

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

(7) Националната здравноосигурителна каса осъществява контрол по реда на глава двадесета на изпълнителите на извънболничната медицинска помощ за дейностите, за които при анализа по ал. 2 се наблюдава превишение на обемите по чл. 175, 176 и 177, водещо до преразход на средства за здравноосигурителни плащания.

## Раздел VI

### Методики за остойностяване на видовете извънболнична медицинска помощ

**Чл. 179.** Методиката на образуване на стойностите, за които НЗОК през 2017 г. има финансов капацитет да закупи дейностите по пакета медицинска помощ по чл. 45, ал. 2 ЗЗО, се състои от следните последователни етапи:

1. Дефиниране на обхвата на медицинската помощ по пакета по чл. 45, ал. 2 ЗЗО, заплащан от съответния вид здравноосигурителни плащания по ЗБНЗОК за 2017 г., съгласно разделите на този НРД, регламентиращи условия и ред за оказване на помощта.

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

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

3.1. информацията за отчетения и заплатен годишен брой дейности от съответния вид през 2014 – 2016 г.;

3.2. отчетените тенденции в годишния ръст на обемите;

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

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

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

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

4. Определяне на прогнозните стойности на необходимите средства за закупуване на прогнозните обеми по т. 3 по действащите през 2016 г. цени и експертно становище от националните консултанти и бордовете по специалности за цените за нови (незаплащани през предходните години) дейности по пакета за 2018 г.

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

- а) еднакви коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през 2016 г. цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (включително и предложените от националните консултанти цени на новите дейности);
- б) различни коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през 2016 г. цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (включително и предложените от националните консултанти цени на новите дейности), съобразени с налични данни за оценяване на съответната дейност.

## Раздел VII

### **Методики за закупуване на дейностите в извънболничната медицинска помощ**

#### *Методика за закупуване на медицинските дейности в първичната извънболнична помощ*

**Чл. 180.** (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, заплаща договорената и извършената дейност на изпълнителите на ПИМП съгласно Наредба № 2 от 2016 г. по следните елементи:

1. медицинско обслужване на ЗОЛ, включени в регистъра на изпълнител на ПИМП, по пакета за ПИМП съгласно Наредба № 2 от 2016 г.;
2. профилактична дейност по програма „Детско здравеопазване“, включително извършена задължителна имунизация и реимунизация на лица от 0 до 18 години съгласно Имунизационния календар на Република България – приложение № 1 към чл. 2, ал. 2 от Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България и приложение № 13;
3. профилактична дейност по програма „Майчино здравеопазване“ на ЗОЛ, избрали ОПЛ за изпълнител по тази програма по приложение № 13;
4. диспансерни прегледи на ЗОЛ съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и списъка на заболяванията за деца и възрастни, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ, за които НЗОК заплаща съгласно приложение № 9;
5. профилактични прегледи на ЗОЛ над 18-годишна възраст съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 13;

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

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

8. преглед на ЗОЛ, осъществило правото си на избор на изпълнител на ПИМП, регистрирал амбулатория на територията на друг здравен район, обърнало се към изпълнител на ПИМП инцидентно по повод на остро възникнало състояние;

9. осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения им работен график на ЗОЛ съгласно Наредба № 2 от 2016 г.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на ОПЛ за всяко поставяне на препоръчителна ваксина срещу РМШ по Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България и срещу ротавирусните гастроентерити по Националната програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017 – 2021 г. по чл. 82, ал. 2, т. 3 ЗЗ съгласно ЗБНЗОК за 2018 г.

(3) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в Постановление № 193 на Министерския съвет от 2012 г. за определяне размера на сумите, заплащани от здравноосигурените лица за посещение при лекар, лекар по дентална медицина и за болнично лечение, и реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване, наричано по-нататък „ПМС № 193 от 2012 г.“, от държавния бюджет чрез Министерството на здравеопазването НЗОК заплаща на ОПЛ разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

(4) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща, при условие че:

1. са спазени всички относими нормативни изисквания за извършване на медицинските дейности;

2. ЗОЛ, на които е оказана медицинската помощ, са с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на медицинската дейност – за задължително осигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО;

3. осигуреното в друга държава лице, спрямо което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от допълнителните разпоредби на ЗЗО/двустранна спогодба за социално осигуряване и което има право на медицинска помощ, предоставяна от НЗОК към датата на оказване на медицинската помощ, е представило удостоверителен документ за право на обезщетения в натура.

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на ПИМП дейностите по ал. 1 и 2 по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

**Чл. 181.** (1) Заплащането по чл. 180, ал. 1, т. 1 се определя в зависимост от възрастта и броя на:

1. ЗОЛ с постоянен избор – при изпълнителя на ПИМП;

2. ЗОЛ, осъществили временен избор – при изпълнителя на ПИМП.

(2) Броят на ЗОЛ по ал. 1, т. 1 се намалява с броя на лицата по ал. 1, т. 2, които са направили временен избор при друг изпълнител на ПИМП, за периода на временния избор.

(3) Броят на ЗОЛ по ал. 1 се определя към последно число на месеца или към датата на прекратяване на договора.

(4) Когато договърът е сключен или прекратен през текущия месец, заплащането се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.

(5) Дейността по чл. 180, ал. 1, т. 1 се отчита със:

1. първите екземпляри на регистрационните форми на хартиен носител/електронните форми за избор за новорегистрирани ЗОЛ;

2. електронен отчет, в определен от НЗОК формат, за включените в регистъра на изпълнител на ПИМП ЗОЛ;

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

**Чл. 182.** (1) Заплащането по чл. 180, ал. 1, т. 2 се дължи:

1. за извършен профилактичен преглед при лица на възраст от 0 до 18 години съгласно изискванията на Наредба № 8 от 2016 г.;

2. за извършена задължителна планова имунизация или реимунизация (в т. ч. проба Манту) съгласно Имунизационния календар на лице на възраст от 0 до 18 години, като общият брой на заплатените имунизации на едно лице не може да надвишава максималния брой.

(2) Дейността по чл. 180, ал. 1, т. 2 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторните листове.

**Чл. 183.** (1) Заплащането по чл. 180, ал. 1, т. 3 се дължи за извършен преглед на лице, включено в програмата „Майчино здравеопазване“ при изпълнителя на ПИМП.

(2) Включването на ЗОЛ, осъществили правото си на избор на ОПЛ за изпълнител на програмата „Майчино здравеопазване“, се извършва след доказване на бременността.

(3) Дейността по чл. 180, ал. 1, т. 3 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове.

(4) Общият брой на заплатените профилактични прегледи за една бременност не може да надвишава максималния брой в съответствие с изискванията на приложение № 6 към Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 13.

**Чл. 184.** (1) За медицинската помощ по чл. 180, ал. 1, т. 4 се заплаща за извършен преглед на:

1. ЗОЛ с едно заболяване, подлежащо на диспансерно наблюдение от ОПЛ;

2. ЗОЛ с две заболявания, подлежащи на диспансерно наблюдение от ОПЛ;

3. ЗОЛ с повече от две заболявания, подлежащи на диспансерно наблюдение от ОПЛ.

(2) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, обем и честота) за всички заболявания изцяло от ОПЛ съгласно приложение № 9 и приложение № 14, като в тези случаи ЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение за всички заболявания изцяло от ОПЛ.

(3) Изключение за случаите по ал. 2 се допуска за пациентите с инсулинозависим захарен диабет, неинсулинозависим захарен диабет на инсулинолечение и пациенти, претърпели сърдечни интервенции и/или операции до края на първата година след

интервенцията/операцията, при които диспансерното наблюдение се осъществява от лекар специалист от СИМП.

(4) В случаите по ал. 2 е препоръчително извършването на два консултативни прегледа от съответния лекар – специалист от СИМП, за съответната календарна година по преценка на ОПЛ, но не по-малко от един, като ОПЛ насочва пациента за консултативен преглед. В тези случаи на ОПЛ се заплаща по реда на ал. 1.

(5) Дейността по чл. 180, ал. 1, т. 4 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове.

(6) Заплащането по чл. 180, ал. 1, т. 4 се осъществява в случаите, в които са извършени дейностите от основния пакет и са назначени всички медицински дейности съгласно изискванията на приложения № 12 и 13 на Наредба № 8 от 2016 г., Наредба № 2 от 2016 г. и приложение № 9 или приложения № 9 и № 14.

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

(8) При първоначална диспансеризация за дадено заболяване общият брой прегледи за пациента за съответната календарна година се заплаща пропорционално на оставащите месеци до края на годината.

**Чл. 185.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща по чл. 180, ал. 1, т. 5 и 6:

1. само един годишен профилактичен преглед на ЗОЛ над 18 години;
2. за извършена задължителна имунизация и реимунизация съгласно Имунизационния календар.

(2) Общият брой на заплатените имунизации на едно лице не може да надвишава максималния брой съгласно ал. 1, т. 2.

(3) Дейността по чл. 180, ал. 1, т. 5 и 6 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове и електронен отчет на „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“. Отчитането на „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“ се допуска и в месеца, следващ месеца на отчитане на профилактичния преглед на съответното ЗОЛ.

(4) „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“ се отчита задължително, включително и когато ЗОЛ не предостави резултати от извършените изследвания. Случаите, при които резултатите от извършените изследвания не са предоставени от ЗОЛ, респ. не са отразени от ОПЛ в картата, не са основание за отказ от заплащане на дейността по чл. 180, ал. 1, т. 5 и 6.

**Чл. 186.** (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 180, ал. 1, т. 7, когато населеното място, в което е регистриран адрес на лечебното заведение, отговаря на критериите, обуславящи го като неблагоприятно.

(2) Месечните суми, заплащани от НЗОК за работа на практики в населени места с неблагоприятни условия, се определят от управителя на НЗОК съгласно методика.

(3) При наличие на повече от един изпълнител на ПИМП с месторазположение на практиката в населеното място по ал. 2 сумата се разпределя пропорционално на броя регистрирани при ОПЛ от лечебното заведение – изпълнител на ПИМП, ЗОЛ от това населено място.

(4) Сумите по ал. 2 и 3 се определят към момента на сключване на индивидуалния договор и се вписват в него. При промяна на регистрираните при ОПЛ лица по реда на

чл. 7 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ сумите по ал. 2 и 3 се преизчисляват съгласно броя регистрирани при ОПЛ ЗОЛ към 1 юли, съответно към първи януари на следващата година, и се вписват в договора.

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

(6) Изпълнител на ПИМП получава еднократно плащане за работа в неблагоприятни условия при наличие на следните две условия:

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

2. декларирано осигуряване на достъп на ЗОЛ на медицинска помощ извън обявения работен график по начина, посочен в т. IX, т. 1.4 от приложение № 1 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г.

**Чл. 187.** (1) Заплащането по чл. 180, ал. 1, т. 8 е за извършен преглед на ЗОЛ с регистрация в друг здравен район – при лекаря, при следните условия:

1. ЗОЛ временно е извън здравния район, където е осъществило избор на ОПЛ, и при посещението си представи здравноосигурителна книжка или ако е осигурено в друга държава лице, потърсило помощ по повод на остро възникнало състояние и при посещението си:

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

б) попълни „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК“;

2. изпълнителят отчита не повече от две посещения на едно и също ЗОЛ за месеца.

(2) Дейността по чл. 180, ал. 1, т. 8 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове, а за осигурени в друга държава лица и с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания и „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК“.

**Чл. 188.** (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 180, ал. 1, т. 9, в случай че осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ по един от начините, посочени в Наредба № 2 от 2016 г.

(2) Заплащането за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения му работен график на ЗОЛ от изпълнителя на ПИМП се осъществява след представяне на декларация по образец съгласно приложение № 10.

(3) Заплащането по чл. 180, ал. 1, т. 9 се извършва, когато изпълнителят на ПИМП осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ по един от следните начини:

1. чрез дежурен кабинет на груповата практика за ПИМП, в която е съучредител;

2. чрез дежурен кабинет, организиран на функционален принцип на базата на сключен договор по чл. 95, ал. 1, т. 1 ЗЛЗ с други лечебни заведения за ПИМП и утвърден от лечебните заведения график за осигуряване на дейността на кабинета;

3. по договор с най-близко разположеното:

- 3.1. лечебно заведение за болнична помощ, което е разкрило дежурен кабинет;
- 3.2. лечебно заведение по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква „б“ и/или по т. 2, букви „б“, „в“ или „г“ ЗЛЗ, което е разкрило дежурен кабинет;
- 3.3. лечебно заведение по чл. 10, т. 1 ЗЛЗ с разкрити филиали за спешна медицинска помощ;
4. индивидуално чрез 24-часово осигуряване на консултации по телефона, осъществяване на необходимите дейности в амбулаторията или в дома на пациента по преценка на ОПЛ;
5. лечебните заведения, с които ОПЛ може да сключи договор по т. 3.1 и 3.2, както и съответният обслужващ филиал по т. 3.3 трябва да се намират на отстояние не повече от 35 км от месторазположението на практиката на ОПЛ (относимо за всеки един от адресите на практиката едновременно).
- (4) Дежурните кабинети извършват само диагностично-лечебните дейности по приложение № 1 към чл. 1, ал. 1, т. VI от Наредба № 2 от 2016 г. с изключение на маркираните със знака „\*“.

(5) С договорите по ал. 3, т. 3 могат да бъдат възлагани само дейности, които могат да бъдат извършвани от дежурни кабинети.

(6) Лечебните заведения за ПИМП следва да представят в РЗОК договори за обслужване на ЗОЛ по ал. 3 за осигуряване постоянно присъствие на лекар.

(7) Заплащането по чл. 180, ал. 1, т. 9 се определя в зависимост от броя на:

1. ЗОЛ с постоянен избор – при изпълнителя на ПИМП;
2. ЗОЛ, осъществили временен избор – при изпълнителя на ПИМП.

~~Чл. 189. Плащането по чл. 180, ал. 1 се извършва след проверка по фактура (хартиена или електронна), спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.~~

**Чл. 190. 189** Дейността по чл. 180, ал. 2 и 3 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове.

**Чл. 190. (1)** По предложение на директорите на РЗОК съгласувано с РЛК на БЛС, управителят на НЗОК утвърждава списък на населените места с неблагоприятни условия за работа на изпълнителите на ПИМП и сумите за заплащане за работа в тях.

**(2)** Включването на населено място в списъка по ал. 1 и определянето на съответните суми за работа при неблагоприятни условия се извършва по реда и критериите, установени в методиката по чл. 180, ал. 1, т. 7.

*Методика за закупуване на медицинските дейности в специализираната  
извънболнична помощ*

**Чл. 191. (1)** Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнители на СИМП съгласно Наредба № 2 от 2016 г. и НРД, както следва:

1. преглед на ЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности извън случаите по т. 2 – 10, включително по следните специалности: „Акушерство и гинекология“, „Вътрешни болести“, „Гастроентерология“, „Детска гастроентерология“, „Гръдна хирургия“, „Педиатрия“, „Ендокринология и болести на обмяната“, „Детска ендокринология и болести на обмяната“, „Инфекциозни болести“, „Кардиология“, „Детска кардиология“, „Клинична алергология“, „Педиатрия“ и „Клинична алергология“, „Клинична токсикология“, „Клинична хематология“, „Детска

клинична хематология и онкология“, „Кожни и венерически болести“, „Неврохирургия“, „Нервни болести“, „Детска неврология“, „Нефрология“, „Детска нефрология и хемодиализа“, „Ортопедия и травматология“, „Очни болести“, „Пневмология и фтизиатрия“, „Детска пневмология и фтизиатрия“, „Психиатрия“, „Детска психиатрия“, „Ревматология“, „Детска ревматология“, „Съдова хирургия, ангиология“, „Ушно-носно-гърлени болести“, „Урология“, „Хирургия“, „Детска хирургия“, „Медицинска паразитология“ и „Медицинска онкология“;

2. преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по: „Педиатрия“, „Детска гастроентерология“, „Детска ендокринология и болести на обмяната“, „Детска кардиология“, „Педиатрия“ и „Клинична алергология“, „Детска клинична хематология и онкология“, „Детска неврология“, „Детска нефрология и хемодиализа“, „Детска пневмология и фтизиатрия“, „Детска психиатрия“, „Детска ревматология“ и „Детска хирургия“, по повод на остро възникнало състояние и по назначение на ОПЛ;

3. профилактичен преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по „Педиатрия“, съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 15;

4. профилактичен преглед на ЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по „Акушерство и гинекология“ (по програма „Майчино здравеопазване“), извършващ профилактични прегледи на бременни, съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 15;

5. профилактичен преглед на ЗОЛ над 18-годишна възраст от **рисковите групи, от групи с риск от развитие на заболяване**, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по: „Акушерство и гинекология“, „Урология“, „Кардиология“, „Ендокринология и болести на обмяната“, „Гастроентерология“, „Вътрешни болести“ или „Хирургия“, съгласно приложение № 15;

6. специализиран преглед на ЗОЛ съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 14, извършен от специалиста, водещ диспансерното наблюдение;

7. общомедицински и специализирани медицински дейности съгласно пакета по „Физикална и рехабилитационна медицина“;

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

9. специализирани и/или високоспециализирани медико-диагностични изследвания по пакети: „Вирусология“, „Клинична имунология“, „Клинична лаборатория“, „Клинична микробиология“, „Медицинска паразитология“, „Имунохематология“, „Обща и клинична патология“ и „Образна диагностика“;

10. общомедицински и специализирани дейности по медицинска експертиза.

(2) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща при наличие на следните условия:

1. спазени са всички нормативни изисквания за извършване на дейностите от съответните пакети от основния пакет СИМП;

2. ЗОЛ, на които е оказана медицинската помощ, са с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на медицинската услуга – за задължително осигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО, с изключение на здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ;

3. осигуреното в друга държава лице, спрямо което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранны спогодба за социално осигуряване и което има право на медицинска помощ, предоставяна от НЗОК, към датата на извършване на медицинската помощ е представило удостоверителен документ за право на обезщетения в натура.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на СИМП дейностите по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

(4) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в Постановление № 193 на Министерския съвет от 2012 г., от държавния бюджет чрез МЗ НЗОК заплаща на изпълнителите на СИМП разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

**Чл. 192.** (1) За дейностите, оказани на здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ, НЗОК заплаща на изпълнителите на СИМП един профилактичен преглед съгласно чл. 19 от Наредба № 26 от 14 юни 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравнонеосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

(2) Дейността по ал. 1 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ.

**Чл. 193.** (1) За видовете специализирана медицинска помощ по чл. 191, ал. 1, т. 1 се заплаща за:

1. реализиран първичен преглед при специалист по повод заболявания и състояния;
2. реализиран вторичен преглед по повод заболявания и състояния.

(2) Първичните посещения по ал. 1, т. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3) и с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица – с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злоупотреби или професионални заболявания, и „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК“.

(3) Вторичните посещения по ал. 1, т. 2 се отчитат с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(4) За видовете специализирана помощ се заплащат на изпълнителя на СИМП отчетените вторични посещения през месеца, но за тримесечието – не повече от 50 на сто от общия брой на отчетените през тримесечието първични посещения по ал. 1, т. 1. В този случай изравняването се прави с отчета и плащането за последния месец от тримесечието.

(5) За видовете специализирана помощ по пакети „Хирургия, детска хирургия“ и „Ортопедия и травматология“ на изпълнителя се заплащат отчетените вторични посещения до броя на отчетените през месеца първични посещения, при които на ЗОЛ

са извършени хирургични и ортопедични процедури, определени със заповед на управителя на НЗОК.

**Чл. 194.** (1) За видовете специализирана помощ по чл. 191, ал. 1, т. 2 се заплаща за:

1. реализиран първичен преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст при лекар с придобита специалност по: „Педиатрия“, „Детска гастроентерология“, „Детска ендокринология и болести на обмяната“, „Детска кардиология“, „Педиатрия“, „Клинична алергология“, „Детска клинична хематология и онкология“, „Детска неврология“, „Детска нефрология и хемодиализа“, „Детска пневмология и фтизиатрия“, „Детска психиатрия“, „Детска ревматология“ и „Детска хирургия“, по повод на остри състояния;

2. реализиран вторичен преглед по повод на същото състояние.

(2) Първичният преглед по ал. 1, т. 1 за месеца се отчита пред РЗОК с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3) и с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверявателния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест и майчинство, и „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК“.

(3) Вторичният преглед по ал. 1, т. 2 се отчита с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(4) За видовете специализирана помощ по ал. 1 се заплащат отчетените вторични посещения за ЗОЛ до 18-годишна възраст по повод на остри състояния, но не повече от броя на отчетените през месеца първични посещения по ал. 1, т. 1.

**Чл. 195.** (1) За видовете специализирана помощ по чл. 191, ал. 1, т. 3 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст от лекар с придобита специалност по „Педиатрия“.

(2) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ без придобита специалност по „Педиатрия“, когато на лицето е оказана медицинска помощ по програма „Детско здравеопазване“ при първо посещение, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи по програма „Детско здравеопазване“ на ЗОЛ съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 15.

**Чл. 196.** (1) За видовете специализирана помощ по чл. 191, ал. 1, т. 4 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ, включено в програма „Майчино здравеопазване“ и избрало специалист по „Акушерство и гинекология“ за наблюдение на бременността, както следва:

1. за реализиран първичен преглед на ЗОЛ, направило първоначален избор на специалист по „Акушерство и гинекология“;

2. за реализиран вторичен преглед по повод на същото състояние или за реализирано посещение при преизбор на специалист.

(2) Профилактичните прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ се заплащат като първични по ал. 1, т. 1 в следните случаи:

1. когато при прегледа от лекар специалист на основание издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за състояния, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 15, и бременните подлежат на профилактика – в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист;

2. когато при преизбор на специалист по „Акушерство и гинекология“ на основание издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за ново състояние на бременната или за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 15.

(3) Профилактичните прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ се заплащат като вторични по ал. 1, т. 2 в следните случаи:

1. при извършен вторичен преглед по повод същото състояние на бременната при същия специалист или преизбор на специалист на основание издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3);

2. когато при прегледи по диспансерно наблюдение или по програма „Майчино здравеопазване“, провеждани от един и същ лекар специалист по „Акушерство и гинекология“, се установи, че се касае за ново заболяване (състояние), включено в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 15 – в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист и не се изисква ново направление;

3. когато при извършен вторичен преглед при лекар специалист по „Акушерство и гинекология“ се установи, че се касае за състояние (заболяване), включено в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 15 – в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

(4) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове, и с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, когато на лицето е оказана медицинска помощ по програма „Майчино здравеопазване“ при първичен преглед или при преглед по повод на преизбор на специалист по „Акушерство и гинекология“, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверение за регистрация към НЗОК.

(5) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените по Наредба № 8 от 2016 г. профилактични прегледи на ЗОЛ по програма „Майчино здравеопазване“ и по приложение № 15.

**Чл. 197.** За профилактичен преглед на неосигурените жени по ~~по чл. 45, ал. 1, т. 7~~ **ЗЗО** и чл. 82, ал. 1, т. 2 **ЗЗ** се заплаща по реда на чл. 196, ал. 1, т. 1 като за първичен преглед.

**Чл. 198.** (1) За видовете специализирана помощ по чл. 191, ал. 1, т. 5 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ над 18-годишна възраст.

(2) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК

формат, с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи на ЗОЛ, но за не повече от един годишен преглед при всеки един от посочените специалисти.

**Чл. 199.** (1) За видовете специализирана помощ по чл. 191, ал. 1, т. 6 се заплаща за извършен преглед на ЗОЛ с едно или повече заболявания на диспансерно наблюдение от лекар специалист:

1. за реализиран първичен преглед на ЗОЛ, направили първоначален избор на лекар специалист, извършващ диспансерното наблюдение;

2. за реализиран вторичен преглед или посещение при преизбор на специалист.

(2) Прегледите за оказаната медицинска помощ по диспансерно наблюдение се заплащат като първични по ал. 1, т. 1 в следните случаи:

1. когато при първоначален преглед при лекар специалист на основание издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 14, ЗОЛ подлежат на диспансеризация – в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист;

2. когато при преизбор на лекар специалист на основание издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за ново заболяване, включено в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 14.

(3) Прегледите за оказаната медицинска помощ по диспансерно наблюдение се заплащат като вторични по ал. 1, т. 2 в следните случаи:

1. при реализиран вторичен преглед по повод на същото заболяване при същия специалист или при преизбор на специалист на базата на издадено направление от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3) по повод на същото заболяване;

2. когато при прегледи по диспансерно наблюдение, провеждани от един и същ лекар специалист, се установи, че се касае за ново заболяване от същия клас по МКБ 10, включено в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 14 – в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист и не се изисква ново направление;

3. когато едно диспансеризирано ЗОЛ до 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други – при лекар специалист, ЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, обем и честота) за всички заболявания само от лекар специалист съгласно приложение № 14 или приложения № 9 и 14 – в тези случаи ЗОЛ вече е диспансеризирано при специалиста за съответното заболяване от същия клас;

4. когато едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 години е със заболявания в един клас, но с различни МКБ кодове, подлежащи на диспансеризация от лекар – специалист от СИМП, в случаите на изключенията по чл. 159, ал. 4.

(4) В случаите по чл. 159, ал. 5 е препоръчително извършването на два консултативни прегледа от съответния лекар – специалист от СИМП, за съответната календарна година по преценка на ОПЛ, но не по-малко от един, като ОПЛ насочва пациента за консултативен преглед. В тези случаи на лекаря специалист се заплаща по реда на ал. 1.

(5) За видовете специализирана помощ се заплаща по реда на ал. 1 в случаите, в които са спазени всички изисквания за извършване на специализирани медицински дейности съгласно изискванията на Наредба № 8 от 2016 г., Наредба № 2 от 2016 г. и приложение № 14 или приложения № 9 и 14, но за не повече от предвидения оптимален брой прегледи за заболяването с най-висока честота на наблюдение.

(6) Дейността по ал. 2 за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, при първичен преглед или при посещение по повод на преизбор на диспансериращ специалист, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверение за регистрация към НЗОК; „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, не се изисква, когато ЗОЛ се диспансерира при посещение по друг повод.

(7) При първоначална диспансеризация за дадено заболяване през текущата година НЗОК заплаща отчетените диспансерни прегледи на пациента, но не повече от общия брой прегледи, определен пропорционално на оставащите месеци до края на годината.

**Чл. 200.** (1) Специализираната медицинска помощ по чл. 191, ал. 1, т. 7 се заплаща за реализиран физиотерапевтичен курс на лечение за определено заболяване, който включва комплексно лечение от:

1. първоначален преглед;
2. проведени процедури от физиотерапевтичния курс на лечение за следните групи:
  - 2.1. група 1 – процедури с физикални фактори от апаратната терапия;
  - 2.2. група 2 – процедури с кинезитерапевтични техники;
  - 2.3. група 3 – процедури с физикални фактори от апаратна терапия и кинезитерапевтични техники;
3. заключителен преглед, извършен не по-късно от 5-ия работен ден, следващ деня, в който е извършена последната процедура.

(2) При неотчитане на заключителния преглед се заплаща отчетената дейност по ал. 1, т. 1 и 2.

(3) Дейността по ал. 1 за месеца се отчита пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бланка МЗ-НЗОК № 3), а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверение за право на обезщетения в натура в случай на болест и майчинство, и „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК“.

**Чл. 201.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за ВСМД на изпълнителите на медицинска помощ по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

(2) Заплащането за ВСМД се извършва в случаите, в които е налице интерпретация на резултатите, отразени в амбулаторния лист.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща за ВСМД, ако дейността е назначена от лекар специалист с „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бланка МЗ-НЗОК № 3А), а за дейностите по пакет „Анестезиология и интензивно лечение“ и за дейностите, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ – съгласно приложение № 9 или приложения № 9 и 14 – и от изпълнител на ПИМП; за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания.

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

(5) Високоспециализираната медицинска дейност за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бланка МЗ-НЗОК № 3А).

(6) Високоспециализирани медицински дейности по пакет „Физикална и рехабилитационна медицина“ се отчитат след приключване на физиотерапевтичните процедури със следните документи: „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бланка МЗ-НЗОК № 3А) и електронен отчет за извършен преглед и назначени процедури на ЗОЛ, отразени в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

**Чл. 202.** (1) На изпълнители на СИМП се заплаща за извършена и отчетена дейност по чл. 191, ал. 1, т. 10 по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

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

(3) Експертизата по ал. 2 се отчита с отрязък от „Талон за медицинска експертиза“ (бланка МЗ-НЗОК № 6) за всеки член на ЛКК и с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, издаден от председателя на ЛКК, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

(4) Заплаща се за извършен и отчетен преглед за подготовка за ЛКК, за преглед по искане на ЛКК/РКМЕ или за преглед за подготовка за освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК.

(5) Преглед по медицинска експертиза на работоспособността по ал. 2 и 4 се отчита с общия талон и с отрязък от „Талон за медицинска експертиза“ (бланка МЗ-НЗОК № 6) и с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

**Чл. 203.** Заплащането на отчетените дейностите по чл. 191, ал. 1 се извършва ежесечно след проверка на фактура (хартиена или електронна), спецификация (хартиена или електронна), отчети (хартиени или електронни) за извършена медицинска

~~дейност от всеки лекар, първичните медицински документи и електронен отчет за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.~~

**Чл. 204.** (1) Регулацията на броя на СМД и стойността на МДД в извънболничната помощ се осъществява в съответствие с чл. 3 ЗБНЗОК за 2018 г.

(2) Контрол върху надвишения брой СМД и стойност на МДД от изпълнителите на ПИМП и СИМП се извършва при изчерпване на определения по съответните параграфи тримесечен бюджет за брой СМД и стойност на МДД на национално ниво.

(3) В резултат на осъществен контрол по ал. 2 възстановените от изпълнителите на извънболнична медицинска помощ неоснователно получени суми за превишени брой СМД и стойност на МДД се използват от НЗОК/РЗОК за промени във възложените им брой СМД и стойност на МДД.

*Методика за закупуване на медико-диагностичните дейности*

**Чл. 205.** (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща за медико-диагностичната дейност, в съответствие с Наредба № 2 от 2016 г., назначена и извършена съобразно националните медицински стандарти, включително и в случаите, когато е предвидена интерпретация на резултатите. В заплащането не се включват стойността на контрастната материя и цената за биологичен материал.

(2) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща при наличие на следните условия:

1. спазени са всички нормативни изисквания за извършване на медико-диагностична дейност;

2. ЗОЛ, на които е извършена медико-диагностична дейност, са с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на дейността – за задължително осигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО, с изключение на здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ;

3. осигуреното в друга държава лице, спрямо което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранна спогодба за социално осигуряване и което има право на медицинска помощ, предоставяна от НЗОК, към датата на извършване на медико-диагностичната дейност е представило удостоверителен документ за право на обезщетения в натура.

(3) Отчетените високоспециализирани медико-диагностични дейности се заплащат само когато са назначени от изпълнител на СИМП, а от изпълнител на ПИМП в следните случаи:

– по искане на ТЕЛК или НЕЛК;

– за ВСМДИ: „Мамография на двете млечни жлези“ от пакет „Образна диагностика“, „Хормони: fT4, TSH“, „Туморен маркер: PSA“ и „Изследване на урина – микроалбуминурия“ от пакет „Клинична лаборатория“;

– за ВСМДИ, които фигурират и като МДИ в друг пакет по друга специалност.

(4) По искане на ТЕЛК (НЕЛК) НЗОК закупува само ВСМДИ, свързани с процеса на медицинската експертиза на работоспособността, в рамките на годишния ѝ бюджет.

(5) Дейността по ал. 1 и 3 се отчита с „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) и електронен отчет в определен от НЗОК формат за назначената и извършената медико-диагностична дейност.

(6) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в ПМС № 193 от 2012 г., от държавния бюджет чрез МЗ НЗОК заплаща на изпълнителите на медико-диагностична

дейност разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

(7) Алинея 6 не се прилага в случаите, в които лицата са заплатили на лечебното заведение цена за биологичен материал.

**Чл. 206.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за медико-диагностичната дейност, назначена на неосигурените жени, на които се оказва наблюдение на бременността по реда на чл. 45, ал. 1, т. 7 ЗЗО и чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ, в обхват, определен в чл. 19 от Наредба № 26 от 2007 г. на министъра на здравеопазването за предоставяне на акушерска помощ на здравнонеосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

(2) Дейността по ал. 1 се отчита с „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) и електронен отчет в определен от НЗОК формат за назначената и извършената медико-диагностична дейност по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ.

**Чл. 207.** Националната здравноосигурителна каса заплаща медико-диагностични дейности по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

## Раздел VIII

### Условия и срокове за заплащането на дейностите в извънболничната помощ

**Чл. 208.** (1) Лекарите, работещи в лечебни заведения – изпълнители на извънболнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК, отчитат месечно по електронен път в утвърдени от НЗОК формати оказаната през месеца извънболнична медицинска дейност, включена в предмета на договора през интернет портала на НЗОК или чрез WEB услуга.

(2) Електронният отчет по ал. 1 съдържа информацията за извършената медицинска дейност по чл. 180 или чл. 191, отразена в амбулаторните листове в определен от НЗОК формат и/или за извършената медико-диагностична дейност по чл. 205 в определен от НЗОК формат. При представяне на електронен отчет на лекаря в направлението за МДД (Бланка МЗ-НЗОК № 4) на хартиен носител може да не се посочва УИН на лекаря, извършил изследването.

(3) Електронните отчети се подписват от лекарите, извършили дейността с УЕП по смисъла на чл. 13, ал. 2 ЗЕДЕП.

(4) За оказана извънболнична медицинска помощ на правоимащи лица, осигурени в друга държава, спрямо които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустрани спогодби за социално осигуряване, регистрационните данни на пациента трябва да съответстват на тези в удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания.

(5) Оказаната от ИМП дейност по ал. 2 се отчита най-късно до 17 ч. на третия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(6) При констатиране на грешки в електронния отчет, свързани с регистрационни данни и реквизити, изпълнителят на извънболнична медицинска помощ получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и електронният отчет не се обработва от НЗОК до получаване на отчет с коректни данни.

(7) Грешки по ал. 6 могат да са:

1. регистрационен номер на лечебно заведение, УИН на лекар, код на специалност, отразени в първичните медицински документи, номер на договора с НЗОК, регистрационните данни на ЗОЛ;

2. отчетена дейност извън предмета на договора с НЗОК;

3. несъответствия с установените реквизити и съответните им номенклатури, относими към заплащаната от НЗОК извънболнична медицинска дейност.

(8) В информационната система на НЗОК се обработва последният, подаден в сроковете по ал. 5 отчет с коректни данни.

(9) При необходимост от корекции на отчетените в електронните отчети данни при установяване на фактически грешки, свързани с неправилно въвеждане в софтуера на лекари и правилно отразени на хартиен носител, се подава нов електронен отчет с коригирани данни чрез системата в периода на отчитане. Корекции се допускат при:

1. фактически грешки при отчитане на ~~НИМН~~, СИМП:

а) сгрешен код по МКБ на заболяване при правилно попълване на диагноза;

б) неточно посочени номер и дата на амбулаторния лист;

**Нова в) сгрешен код на здравен район в електронен отчет при вярно изписан на хартиен носител.**

2. фактически грешки при отчитане на медико-диагностичните дейности:

а) неточно посочен номер и дата на издаване на направление за медико-диагностична дейност в електронен отчет при вярно изписани такива на хартиен носител;

б) сгрешен код по МКБ на заболяване при вярно изписан код на хартиен носител;

в) сгрешен код на извършена дейност при вярно изписан код на хартиен носител;

г) грешен номер на амбулаторен лист в електронен отчет при вярно изписан номер на хартиен носител;

д) сгрешен код на здравен район в електронен отчет при вярно изписан на хартиен носител.

(10) След окончателната обработка за отчетен месец директорът на РЗОК/или упълномощени от него служители изпраща/изпращат по електронен път през информационната система на НЗОК месечно известие, съдържащо отхвърлената и одобрена за заплащане дейност и съответните основания за отхвърляне. Известието се изпраща в срок до 17-о число на месеца.

(11) Месечното известие по ал. 10 се подписва от директора на РЗОК или от упълномощено от него длъжностно лице с УЕП съгласно чл. 13, ал. 2 ЗЕДЕП.

(12) Не се допуска подаване на нови електронни отчети за отчетния период от страна на ИМП след изпращане на месечното известие по ал. 10.

(13) При обективна невъзможност на ИМП да се отчете по горепосочения ред се допуска възможност за отчитане на място в РЗОК в определените срокове след мотивирано искане на ИМП.

**(14) Възражения във връзка с ал. 10 се разглеждат и решават от РЗОК само след контрол. За одобрените за заплащане след контрол дейности, директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице изпраща по електронен път през информационната система на НЗОК известие след контрол, подписано с електронен подпис.**

**(15) За заплатените от НЗОК дейности по чл.180, ал.1, т.5 и 6, за които изпълнителя на ПИМП не е изпълнил изискването по чл.185, ал. 3 и ал.4, директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице изпраща по електронен път през информационната система на НЗОК известие след контрол, подписано с електронен подпис.**

**Чл. 209.** (1) Изпълнителите на ПИМП представят ежемесечно в РЗОК в срок до 17 ч. на 3-тия работен ден на месеца, следващ отчетния, списък в утвърден от НЗОК формат с новоизбралите ги ЗОЛ и първите екземпляри от регистрационните форми за избор на новозаписаните пациенти в пациентска листа на ОПЛ на хартиен носител, и в случаите, когато не отчитат дейност. Подадените по електронен път форми съгласно чл. 129, ал. 2 се съхраняват в информационната система на НЗОК.

(2) При предоставяне на регистрационни форми за избор на ОПЛ формите могат да се предоставят сканирани, подписани с електронен подпис от ОПЛ през портала на НЗОК. Размерът на файла на предоставените по този начин форми не може да надхвърля 15 МБ.

(3) В случаите по ал. 2 първите екземпляри на хартиен носител се предоставят в РЗОК в срок до 20-о число на месеца, следващ отчетния.

(4) Изпълнителите на СИМП предоставят в РЗОК първичните медицински документи: „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3), „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А), „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) и „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6) най-късно до четвъртия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(5) Изпълнителите на ПИМП и СИМП предоставят в РЗОК копия (хартиени или електронни) от удостоверителните документи за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания и декларации при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК, най-късно до 20-о число на месеца, следващ отчетния, в случаите, когато отчитат такава дейност.

**НОВА (6) Удостоверителните документи по ал.5 на лицата осъществили право на избор на изпълнител на ПИМП се предоставят еднократно при отчитане на първоначалния или постоянния избор.**

**НОВА (7) Лечебното заведение, изпълнител на ПИМП или СИМП, представя едно копие на удостоверителния документ по ал.5 за всички дейности, отчетени за лицето през отчетния период.**

~~**Чл. 210.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената медицинска дейност на изпълнителя на ИМП след представяне на финансово отчетни документи: фактури (хартиени или електронни), спецификации към тях (хартиени или електронни), отчет (хартиен или електронен) за извършена медицинска дейност от всеки лекар и документите по чл. 209.~~

~~(2) В документите по ал. 1 се включва само договорената и извършена медицинска дейност, отчетена с електронните отчети в сроковете по чл. 208, ал. 5 и одобрена за заплащане в месечното известие по чл. 208, ал. 10.~~

~~(3) В случаите на оспорване на основанията за отхвърляне, посочени в месечните известия по чл. 208, ал. 10, по отношение на оспорваните дейности се извършва контрол.~~

~~(4) Оспорените дейности в месечните известия по чл. 208, ал. 10, при които след проверка е установено, че подлежат на заплащане, се заплащат чрез дебитно известие в ероковете на следващ отчетен период.~~

~~(5) Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се представя на отделна фактура (хартиена или електронна), спецификация (хартиена или електронна), за оказана медицинска помощ на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава – членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, придружена с документите по чл. 209, ал. 5.~~

~~(6) Дейностите по поставяне на препоръчителни ваксини срещу РМШ по Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България 2017 – 2020 г. и срещу ротавирусните гастроентерити по Националната програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017 – 2021 г. по чл. 82, ал. 2, т. 3 33 се представят на отделна фактура (хартиена или електронна), придружена със съответната отчетна документация.~~

~~(7) Дейностите, извършени на здравноосигурените жени, на които се оказва наблюдение на бременността по реда на чл. 45, ал. 1, т. 7 33О и чл. 82, ал. 1, т. 2 33, се представят на отделна фактура (хартиена или електронна), придружена със съответната спецификация (хартиена или електронна) и отчетна документация.~~

~~(8) Отчитането на разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 33О за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст, се извършва на отделна фактура (хартиена или електронна), придружена с финансов отчет по ПМС № 193 от 2012 г. (хартиен или електронен).~~

**Чл. 211.** (1) Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК, подават отчетните финансови документи по чл. 210, ал. 1 на хартиен носител или през информационната система на НЗОК в PDF формат, подписан с УЕП съгласно чл. 13, ал. 2 ЗЕДЕП.

(2) Документите по ал. 1 се подават в срок до два работни дни след изпращане на месечното известие по чл. 208, ал. 10.

**За въвеждането на електронните фактури, текстовете придобиват следната редакция:**

**Чл. 210.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената медицинска дейност за извършена медицинска на изпълнителя на ИМП след представяне на финансово-отчетни документи (фактури или дебитни/кредитни известия към тях) в електронен вид, в утвърден от НЗОК формат през интернет портала на НЗОК или чрез WEB услуга и документите по чл.209.

(2) Електронна фактура по ал. 1 се подава в срок до два работни дни след изпращане на месечното известие, но не по-късно от 19-то число на месеца, и включва само договорената и извършена медицинска дейност, одобрена за заплащане в това месечно известие.

(3) Дебитно известие към фактура по ал. 1 се подава в срок до два работни дни след изпращане на известие след контрол по чл. 208, ал. 14 и включва само одобрената за заплащане медицинска дейност в това известие.

(4) Кредитно известие към фактура по ал. 1 се подава в срок до два работни дни след изпращане на известие след контрол по чл. 208, ал. 15 и медицинските дейности, за които изпълнителят на ИМП не е изпълнил изискването по чл.185, ал. 3 и ал.4.

(5) Електронните финансово-отчетни документи се подписват с УЕП по смисъла на чл. 13, ал. 2 от ЗЕДЕП от управителя на ИДП или упълномощено лице.

(6) Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица се заплаща от НЗОК след представяне на отделни документи по ал. 1 за оказана медицинска помощ на лица, с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава-членка на ЕС/ЕИП или съгласно двустранни спогодби, придружена с документите по чл. 209, ал. 5.

(7) Дейностите по поставяне на препоръчителни ваксини срещу РМШ по Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България 2017 - 2020 г. и срещу ротавирусните гастроентерити по Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017 - 2021 г. по чл. 82, ал. 2, т. 3 ЗЗ, се заплащат от НЗОК след представяне на отделни документи по ал. 1, придружени със съответната отчетна документация.

(8) Дейностите, извършени на здравнонеосигурените жени, на които се оказва наблюдение на бременността по реда на чл. 45, ал. 1, т. 7 от ЗЗО и чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ, се представят на отделна се заплащат от НЗОК след представяне на отделни документи по ал. 1 и отчетна документация.

(9) Отчитането на разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст, се извършва с отделни финансово-отчетни документи по ал. 1 и отчетен документ, в който се посочват номерата на издадените документи за заплатените суми по чл. 37, ал. 5 от ЗЗО.

#### БЛС: за допълнително уточняване на ал. 9.

Чл. 211. (1) При подаване на електронен финансов документ по чл. 210, информационната система на НЗОК извършва автоматична проверка.

(2) При констатиране на грешки в електронните финансово-отчетни документи, свързани с регистрационни данни и реквизити, ИМП получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и документите не се обработват от НЗОК до получаване на коректни електронни финансово-отчетни документи в сроковете по чл. 210, ал. 2, ал. 3 и ал. 4.

Чл. 212. (1) При успешно обработен електронен финансов документ от информационната система на НЗОК, се извършва проверка и от РЗОК.

(2) При констатиране на грешки в електронен финансово-отчетен документ, ИМП получава нотификация чрез профила на ИМП в информационната система на НЗОК и документът не се приема от НЗОК до получаване на коректен електронен финансово-отчетен документ в срок от един работен ден след получаване на нотификацията.

Чл. 213. (1) За приет финансово-отчетен документ се счита документът, подписан с електронен подпис от директора на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице.

(2) Изпълнителят на медицинска помощ получава нотификация чрез профила на ИМП в информационната система на НЗОК за приетия финансово-отчетен документ.

~~Чл. 212. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща ежемесечно договорената, извършената и отчетената дейност по чл. 180, 191 и 205 след проверка на документите по чл. 210, представени в сроковете по чл. 211, ал. 2.~~

~~(2) Финансово отчетни документи на лечебното заведение по ал. 1 не се приемат в следните случаи:~~

- ~~1. когато сумите по фактурите и спецификациите и отчетите не отговарят на изискванията по чл. 208, ал. 10;~~
- ~~2. когато отчетването е извън регламентирания в чл. 208, ал. 5 срок;~~
- ~~3. при липса на някои от задължителните отчетни документи;~~
- ~~4. когато отчетните документи не са изготвени съгласно изискванията и реквизитите, посочени в тях.~~

~~Чл. 213. (1) При констатирано от РЗОК несъответствие съгласно чл. 212, ал. 2 по представените финансово отчетни документи, директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице уведомява ИМП чрез информационната система на НЗОК за необходимите корекции.~~

~~(2) В срок до един работен ден от изпращане на уведомлението по ал. 1 ИМП подава на хартиен носител или чрез информационната система нови финансово отчетни документи съгласно изискванията.~~

~~(3) При писмено заявен отказ от страна на ИМП да изпълни указанията в срока по ал. 2 РЗОК не заплаща отчетената дейност.~~

~~(4) Ако исканите поправки не се извършат до края на втория месец, следващ отчетния, на ИМП не се заплаща по този ред.~~

~~Чл. 214. При неспазване на посочения в чл. 211, ал. 2 и чл. 213, ал. 2 срок за представяне на финансово отчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период на отчитане.~~

~~Чл. 215. (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилното попълване на документите съгласно настоящите условия и пълно и точно изпълнение на дейността.~~

~~(2) Плащанията на ИМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния.~~

**Предл. БЛС – плащанията да се извършват до 25-о число на месеца**

~~(3) Плащанията се извършват в левове, по банков път, по обявена от ИМП банкова сметка.~~

~~Чл. 216. (1) Националната здравноосигурителна каса не заплаща за дейност, която не е подадена в електронните отчети и не е приета от информационната система на НЗОК в сроковете по чл. 208, ал. 5.~~

~~(2) Не се заплаща по предвидения ред за извършени дейности от ИМП, ако те не са отчетени за два последователни месеца.~~

~~(3) Не се заплаща по предвидения ред за извършена от ИМП дейност за период, който изпълнителят вече е отчетел.~~

**Чл. 216. (1) При писмено заявен отказ от страна на ИМП да изпълни указанията в срока по чл. 212, ал. 2, РЗОК не заплаща отчетената дейност.**

**(2) При неспазване на посочените в чл. 210, чл. 211 и чл. 212 срокове за представяне на финансово отчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващ период на отчитане.**

**(3) Ако исканите поправки по чл. 211 и чл. 212 не се извършат до края на втория месец, следващ отчетния, на изпълнителя не се заплаща по този ред.**

**Чл. 217.** Плащанията за отчетената дейност по чл. 210, ал. 5, 6 и 7 **7, 8 и 9** се извършват чрез РЗОК до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ. **БЛС: В чл.217 се добавя „но не по-късно от 30-то число на месеца, следващ отчетния“.**

**Остава за уточняване от НС на НЗОК и УС на БЛС.**

**Чл. 218.** За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на НРД.

**Чл. 219.** Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на ИМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

**Чл. 220. (1)** По предложение на директорите на РЗОК, съгласувано с РЛК на БЛС, управителят на НЗОК утвърждава списък на населените места с неблагоприятни условия за работа на изпълнителите на ИМП и сумите за заплащане за работа в тях.

**(2)** Включването на населено място в списъка по ал. 1 и определянето на съответните суми за работа при неблагоприятни условия се извършва по реда и критериите, установени в методиката по чл. 180, ал. 1, т. 7.

**Преместен като нов член 190**

## Раздел IX

### Документация и документооборот за изпълнители на извънболнична помощ

**Чл. 221.** Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки ИМП, включва първични медицински и финансови документи съгласно приложения № 3 **и 5** и глава десета.

**Чл. 222. (1)** Първичните медицински документи са:

1. „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1);
2. „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3);
3. „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А);
4. „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4);
5. „Рецептурна бланка – НЗОК“ (образци бл. МЗ-НЗОК);
6. „Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК или РЗОК“ в случаите, когато рецептурната бланка се предписва и от специалист по профила на заболяването, като копие от протокола се съхранява и при специалиста за срок 12 месеца от датата на издаването;
7. „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6);
8. „Рецептурна книжка на хронично болния“;
9. „Рецептурна книжка на военноинвалид/военнопострадал“;
10. „Рецептурна книжка на ветеран от войните“;
11. „Карта за профилактика на ЗОЛ над 18 години“;
12. „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7);
13. „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8);
14. „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А).

15. „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10);

16. „Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология“ (бл. МЗ-НЗОК № 12);

17. „Решение на специализирана комисия“ (бл. МЗ-НЗОК № 13).

(2) Документооборотът по ал. 1 е, както следва:

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

А. От общопрактикуващия лекар:

1. Електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, подписан с електронен подпис на ОПЛ, извършил прегледа, се изпраща през портала на НЗОК. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, подписан от ОПЛ и ЗОЛ, се прилага към здравното (медицинско) досие на ЗОЛ, което съдържа всички медицински документи, и се съхранява в кабинета на лекаря. Един екземпляр от попълнения от лекаря от лечебното заведение – изпълнител на ПИМП, амбулаторен лист за извършения преглед се предоставя на пациента.

2. Националната здравноосигурителна каса определя електронния формат и информацията, съдържаща се в него, която изпълнителят на ПИМП ежесечно изпраща през портала на НЗОК при отчитане на дейността си съгласно тези изисквания.

Б. От лекаря от лечебното заведение за СИМП:

1. Електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, подписан с електронен подпис на лекаря специалист, извършил прегледа, се изпраща през портала на НЗОК. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, подписан от лекаря специалист и ЗОЛ, се води по ред, определен от лечебното заведение, и към него се прилагат всички медицински документи и се съхранява в кабинета на лекаря. Един екземпляр от попълнения от лекаря от лечебното заведение – изпълнител на СИМП, амбулаторен лист за извършения преглед се предоставя на пациента.

**БЛС: В чл.222, ал.2, римско I, А, т.1 накрая се добавя „при поискване“;**

**НЗОК: има възражения – необходима е промяна в Наредбата за достъпа.**

2. Националната здравноосигурителна каса определя електронния формат и информацията, съдържаща се в него, която изпълнителят на СИМП ежесечно изпраща през портала на НЗОК при отчитане на дейността си съгласно тези изисквания.

В. От председателя на ЛКК – за всяка извършена експертиза на едно ЗОЛ:

Електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, подписан с електронен подпис на председателя на ЛКК, се изпраща през портала на НЗОК. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител формира журнала на ЛКК, подреден по хронологичен ред, който се съхранява в кабинета на председателя на ЛКК; вторият екземпляр се изпраща по ЗОЛ до ОПЛ за прилагане към здравното досие. Един екземпляр от попълнения от лекаря от лечебното заведение – изпълнител на ПИМП/СИМП, амбулаторен лист за извършения преглед се предоставя на пациента.

II. „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) – съставя се в един екземпляр по преценка на изпълнителя на извънболнична медицинска помощ при необходимост от провеждане на

специализирана медицинска консултация или лечение. Лекарят специалист от лечебното заведение – изпълнител на СИМП, извършил консултацията или съвместното лечение, отчита документа в РЗОК в сроковете по чл. 209. Всяко отчетено „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) се отразява в електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

III. „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) – съставя се в един екземпляр от изпълнителя на СИМП, а при необходимост от провеждане на ВСМД, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложение № 9 или приложения № 9 и № 14, и ВСМД от пакет „Анестезиология и интензивно лечение“ и от изпълнител на ПИМП. Изпълнителят на СИМП, извършил ВСМД, отчита документа в РЗОК в сроковете по чл. 209. Всяко отчетено „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) се отразява в електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

IV. „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) – издава се за извършване на МДИ и ВСМДИ, както следва:

1. за МДИ – издава се в един екземпляр от изпълнител на ПИМП/СИМП; направлението се изпраща на медико-диагностичната лаборатория чрез пациента; медико-диагностичната лаборатория отчита в РЗОК „Направлението за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4), подписано от лекаря, извършил изследването, и ЗОЛ, отразено в електронен отчет, съдържащ назначената и извършена медико-диагностична дейност, във формат, определен от НЗОК, подписан с електронен подпис и месечен отчет на лекаря специалист, резултатите се изпращат от медико-диагностичната лаборатория чрез пациента или по служебен път на лекаря, назначил изследванията;

2. за ВСМДИ – издава се в един екземпляр от:

2.1. изпълнител на СИМП;

2.2. изпълнител на ПИМП:

– по искане на ТЕЛК или НЕЛК;

– за ВСМДИ: „Мамография на двете млечни жлези“ от пакет „Образна диагностика“, „Хормони: fT4, TSH“, „Туморен маркер: PSA“ и „Изследване на урина – микроалбуминурия“ от пакет „Клинична лаборатория“;

– за ВСМДИ, които фигурират и като МДИ в друг пакет по друга специалност.

V. „Рецептурни бланки“ (образци бл. МЗ-НЗОК) – съставят се в два екземпляра от ИМП; ~~първият екземпляр от рецетата 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.~~ Данните от рецептурните бланки се вписват в съответния амбулаторен лист съгласно приложение № 3.

VI. „Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК или РЗОК“ (образец МЗ-НЗОК № 1) се съставя в два екземпляра от лицата по чл. 53, ал. 1. Първият екземпляр се предоставя на ЗОЛ, вторият се съхранява от лекаря, който го е издал, за срок от 12 месеца. ~~Копие от заверен в РЗОК протокол се съхранява при ОПЛ, при който е записан ЗОЛ, и/или от специалист по профила на заболяването, издаващ рецептурни бланки, въз основа на протокола.~~

VII. „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6) – документът се попълва в един екземпляр. Използва се в случаите, когато ОПЛ или специалист изпраща ЗОЛ към изпълнител на СИМП за прегледи и консултации, необходими за представяне пред ЛКК или ТЕЛК, към ЛКК за извършване на експертиза на работоспособността или при допълнително поискани прегледи от ЛКК. В тези случаи не се издава „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3), а всеки специалист, извършил прегледа, попълва данните си в отрязък от талона за медицинска експертиза, откъсва го и го изпраща в РЗОК, отразен в електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Общият талон от „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6):

1. при предварителни прегледи със специалисти за представяне пред ЛКК или ТЕЛК се прилага към месечния отчет на лекаря специалист, представян в РЗОК;
2. при изпращане към ЛКК остава при председателя на ЛКК, като се прилага към месечния отчет на ЛКК, представян в РЗОК;
3. при допълнително поискани прегледи от ЛКК се прилага към месечния отчет на лекаря специалист, представян в РЗОК.

VIII. Рецептурни книжки:

1. „Рецептурна книжка на хронично болния“ – издава се на ЗОЛ, определени като хронично болни със заболявания по списъка съгласно приложение № 6; закупената от ЗОЛ книжка се попълва от ОПЛ, при който е осъществен постоянен избор; заверява се в съответната РЗОК, с която ОПЛ има договор. В документа се вписват диагнозите съобразно списъка на заболявания, за които се издава „Рецептурна книжка на хронично болния“. Лекарствен продукт, медицинско изделие или диетична храна за специални медицински цели по диагноза, отбелязана в книжката, може да се изписва на ЗОЛ от ОПЛ или от специалист със специалност по профила на заболяването. Лекарствени продукти, изписани по тези диагнози, се получават в аптека, сключила договор с РЗОК, срещу представяне на рецептурна книжка, рецептурна бланка – НЗОК. „Рецептурната книжка на хронично болния“ се съхранява от ЗОЛ, на което е издадена.

2. „Рецептурна книжка на военноинвалиди и военнопострадали“ – редът за издаването ѝ е съгласно Наредба № 2 от 2016 г. за реда за получаване и заплащане на лекарствени продукти на военноинвалидите и военнопострадалите.

3. „Рецептурна книжка на ветераните от войните“ – редът за издаването ѝ е съгласно Наредба № 3 от 2012 г. за реда за предписване, отпускане и контрол на лекарствени продукти и дентална помощ на ветераните от войните.

IX. „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“ се изготвя от ОПЛ при профилактичен преглед на ЗОЛ над 18 години и се включва само в медицинския софтуер на лекаря.

X. „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) – съставя се в три екземпляра от лекар от лечебно заведение – изпълнител на ПИМП, СИМП, БП в условията на спешност и за КП по физикална и рехабилитационна медицина; КОЦ и ЦКВЗ; ЦСМП. Към него се прилага амбулаторният лист от извършения преглед на пациента, като по един екземпляр от тях се съхранява в изпращащото лечебно заведение. Към направлението се прилагат извършените в извънболничната помощ консултации и изследвания.

XI. „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8) се съставя в два екземпляра от лекар от лечебно заведение, изпълнител на СИМП или БП, или работещ в ЦСМП, КОЦ или диализен център.

XII. „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А) се съставя в два екземпляра от лекар от лечебно заведение – изпълнител на СИМП, БП, КОЦ и диализен център.

XIII. „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10) се съставя в един екземпляр:

1. от лекар – специалист по „Психиатрия“/„Детска психиатрия“ от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични заболявания в лечебно заведение за болнична помощ с клиника/отделение по психиатрия или ЦПЗ;

2. от ОПЛ, лекар – специалист от лечебно заведение за СИМП, или лекар – специалист по „Кожно-венерически заболявания“ от лечебно заведение за болнична помощ с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ, работещи в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания в лечебно заведение за болнична помощ с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ.

XIV. „Решение на специализирана комисия“ (бл. МЗ-НЗОК № 12) се съставя в четири екземпляра от лекар от лечебно заведение – изпълнител на СИМП, КОЦ или БП.

XV. „Решение на специализирана комисия“ (бл. МЗ-НЗОК № 13) за насочване се попълва в един екземпляр от лекар от лечебно заведение – изпълнител на СИМП, ЦПЗ или БП.

**Чл. 223.** Съществуващите документи в системата на здравеопазването към момента на сключване на този договор се прилагат, доколкото не противоречат на тук посочените документи.

**Чл. 224.** (1) Документите по чл. 222, ал. 1 се изготвят съгласно изискванията, реквизитите и стандарта, посочени в приложение № 3.

(2) Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ осигуряват за своя сметка формуляри на документите по чл. 222, ал. 1, с изключение на „Рецептурна книжка на хронично болния“, „Рецептурна книжка на военноинвалид/военнопострадал“ и „Рецептурна книжка на ветеран от войните“.

**Чл. 225.** (1) Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ могат да използват разпечатани образци на следните документи:

1. „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1);
2. „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3);
3. „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А);
4. „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4);
5. „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6);
6. „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7);

7. „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8);

8. „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ- НЗОК № 8А);

9. „Рецептурни бланки“ – образци бл. МЗ-НЗОК.

(2) Информацията, която се съхранява в електронен вид, задължително се записва и на външни електронни носители.

**Чл. 226. (1) Финансовоотчетните документи (приложение № 5) са:**

1. фактура (хартиена или електронна);

2. спецификация (хартиена или електронна);

3. отчети за месечно отчитане на дейността на изпълнителите на извънболнична медицинска помощ (хартиени или електронни);

(2) Финансовоотчетните документи на хартиен носител се подготвят в два екземпляра от всички лечебни заведения, сключили договор с НЗОК. Първият екземпляр, придружен с фактура, се представя в РЗОК в срок съгласно условията и сроковете на заплащане, установени по реда на раздел VIII. Вторият екземпляр остава в ИМП.

**Чл. 226. Електронните финансово-отчетни документи се изготвят в утвърден от НЗОК формат и се съхраняват съгласно изискванията на ЗЕДЕП**

**Чл. 227. (1)** Националната здравноосигурителна каса осигурява на изпълнителите на ПИМП чрез електронния портал на НЗОК достъп с електронен подпис на ОПЛ до информация за:

1. диспансеризирани при него пациенти с МКБ код на заболяванията и дата на диспансеризация; включени и изключени от регистър диспансеризирани ЗОЛ от пациентската листа на ОПЛ за отчетения месец;

2. регистъра на рецептурните книжки на записаните при него пациенти;

3. пациентска листа на ОПЛ.

(2) Националната здравноосигурителна каса осигурява на изпълнителите на СИМП чрез електронния портал на НЗОК достъп с електронен подпис на лекаря специалист до информация за диспансеризирани при него пациенти с МКБ код на заболяванията и дата на диспансеризация.

(3) При желание изпълнителите на извънболнична медицинска помощ представят списък с лицата, за които се заплащат разликите в сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за съответния отчетен месец, а НЗОК/РЗОК им връща обратна информация за тези лица.

**Чл. 228. (1) При констатиране на неправилно попълнени данни във финансовите отчетни документи на ИМП РЗОК ги връща за корекция в посочения срок.**

**(2)** За представени неверни данни в отчетите по договора се прилагат разпоредбите на глава двадесета и глава двадесет и първа.

## Глава осемнадесета

### КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО (АМБУЛАТОРНО) НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПРИЛОЖЕНИЕ № 6 КЪМ ЧЛ. 1, АЛ. 1 НА НАРЕДБА № 2 ОТ 2016 Г.

#### Раздел I

#### Условия и ред за сключване на договори за изпълнение на КДН по приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г.

**Чл. 229.** (1) Страна по договор с НЗОК за изпълнение на КДН на лица с кожно-венерически заболявания по приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. може да бъде лечебно заведение по чл. 16, т. 1, което отговаря на общите условия по чл. 20, ал. 1, т. 1, букви „а“, „б“ и „в“ и специалните условия в този раздел.

(2) Страна по договор с НЗОК за изпълнение на КДН на лица с психични заболявания по приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. може да бъде лечебно заведение по чл. 16, т. 2, което отговаря на общите условия по чл. 20, ал. 1, т. 1, букви „а“, „б“ и „в“ и специалните условия в този раздел.

**Чл. 230.** (1) Лечебните заведения по чл. 229 следва да отговарят на следните специални условия:

1. съответствие на устройството на лечебното заведение с разрешението за осъществяване на лечебна дейност и съответното ниво на компетентност;

2. в лечебното заведение са разкрити необходимите структурни звена със съответните нива на компетентност, посочени в приложение № 21 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиники/отделения по кожно-венерически заболявания и центрове за кожно-венерически заболявания“ и съответно в приложение № 22 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиники/отделения по психични заболявания и центрове за психично здраве“, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства;

3. наличие в лечебното заведение на функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване, посочени в приложение № 21, съответно в приложение № 22, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства;

4. лечебното заведение е осигурило дейността на липсващите му структурни звена с необходимата медицинска апаратура и оборудване чрез договор с друго лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, в случаите, в които това се допуска в съответното КДН;

5. в лечебното заведение работят съответни лекари с придобити специалности, посочени в приложение № 21, съответно в приложение № 22, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства;

6. наличие на удостоверения и/или сертификати на специалиста за извършване на определени дейности за работа със съответна медицинска апаратура съгласно утвърдените медицински стандарти, които са в съответствие с наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, съгласно изискванията на съответното КДН;

7. в лечебното заведение работят специалист/и на основен трудов договор, за които е предвиден такъв в приложение № 21, съответно в приложение № 22, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства.

(2) Центровете за психично здраве и ЦКВЗ, в чиито разрешения за дейност не е посочено ниво на компетентност, не се изисква ниво на компетентност, а съответствие с условията за сключване на договор и изискванията, посочени в съответното КДН, за което се кандидатства.

## Раздел II

### **Необходими документи за сключване на договори за извършване на КДН по приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г.**

**Чл. 231.** Лечебните заведения, желаещи да сключат договор за изпълнение на КДН по приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г., представят в РЗОК заявление, към което прилагат следните документи:

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

2. копие от разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването;

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

4. декларация от управляващия лечебното заведение по образец съгласно приложение № 21, съответно приложение № 22 – за функционираща и изправна налична медицинска апаратура и оборудване;

5. копие от договора по чл. 230, ал. 1, т. 4 – за лечебните заведения, които кандидатстват за изпълнение на съответното КДН;

6. копия на документи по чл. 230, ал. 1, т. 5 за придобити специалности по наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването – за лекарите, които ще осъществяват съответното КДН, за което кандидатства лечебното заведение;

7. копие на удостоверения и/или сертификати на специалиста за извършване на определени дейности за работа със съответна медицинска апаратура съгласно медицински стандарт „Кожни и венерически болести“, „Психиатрия“, които са в съответствие с наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването – за лекарите, които ще изпълняват съответното КДН;

8. копие на сертификат от участие в национална или чуждестранна нетърговска система за външна оценка на качеството по медицински стандарт „Клинична лаборатория“ и/или копие на сертификат за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на БНСВОК по микробиология, вирусология, медицинска паразитология, микология и клинична имунология – за съответния вид/видове лаборатории, които ще извършват дейността;

9. копие от трудов договор по чл. 230, ал. 1, т. 7;

10. декларация от представляващия лечебното заведение за следните обстоятелства:

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

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

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

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

13. график за работа за изпълнение на КДН;

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

**Чл. 232.** Лечебните заведения, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2015 г. и Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 ЗЗО на НС на НЗОК, представят:

1. документи по чл. 231, т. 1, 2, 3, 6, 7, 9, 12 и 14 – в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 231, т. 4, 10 и 11 – на хартиен носител;

3. документ по чл. 231, т. 5 – договор по чл. 231, ал. 1, т. 4, и документи по чл. 231, т. 8 и 13.

**Чл. 233.** В случаите, когато лечебно заведение едновременно кандидатства за оказване на КП, АПр, КПр и/или КДН, изискуемите документи за сключване на договор, които се дублират, се представят в един екземпляр.

**Чл. 234.** Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва, респ. отказва сключване на договор, при условията и по реда на глава седма.

**Чл. 235.** При промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документите по чл. 231 и 232, изпълнителят на КДН е длъжен да уведоми РЗОК и да представи в срок до 5 календарни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ.

**Чл. 236.** Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответното лечебно заведение всички документи, приложени към заявлението за сключване на договор.

### Раздел III

#### **Условие и ред за оказване на медицинската помощ по КДН по приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г.**

**Чл. 237.** (1) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с кожно-венерически заболявания се извършва в полза на лица, на които е издадено „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10) от ОПЛ, от лекар – специалист от лечебно заведение за СИМП, или от лекар – специалист по „Кожно-венерически заболявания“ от лечебно заведение за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания/ЦКВЗ, работещ в изпълнение на договор с НЗОК.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за срока на комплексното диспансерно наблюдение.

**Чл. 238.** (1) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с психични заболявания се извършва в полза на лица, на които е издадено „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10) от лекар –

специалист по „Психиатрия“/„Детска психиатрия“ от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за срока на комплексното диспансерно наблюдение.

**Чл. 239.** Изпълнителят обявява на видно място, достъпно за пациента, месечен график за изпълнение на съответното КДН.

**Чл. 240.** (1) Видът, периодичността и честотата на дейностите по КДН са посочени в приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. и се осъществяват в съответствие с приложения № 14, 15, 16 и 17 на Наредба № 8 от 2016 г.

(2) Пациентът се диспансеризира само с неговото изрично съгласие. Несъгласието на ЗОЛ да бъде диспансеризирано се документира в „Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 11).

(3) Диспансеризацията е доброволна с изключение на случаите, в които същата е част от постановено от съда задължително лечение по реда на чл. 155 и сл. от ЗЗ или принудително лечение по реда на чл. 427 и сл. от НПК.

**Чл. 241.** За оказаната медицинска помощ потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО не се заплаща от категориите лица по чл. 37, ал. 3 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 12 „Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО“.

**Чл. 242.** (1) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания се счита за завършено, когато е извършен пълният обем от задължителни дейности съгласно приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. и приложения № 14 и 15 на Наредба № 8 от 2016 г.

(2) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични заболявания се счита за завършено, когато е извършен пълният обем от задължителни дейности съгласно приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. и приложения № 16 и 17 на Наредба № 8 от 2016 г.

#### Раздел IV

### **Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности по Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически и психични заболявания**

**Чл. 243.** Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща на изпълнителите на КДН договорената и извършената дейност по КДН, оказана на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания, по обеми и цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

#### Раздел V

### **Методики за остойностяване на дейностите по Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически и психични заболявания**

**Чл. 244.** Остойностяване на дейностите от КДН се осъществява по реда на методиките от глава седемнадесета, раздел VI.

## Раздел VI

### **Методики за закупуване на дейностите по Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически и психични заболявания**

**Чл. 245.** (1) Тази методика урежда закупуването, респ заплащането на КДН на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания за:

1. здравноосигурени лица с непрекъснати здравноосигурителни права;
2. здравнонеосигурени лица съгласно § 2, ал. 1 ЗБНЗОК за 2018 г.

(2) Заплащането по ал. 1, т. 2 се извършва чрез трансфери от МЗ по реда на § 2 ЗБНЗОК за 2018 г.

**Чл. 246.** (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща на изпълнителите на КДН за договорената и извършената дейност за КДН, оказана на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания.

(2) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща, когато са спазени всички нормативни изисквания и са изпълнени всички изисквани медицински дейности съгласно НРД, Наредба № 2 от 2016 г. и Наредба № 8 от 2016 г.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на КДН дейностите по цени, определени по реда на глава осемнадесета, раздел V.

**Чл. 247.** Прегледът се отчита с „Направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бланка МЗ-НЗОК № 10) от първото посещение на пациента, с „Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение“ (бланка МЗ-НЗОК № 11) и с електронен отчет за извършената дейност на пациента, отразена в амбулаторния лист в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица – и с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

**Чл. 248.** (1) Изпълнителите на медицинска помощ се отчитат, като представят ежемесечно в РЗОК фактура (хартиена или електронна), финансовоотчетни документи и документите по чл. 247, по утвърден график, до третия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(2) Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се представя на отделна фактура (хартиена или електронна), спецификация (хартиена или електронна), за оказана медицинска помощ на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава – членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, придружена с документите по чл. 209, ал. 5.

(3) Отчитането на дейностите за здравнонеосигурени лица се извършва на отделна фактура (хартиена или електронна), придружена със съответната отчетна документация по ал. 1. Плащанията се извършват чрез РЗОК до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ.

**Чл. 249.** (1) Електронните отчети по чл. 247 се връщат за корекция на ИМП, в случай че след обработките им се установят следните фактически грешки:

1. сгрешен код по МКБ на заболяване при правилно попълване на диагноза;
2. неточно посочен номер и дата на амбулаторния лист (бланка МЗ-НЗОК № 11);
3. грешни данни на пациента (ЕГН, ЛНЧ, осигурителен номер).

(2) При нарушена структура на файла, водеща до невъзможност за обработка на електронния отчет по вина на ИМП, РЗОК връща електронния отчет на ИМП. Изпълнителят на медицинска помощ коригира електронния отчет.

(3) Плащанията на ИМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния.

**Чл. 250.** При неспазване на посочения в чл. 248, ал. 1 срок за представяне на отчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период за отчитане.

**Чл. 251.** (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилно попълване на документите съгласно настоящите условия и пълното и точно изпълнение на дейността.

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

(3) Не се заплаща по предвидения ред за извършена от ИМП дейност за период, който изпълнителят вече е отчетел.

**Чл. 252.** При констатиране на фактическите грешки по чл. 249, ал. 1 РЗОК връща електронния отчет на ИМП за отстраняването им. Изпълнителят на медицинска помощ предоставя коригирания електронен отчет в срок до един работен ден.

**Чл. 253.** (1) При необходимости корекции и допълнения на финансовоотчетните документи – фактура и спецификация, РЗОК изпраща писмени указания за необходимите корекции и допълнения не по-късно от 16-о число на месеца на отчитане на изпълнителя на ИМП.

(2) С указанията по ал. 1 се връщат спецификацията и отчетите за отчетената дейност за корекции и допълнения.

(3) В срок до 3 дни изпълнителят на ИМП представя в РЗОК дебитно/кредитно известие към фактурата по ал. 1 и спецификацията за отчетената дейност с нанесени корекции и допълнения.

(4) Поправки и добавки във фактурите и в дебитните/кредитните известия към тях не се разрешават. Погрешно съставени или поправени фактури и дебитни/кредитни известия се анулират и се издават нови.

(5) Когато погрешно съставени или поправени фактури и/или дебитни/кредитни известия са отразени в счетоводните регистри на изпълнителя на ИМП или на РЗОК, за анулирането им ИМП съставя протокол – по един за всяка от страните, който съдържа:

1. основаниято за анулирането;
2. номера и датата на документа, който се анулира;
3. номера и датата на издадения нов документ;
4. подпис на лицата – за всяка от страните, върху съставения протокол.

(6) След като получи екземпляр от протокола по ал. 5, РЗОК връща на изпълнителя на ИМП екземпляра от фактура за анулиране и получава новосъставената.

(7) При писмено заявен отказ от страна на изпълнителя на ИМП да изпълни указанията в срока по ал. 3 РЗОК не заплаща отчетената дейност.

(8) Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определените срокове в текущия или в следващия отчетен период.

**Чл. 254.** Плащанията се извършват по банков път, в левове, по обявена от ИМП в индивидуалния договор банкова сметка.

**Чл. 255.** (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилното попълване на документите съгласно настоящите условия и пълно и точно изпълнение на дейността.

(2) Плащанията на ИМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния.

**Чл. 256.** За неверни данни, посочени в отчетите и в справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на глава двадесета и глава двадесет и първа.

**Чл. 257.** Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на ИМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

## Раздел VII

### Документация и документооборот на изпълнителите на КДН по приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г.

**Чл. 258.** Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки изпълнител на КДН по приложение № 6 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г., включва първични медицински документи по приложение № 3 и финансовоотчетни документи по приложение № 5.

**Чл. 259.** (1) Първичните медицински документи по приложение № 3 са:

1. „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10);

2. „Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 11).

(2) Документооборотът по ал. 1 е:

I. „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10) се съставя в един екземпляр:

1. от лекар – специалист по „Психиатрия“/„Детска психиатрия“ от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на КДН на лица с психични заболявания в лечебно заведение за БП с клиника/отделение по психиатрия или ЦПЗ;

2. от ОПЛ, лекар – специалист от лечебно заведение за СИМП, или лекар – специалист по „Кожно-венерически заболявания“ от лечебно заведение за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ, работещи в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на КДН на лица с кожно-венерически заболявания в лечебно заведение за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ.

Изпълнителят на КДН отчита документа при първо посещение заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК до третия работен ден от месеца, следващ отчетния. Всяко отчетено „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10) се придружава от амбулаторен лист (бл. МЗ-НЗОК № 11) или електронен отчет за извършената дейност на пациента, отразена в амбулаторни листове за КДН в определен от НЗОК формат.

II. „Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 11) се съставя от изпълнителя на КДН.

1. Отчет на хартиен носител или електронен отчет за осъществено КДН на пациенти, отразено в амбулаторни листове за КДН в определен от НЗОК формат, подписан с електронен подпис на представляващия лечебното заведение, се предоставя в РЗОК до третия работен ден от месеца, следващ отчетния. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, подписан от представляващия лечебното заведение, началника на отделение, лекаря специалист и пациента, се води по ред, определен от лечебното заведение, като към него се прилагат всички медицински документи и се съхранява в лечебното заведение. Екземпляр се изпраща чрез пациента до ОПЛ за прилагане към здравното (медицинско) досие.

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

**Чл. 260.** Изпълнителите на КДН могат да използват разпечатани образци на документите по чл. 259.

**Чл. 261.** (1) Финансовоотчетните документи по приложение № 5 са:

1. фактура;
2. спецификация;
3. отчети за месечно отчитане на дейността.

(2) Финансовоотчетните документи се подготвят в два екземпляра от всички лечебни заведения, сключили договор с НЗОК. Първият екземпляр, придружен с фактура, се отчита в РЗОК в срок съгласно условията и сроковете на заплащане, установени по реда на глава осемнадесета, раздел VI. Вторият екземпляр остава в ИМП.

**Чл. 262.** (1) При констатиране на неправилно попълнени данни във финансовите отчетни документи на ИМП РЗОК ги връща за корекция в посочения срок.

(2) За представени неверни данни в отчетите по този договор се прилагат разпоредбите на глава двадесета и глава двадесет и първа.

Глава деветнадесета

## БОЛНИЧНА ПОМОЩ

### Раздел I

#### **Специални условия за сключване и изпълнение на договори за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури**

**Чл. 263.** Националната здравноосигурителна каса сключва договори за оказване на БМП, както следва:

1. по КП от приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г., както и приложение № 16 „Клинични пътеки“;
2. по АПр от приложение № 7 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г., както и приложение № 18 „Амбулаторни процедури“;
3. по КПр от приложение № 8 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г., както и приложение № 19 „Клинични процедури“;
4. по КП „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ от приложение № 10 към чл. 1, ал. 1 и чл. 2 от Наредба № 2 от 2016 г., както и приложение № 16;

5. по АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по клинична пътека ...“ от приложение № 11 към чл. 1, ал. 1 и чл. 3 от Наредба № 2 от 2016 г., както и приложение № 18;

6. по приложение № 12 към чл. 1, ал. 1 и чл. 4 от Наредба № 2 от 2016 г. „Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)“.

~~Чл. 264. Директорите на РЗОК сключват договори в областите, в които броят на леглата за болнично лечение надвишава конкретните потребности по брой легла по видове, определени с НЗК, след осъществен избор по реда на Наредбата за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които НЗОК сключва договори.~~ **прието да отпадне**

**Чл. 265.** (1) Договорите по чл. 263 се сключват за всички заболявания, диагнозите на които са кодирани по МКБ 10 и/или процедури, както и за всички дейности, установени в диагностично-лечебния алгоритъм на всяка КП, АПр и КПр съгласно приложения № 16, 18 и 19.

(2) В случай че изрично е упоменато в съответния диагностично-лечебен алгоритъм (ДЛА), се допуска сключване на договор за отделни диагнози и/или процедури, включени в КП, АПр и КПр.

**Чл. 266.** За КП, в които има различни изисквания за изпълнението им спрямо пациенти под и над 18-годишна възраст, може да се сключи договор за оказване на БМП както само за лечението на пациенти под 18-годишна възраст или само над 18-годишна възраст, така и за двете възрастови групи едновременно.

**Чл. 267.** (1) Страна по договор с НЗОК за оказване на БМП по КП, АПр и КПр може да бъде лечебно заведение по чл. 15, което отговаря на общите условия по чл. 20, ал. 1, т. 1, букви „а“, „б“ и „в“, както и на следните специални условия:

1. съответствие на устройството на лечебното заведение с разрешението за осъществяване на лечебна дейност и съответното ниво на компетентност, респ. с регистрацията в РЗИ;

2. в лечебното заведение са разкрити необходимите структурни звена, посочени в приложения № 16, 18 и 19 на съответните КП, АПр и КПр, за които то кандидатства, когато тези структурни звена са клиники и/или отделения със специалностите, по които са разкрити, фигурират в разрешението за осъществяване на лечебна дейност със съответното ниво на компетентност съгласно ЗЛЗ;

3. наличие в лечебното заведение на функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване, посочени в приложения № 16, 18 и 19 на съответните КП, АПр и КПр, за които то кандидатства;

4. в лечебното заведение функционира документална система за проследяване на лекарствените продукти, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и АПр, от постъпването им в лечебното заведение до отпускането и прилагането им на пациентите;

5. в лечебното заведение работят съответни специалисти с придобити специалности, посочени в приложения № 16, 18 и 19 на съответните КП, АПр и КПр, за които то кандидатства;

6. в лечебното заведение работят специалист/и на основен трудов договор, посочени в приложение № 1 към договора на лечебното заведение; в лечебното заведение могат

да работят и специализанти по същите специалности, посочени в приложение № 1а към договора на лечебното заведение;

7. лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ, осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицински специалности съгласно разрешението за осъществяване на лечебна дейност;

#### **Предложение на БЛС**

8. лечебното заведение е осигурило дейността на липсващите му структурни звена с необходимата медицинска апаратура и оборудване чрез договор с друго лечебно заведение за болнична или извънболнична помощ в случаите, когато съответният алгоритъм допуска това, ~~както следва:~~ **с лечебни заведения, които се намират на територията на същата област, или с по-близко лечебно заведение в съседна област**

~~а) с лечебни заведения, които се намират на територията на същата област, или с по-близко лечебно заведение в съседна област;~~

~~б) – с лечебни заведения на територията на друга област, когато на територията на областта липсват имунологична, цитогенетична, генетична лаборатория за метаболитен, ензимен и ДНК анализ, вирусологична, паразитологична, химико-токсикологична, нуклеарномедицинска лаборатория (вкл. радиоизотопна лаборатория) клинична патология и микробиология, магнитно-резонансна томография/компютърна томография;~~

9. наличие на документи за придобита квалификация за продължаващо медицинско обучение след придобиване на специалност, необходими за извършване на определени процедури за работа със съответна медицинска апаратура, се прилагат към заявлението за сключване на договор в съответствие с чл. 182 33 и съответните утвърдени медицински стандарти;

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

11. наличие на удостоверение за професионален опит/клинична компетентност, издадено от ръководителя на лечебното заведение или обединение на лечебното заведение на основание на работен журнал или описателни фишове, в които са регистрирани извършените от специалиста брой процедури за предходен период според изискванията на съответната КП, АПр и КПр; удостоверението се издава от ръководителя на ЛЗ, където специалистът е извършил процедурите, с официален документ; тези документи подлежат на проверка от НЗОК/РЗОК;

12. лечебното заведение е оборудвано и поддържа софтуер за отчет на договорената и извършена медицинска дейност по НРД;

13. лечебното заведение или обединение на лечебното заведение разполага с функциониращо информационно звено, осигуряващо обмен на необходимата информация с НЗОК/РЗОК;

14. лечебното заведение е осигурило комплексно лечение по приложение № 12 на Наредба № 2 от 2016 г., самостоятелно или по договор/и с друго лечебно заведение/я, за реализиране на пълния обем дейности по чл. 320, ал. 2.

(2) Лечебните заведения, които не отговарят на условията по ал. 1, т. 6, могат да сключват трудов договор за допълнителен труд по Кодекса на труда с медицински специалисти, осъществяващи дейност в болнични структури без легла, за следните специалности:

1. вирусология;
2. клинична микробиология;
3. клинична паразитология;
4. клинична патология;
5. нуклеарна медицина.

(3) Работният график на специалистите по ал. 1, т. 6, както и на специализантите, които работят и в други лечебни заведения, следва да осигурява изпълнението на изискванията за работа по КП, АПр и КПр.

(4) Лекар на основен трудов договор с повече от една медицинска специалност, работещ в лечебно заведение, изпълнител на БМП, може да бъде посочен като изпълнител по КП, АПр и КПр, за които се изискват съответните специалности в същото лечебно заведение.

**Чл. 268.** Лечебните заведения – КОЦ и ЦКВЗ, в чиито разрешения за дейност не е посочено ниво на компетентност, както и за МЦ/МДЦ/ДКЦ с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа (на които не се издава разрешение за дейност), не се изисква ниво на компетентност, а съответствие с условията за сключване на договор и изискванията, посочени в съответните КП, АПр и КПр, за които се кандидатства.

**Чл. 269.** (1) В случай че лекар със специалност, работещ в лечебно заведение, изпълнител на БМП, оказва медицинска помощ по КП, АПр и КПр, за които същото лечебно заведение има договор с НЗОК, то по отношение на дадения специалист е налице един договор с НЗОК.

(2) В случаите, при които в алгоритъма на КП, АПр и КПр е записано, че е необходима консултация със специалист извън посочените изискуеми специалисти за изпълнение на КП, АПр и КПр, договорът на консултиращия специалист не следва да се счита като договор с НЗОК.

## Раздел II

### **Необходими документи за сключване на договори за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури**

**Чл. 270.** Лечебните заведения, желаещи да сключат договор за оказване на БМП, представят в РЗОК заявление, към което прилагат:

1. данни за идентификационния код на търговеца или кооперацията от Търговския регистър, а за дружествата, регистрирани в държава – членка на ЕС, или в държава, страна по Споразумението за ЕИП – документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава;
2. копие на разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването – за лечебните заведения за БМП, КОЦ и ЦКВЗ;
3. копие от акта за създаване на лечебното заведение – за лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ;

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

**Предложение на БЛС: За лечебните заведения за СИМП с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа, изпълнители на АПр, не се изисква основен трудов договор на лекарите, оказващи медицинска помощ по АПр**

5. документи, удостоверяващи обстоятелствата по чл. 267, ал. 1, т. 5 (за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ по КП, АПр и КПр в изпълнение на договор с НЗОК);

6. копие от трудов договор по чл. 267, ал. 1, т. 6 и ал. 2;

7. копие на договора по чл. 267, ал. 1, т. 7 и 8;

8. копия на документи за придобити специалности по наредбата по чл. 181, ал. 1 33 за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, които ще изпълняват КП, АПр и КПр съобразно квалификационните изисквания, посочени във всяка КП, АПр и КПр;

9. документи, удостоверяващи обстоятелствата по чл. 267, ал. 1, т. 10 и 11;

10. декларация от представляващия лечебното заведение за следните обстоятелства:

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

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

11. декларация от управляващия лечебното заведение по образец съгласно приложение № 17 „Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ“ за функционираща и изправна налична медицинска апаратура, оборудване и декларация за функционираща документална система за проследяване на лекарствените продукти, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и АПр – за всички видове лечебни заведения;

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

13. декларация по приложение № 17 „Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ“ за наличие и поддържане на софтуер за въвеждане и отчитане на договорената и извършена болнична медицинска дейност по НРД;

14. декларация по чл. 20, ал. 1 на хартиен носител за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК;

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

16. графици на лекарите, оказващи медицинска помощ по КП, АПр и КПр към момента на подаване на заявителните документи;

17. приложение № 1, в което се посочват всички лекари на основен трудов договор, оказващи медицинска помощ по КП, АПр и КПр; приложението е неразделна част от договора на лечебното заведение с НЗОК;

**Предложение на БЛС:** За лечебните заведения за СИМП с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа, изпълнители на АПр, не се изисква основен трудов договор на лекарите, оказващи медицинска помощ по АПр

18. приложение № 1а, в което се посочват всички лекари без специалност и лекарите специализанти, работещи на основен трудов договор под ръководството и разпореждането на лекар с придобита специалност и оказващи медицинска помощ по КП, АПр и КПр.; приложението е неразделна част от договора на лечебното заведение с НЗОК;

19. копие от правилника за устройството, дейността и вътрешния ред за лечебните заведения за БП, КОЦ и ЦКВЗ;

20. копия от договор/договори по чл. 267, ал. 1, т. 14.

**Чл. 271.** (1) Лечебните заведения, сключили договор/допълнително споразумение с НЗОК за оказване на БМП в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2017 г., представят:

1. документи по чл. 270, т. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 15 и 19 – само в случай на настъпили промени в обстоятелствата, отразени в тях, или декларация за липса на промени;

2. документи по чл. 270, т. 7, 12, 17, 18, 19 и 20;

3. декларации по чл. 270, т. 10, 11, 13 и 14.

(2) При прилагане на ал. 1 управителят на НЗОК и председателят на УС на БЛС издават указание.

**Чл. 272.** Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва, респ. отказва сключване на договор по реда на глава седма.

**Чл. 273.** При наличие на сключен договор изпълнителят на БМП е длъжен:

1. при промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл. 270 и 271, да уведоми РЗОК и да представи в срок до 14 работни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ;

2. при промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл. 270, т. 6, да уведоми РЗОК и да представи в срок до 5 работни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ;

**Предложение на БЛС** срокът да е 8 дни. **За УС-НС**

3. ежемесечно през отчетния период да представя в РЗОК отработен за предходния месец график на специалистите, работещи по КП, АПр и КПр;

4. при всяко изтичане на срока на валидност на документа по чл. 270, т. 12 да предоставя в РЗОК актуален сертификат в срок до 14 работни дни от издаването му.

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

**Чл. 275.** В случаите, когато лечебно заведение едновременно кандидатства за извършване на дейности по КП, АПр и КПр, изискуемите документи за сключване на договор, които се дублират, се представят в един екземпляр.

### Раздел III

## Условия и ред за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури

### Управление на болничния прием

**Чл. 276.** (1) За да бъде хоспитализиран **/приет** пациент за лечение по дадена КП, АПр и КПр, следва да е с непрекъснати здравноосигурителни права и да са налице следните обстоятелства:

1. индикациите за хоспитализация **/лечение**, включени КП, АПр и КПр;  
2. лицето да е със заболяване, предвидено в блок „Кодове на болести за заболявания по МКБ 10“ на съответната КП, когато този блок е част от съдържанието на КП.

(2) В случаите, когато лицето е с прекъснати здравноосигурителни права, същото се хоспитализира **/приема**, като му се оказва БМП, ако възстанови правата си при условията и по реда на ЗЗО.

(3) При неизпълнение на условието по ал. 2 се прилага чл. 109, ал. 1 ЗЗО.

(4) При хоспитализация на осигурените лица в друга държава членка, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност, както и лицата по международни спогодби за социално осигуряване, по които Република България е страна, представят копие от съответния удостоверителен документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, а при ползване на права на спешна и неотложна помощ – ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК.

**Чл. 277.** (1) Изпълнителят на БМП предоставя на РЗОК и обявява на достъпно място работния график на кабинетите в ДКБ/ПК, както и информация в журнал/папка за цените на медицинските изделия, които лечебното заведение осигурява по КП и АПр, съгласно чл. 82б ЗЗ, за които НЗОК заплаща/не заплаща.

(2) Изпълнителят на БМП обявява на общодостъпно място: имената на договорените КП, АПр и КПр, цените, които НЗОК заплаща за тях, както и видовете медицински изделия и цените, до които НЗОК заплаща за същите (в случаите, когато медицинското изделие е включено при изпълнение на диагностично-лечебния алгоритъм в КП/АПр).

(3) Здравноосигурените лица заплащат потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО за всеки ден болнично лечение, но не повече от 10 дни годишно.

(4) За оказаната БМП потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО не се заплаща от категориите лица по чл. 37, ал. 3 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 12 „Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО“.

(5) Районната здравноосигурителна каса и нейните поделения по общини предоставят информацията по ал. 1 на:

1. изпълнителите на извънболнична помощ – при поискване;
2. здравноосигурените лица – при поискване.

**Чл. 278.** (1) Изпълнителят на БМП се задължава:

1. да осигурява на пациентите непрекъснатост на болничната помощ и грижите, както и координация между специалистите, които ги осъществяват;

2. при дехоспитализация на пациента за довършване на лечебния процес да издава епикриза и се насочва при необходимост към лечебни заведения за извънболнична или болнична помощ;

3. спазва условията за управление на плановия прием.

(2) Всички изследвания и консултации, необходими за извършване на задължителните контролни прегледи след дехоспитализация, се извършват от лечебното заведение за БМП – изпълнител на КП, по преценка на лекуващия лекар.

**Чл. 279.** Районната здравноосигурителна каса и съответните поделения по общини:

1. предоставят на изпълнителите на извънболнична помощ информация за изпълнителите на БМП в съответната област, сключили договор с НЗОК, както и за договорените с тях КП, АПр и КПр;

2. своевременно уведомяват изпълнителите на извънболнична помощ за промяна на предмета на договорите с изпълнителите на болнична помощ;

3. при поискване предоставя на ЗОЛ информация по т. 1.

**Чл. 280.** Изпълнителят на БМП в процеса на диагностика, лечение и обслужване на пациента прилага утвърдени начини на действие, съобразени с указанията за клинично поведение в КП, АПр и КПр.

**Чл. 281.** (1) Изпълнителят на БМП превежда пациент по КП, АПр и КПр за лечение към друго лечебно заведение за болнична помощ, когато в хода на лечебно-диагностичния процес установи, че не може да изпълни определени медицински дейности поради:

1. промяна на приемната диагноза или настъпило усложнение, което лечебното заведение не може да лекува;

2. възникнал проблем с медицинската апаратура и оборудване;

3. липса на съответно квалифициран медицински персонал.

(2) В случаите по ал. 1 изпращащият изпълнител на БМП попълва отново необходимите първични медицински документи.

(3) Изпращащият изпълнител на БМП задължително предоставя на приемащия изпълнител на БМП писмена информация за клиничното състояние на пациента и оказаните му диагностично-лечебни процедури, както и мотивите за превеждане в приемащото лечебно заведение за БМП.

**Чл. 282.** (1) В случай че на пациента се извършват медицински процедури от лекар със специалност, който не е включен в приложение № 1 към договора на лечебното заведение, документът се подписва от този лекар и се преподписва от лекар, включен в същото приложение, и/или началника на клиниката/отделението и се отчита в електронната система на НЗОК с УИН на преподписалия лекар. Допълнителният подпис не означава съгласие или несъгласие с осъществената процедура, получените резултати и диагноза, а валидира само участието на конкретния лекар специалист в изпълнението на клинични пътеки.

**НЗОК предлага текстът да отпадне. Предложението не се приема от БЛС**

(2) В случай че на пациента се извършват медицински процедури от лекар без специалност, документът се подписва от този лекар и се преподписва от лекаря с придобита специалност, под чието ръководство и по разпореждане първият извършва съответните медицински дейности, и се отчита в електронната система на НЗОК с УИН на преподписалия лекар. В този случай документът с извършените процедури се

преподписва от началника на клиниката/отделението и/или от лекар специалист, под чието ръководство и по разпореждане работи лекарят без специалност.

**Чл. 283.** (1) Клиничните пътеки, АПр и КПр, заплащани от НЗОК в полза на ЗОЛ, съдържат изисквания и правила за клинично поведение при провеждане на диагностика, лечение и рехабилитация на заболяванията, включени в тях, както и за структурни звена, апаратура и необходимите специалисти.

(2) Определеният в диагностично-лечебния алгоритъм годишен брой на извършване на КП или АПр се отнася за срока на действие на този НРД.

(3) Извършените медико-диагностични изследвания и инструментални процедури се отразяват в съответните журнали по хронология с имена и диагноза/и.

**Чл. 284.** Броят на пролежаните леглодни се изчислява, като денят на постъпване и денят на изписване се броят за един леглоден, а всеки ден между тях се брои като пролежан.

*Условия и ред за диагностика и лечение по клинични пътеки*

**Чл. 285.** (1) Клинична пътека е система от изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности по отношение на пациенти със заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой не по-кратък от 48 часа.

(2) Дейностите и услугите в обхвата на диагностичните, лечебните и рехабилитационните дейности и услуги по време на хоспитализацията съгласно ДЛА на съответната КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

(3) В алгоритъма на КП се посочва минималното ниво на компетентност, на което следва да отговаря съответната структура на лечебното заведение.

(4) Клинични пътеки № 90, 92-97, 112, 199.1, 199.2, 240, 241, 242, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252 и 253 се изпълняват само в условията на комплексно лечение по чл. 320.

**Чл. 286.** (1) В случаите, когато диагностичната и/или лечебната дейност не може да бъде постигната в условията на извънболничната помощ, ЗОЛ може да бъде насочено съгласно Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) за хоспитализация в лечебно заведение – изпълнител на БМП.

(2) Преценката по ал. 1 се извършва от лекар, лекар по дентална медицина от лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ, като в условията на спешност същата може да бъде извършена и от дежурен екип в ЦСМП или от лекар в структура за спешна медицинска помощ на лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, към което пациентът се е самонасочил.

(3) Към направлението за хоспитализация се прилага амбулаторният лист от извършения преглед на пациента с посочени данни от анамнезата и обективното състояние на пациента, предприетите диагностични и терапевтични дейности, в това число и обективните обстоятелства, мотивиращи становището, че лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ.

(4) Амбулаторният лист, приложен към „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7), става неразделна част от медицинската документация на пациента.

(5) За организиране на плановия прием в лечебните заведения – изпълнители на БМП, се поддържа листа на планов прием. В листата за планов прием се включват всички подлежащи на хоспитализация лица с изключение на тези, които се нуждаят от незабавен прием в лечебното заведение.

(6) Управлението на плановия прием се осъществява в съответствие с Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ.

**Чл. 287.** (1) При наличие на индикации (клинични и параклинични) за хоспитализация по КП ЗОЛ не може да бъде връщано при изпълнител на извънболнична медицинска помощ за допълнителни консултации и/или изследвания, свързани с основното заболяване, за което пациентът се хоспитализира.

(2) При необходимост от болнично лечение лечебно заведение за БМП може да издава „Направление за хоспитализация/ лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) за КП по физикална и рехабилитационна медицина само ако пациентът е лекуван по повод остро заболяване в същото лечебно заведение – изпълнител на БМП.

(3) Направлението за хоспитализация има срок на валидност до 30 календарни дни от издаването му. По изключение хоспитализирането може да се осъществи след този срок, ако в посочения 30-дневен срок на пациента е извършен преглед в ДКБ/ПК на изпълнителя на БП, а хоспитализирането е осъществено след този срок.

**Предложение на БЛС:** (4) При хоспитализация (планов прием) по КП ЗОЛ може да представи предварително извършени изследвания от групата на образната диагностика и клинико-лабораторни изследвания, реализирани от друго лечебно заведение преди дата на хоспитализация, но ако няма, приемащото ЛЗ не може да ги изисква. Приемащото лечебно заведение може да зачете тези изследвания, както и да ги използва при отчитане на КП като част от диагностично-лечебния алгоритъм на същата. Давността на предварително извършените клинико-лабораторни изследвания е 7 дни, като за тези от групата на образната диагностика може да е и по-дълга (но не повече от 30 дни или по-дълга от посочения в алгоритъма на съответната КП) преди датата на хоспитализация, в зависимост от вида им и клиничната преценка на лекуващия лекар. Изключение от последното се прави за МДИ по КП/АПр/КПр за диагностика и лечение на пациенти със злокачествени заболявания и муковисцидоза, като всички необходими МДИ се правят от приемащото лечебно заведение.

**Предложение на БЛС:** да се обсъди отпадане на изречение последно от ал. 4

~~(4) При хоспитализация (планов прием) по КП ЗОЛ може да представи предварително извършени изследвания от групата на образната диагностика и клинико-лабораторни изследвания, реализирани от друго лечебно заведение преди дата на хоспитализация. Приемащото лечебно заведение следва да зачете тези изследвания, както и да ги използва при отчитане на КП като част от диагностично-лечебния алгоритъм на същата. Давността на предварително извършените клинико-лабораторни изследвания е 7 дни, като за тези от групата на образната диагностика може да е и по-дълга (но не повече от 30 дни или по-дълга от посочения в алгоритъма~~

~~на съответната КП) преди датата на хоспитализация, в зависимост от вида им и клиничната преценка на лекуващия лекар. Изключение от последното се прави за МДИ по КП/АПр/КПр за диагностика и лечение на пациенти със злокачествени заболявания и муковисцидоза, като всички необходими МДИ се правят от приемащото лечебно заведение.~~

(5) При последващи планови хоспитализации по КП № 240 „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) се издава от лечебните заведения, в които се извършва дейността.

**Чл. 288.** Клиничните пътеки се състоят от следните основни компоненти, които са задължителни за изпълнение от лечебните заведения:

1. задължителен минимален болничен престой за осъществяване на посочените в КП дейности и процедури във времеви план; конкретният болничен престой за всеки пациент зависи от състоянието му при изписването;

2. кодове на болести за заболявания по МКБ 10 и основни диагностични и терапевтични процедури – за всяка терапевтична КП; процедурите в тези КП – по вид, обем, сложност, съответстват на процедурите – по вид, обем, сложност, посочени в утвърдените медицински стандарти;

3. неразделна част от диагностично-лечебният алгоритъм на терапевтичните КП за заболявания са разработените и утвърдени по всяка специалност фармако-терапевтични ръководства;

4. основни кодове на процедури за всяка хирургична/интервенционална КП; процедурите в тези КП – по вид, обем, сложност, начин на осъществяване и условия за провеждане, съответстват на изискванията, посочени в утвърдените медицински стандарти, а при липса на стандарти за посочените специалности – в подписаните или приети от научните дружества за тях консенсусни протоколи за лечение;

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

а) задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, необходими за изпълнение на алгоритъма на КП;

б) необходими специалисти за изпълнение на КП;

6. индикации за хоспитализация, диагностично-лечебен алгоритъм, поставяне на окончателна диагноза и критерии за дехоспитализация, включващи:

а) индикации за хоспитализация, включващи задължително обективни критерии за заболяването, диагностично доказани и аргументиращи необходимостта от хоспитализация;

б) диагностично-лечебен алгоритъм: диагностично-лечебният алгоритъм е съобразен с утвърдените медицински стандарти или консенсусни протоколи и е задължителен за изпълнение, както и фармако-терапевтичните ръководства (съгласно чл. 259, ал. 1, т. 4 ЗЛПХМ), за тези които са приети;

7. поставяне на окончателна диагноза;

8. дехоспитализация при определяне на следболничен режим; обективните критерии за дехоспитализация се съпоставят с обективни критерии при хоспитализация и съгласно алгоритъма на всяка КП;

9. медицинска експертиза на временна неработоспособност;

10. документиране на дейностите по съответната КП;

11. предоперативната епикриза, както и оперативният протокол са задължителна част от алгоритъма и медицинската документация за всяка КП с оперативна дейност; при извършването и с обща и/или регионална анестезия е задължително извършването на анестезиологична и други предоперативни консултации, отразени в медицинската документация.

**Чл. 289.** (1) При дехоспитализация изпълнителят на БМП предоставя на пациента епикриза с машинен текст, която се издава в три еднообразни екземпляра, като:

1. първият екземпляр от епикризата се предоставя на пациента или на членовете на семейството му или на придружаващите го лица срещу подпис в „История на заболяване“(ИЗ);

2. вторият екземпляр от епикризата се оформя и изпраща чрез пациента или чрез членовете на семейството му или чрез придружаващите го лица на ОПЛ;

3. копие от епикризата се прилага към историята на заболяването на пациента и се съхранява в лечебното заведение.

(2) При необходимост се издава ново копие от епикризата по цени, утвърдени от лечебното заведение.

(3) Епикризата съдържа следните реквизити:

1. паспортна част;

2. окончателна диагноза, заболяване с код по МКБ 10 и номер на КП- **наименование;**

3. придружаващи заболявания, **с изписано наименование на диагнозата с код по МКБ-10**

4. анамнеза;

5. обективно състояние с локален, соматичен и специализиран статус;

6. параклинични изследвания;

7. консултативни прегледи;

8. терапевтична схема; **НЗОК предлага текст:** „задължително вписване на използваните в хода на лечението на ЗОЛ лекарства (вид, доза – еднократна и/или дневна, продължителност курс на лечение), назначени от лекуващия лекар и/или лекар-консултант;“

**БЛС не приема предложението**

9. ход на заболяването;

10. настъпили усложнения;

11. проведени инвазивни диагностични и терапевтични процедури;

12. дата на оперативната интервенция с оперативна диагноза;

13. извадка от оперативния протокол – вид анестезия, находка, извършена интервенция;

14. постоперативен статус и ход на заболяването след операцията;

15. статус при изписването;

16. изход от заболяването;

17. препоръки за хигиенно-диетичен режим след изписването и назначено медикаментозно лечение след изписването и препоръки за такова;

18. необходимост от контролни прегледи в болницата след изписването;

19. препоръки към ОПЛ на пациента;

20. описание на съпътстващите епикризата изследвания и други документи за служебно ползване;

21. имена и подписи на лекуващия лекар и началника на съответното отделение или негов заместник, като лекуващият лекар може и да не бъде изписващият лекар;

22. печат на лечебното заведение върху екземплярите на епикризите, предоставени на пациента и/или ОПЛ.

(4) Копия от изследванията, резултатът от които се получава след изписването на пациента, при поискване му се предоставят в писмен вид лично или на членове на семейството или на упълномощени от пациента лица.

(5) Лечебното заведение удостоверява за платените от пациента услуги и медицински изделия, както и получена потребителска такса със съответните финансово отчетни документи, които се представят при поискване от лечебното заведение на контролните органи на НЗОК – за дейности, заплащани от НЗОК.

(6) В случаите на изчакване на резултати от проведени изследвания, касаещи потвърждаване на окончателна диагноза, епикризата се предоставя на пациента след получаване на резултата.

**Чл. 290.** (1) Клиничното проследяване на състоянието на пациента и извършените диагностично-лечебни дейности се вписват в ИЗ.

(2) Извършването на дейности по КП се отразява в медицинската болнична документация и в следните документи:

1. документ № 2 „Предоперативна анестезиологична консултация“ е задължителен за всяка КП с оперативна дейност, извършена с обща или регионална анестезия, и се прикрепва към лист „История на заболяването“ (ИЗ) на пациента, като става неразделна част от него;

2. документ № 4 „Информация за пациента“ (родителя/настойника/попечителя); документът се предоставя на пациента (родителя/настойника/попечителя) в хода на лечебно-диагностичния процес за запознаване и не е част от медицинско-финансовата документация;

3. декларация за информирано съгласие от страна на пациента по отношение провежданите процедури в хода на лечебно-диагностичния процес – изготвя се от изпълнителя на БМП; **и се прикрепва към ИЗ на пациента, като става неразделна част от него (ОБРАЗЕЦ);**

4. документ „Физиопроцедурна карта“ (бл. МЗ № 509-89) за физикална терапия и рехабилитация за КП № 112 и КП № 257 – 265 включително, в който се регистрират само процедурите, отразени като основни в „Блок основни терапевтични процедури“ във всяка КП; извършените процедури по КП се кодират съобразно посочените в „Блок основни диагностични/терапевтични процедури“ кодове и следва да съответстват на заложения обем и сложност в същата КП, както и на процедурите по обем и сложност, посочени в съответните утвърдени медицински стандарти или консенсусни протоколи за лечение; този документ се прикрепва към ИЗ на пациента и стават неразделна част от него;

**5. финансово отчетни документи.**

**Чл. 291.** Документиране в хода на хоспитализацията:

1. в диагностично-консултативния блок/приемен кабинет се води журнал, приет на хартиен или електронен носител, с данни за преминаващите през ДКБ/ПК ЗОЛ; данните от електронния носител могат да се разпечатват при поискване от

контролните органи и да се валидират с подпис и печат от лечебното заведение за БМП;

2. хоспитализацията на пациента се документира в ИЗ и в част II на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7);

3. в медицинската документация (ИЗ) се отразява дата и час на постъпването на ЗОЛ в лечебното заведение – изпълнител на БМП;

4. изпълнението на диагностично-лечебния алгоритъм задължително се документира в ИЗ;

5. резултатите от извършените изследвания и процедури, използваните лекарствени продукти, проведените консултации и други обстоятелства се вписват в болничната медицинска документация съгласно изискванията на министъра на здравеопазването и утвърдените в лечебното заведение правила;

6. всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ; рентгеновите филми или друг носител на рентгенови образи се прикрепват към ИЗ; резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“; в случай че оригиналните документи са необходими на пациента за продължение на лечебно-диагностичния процес или за експертиза на здравословно състояние, това се вписва в ИЗ срещу подпис на пациента и в епикризата;

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

8. при извършване на ултразвуково изследване, вкл. и при интервенционални процедури под ехографски контрол, се изготвя и прилага в ИЗ документ „Протокол за ултразвуково изследване“, който съдържа описанието на находката съгласно медицински стандарт по „Образна диагностика“, име на пациента, час и дата на извършване, собственоръчно положено име и подпис от специалиста, осъществил изследването;

9. при извършване на ЕКГ изследване електрокардиограмата и интерпретация на същата се прилагат в ИЗ, като същата съдържа апаратна дата и час на извършването, име на пациента и собственоръчно положено име и подпис от осъществилия изследването;

10. при извършване на изследвания с графично изображение – ЕМГ, ЕЕГ и др., същите съдържат апаратната дата на извършването, име на пациента и собственоръчно положено име и подпис от специалиста, разчел изследването;

11. всички извършени изследвания с графично изображение се прилагат задължително към ИЗ;

12. при извършване на инвазивни/интервенционални процедури се изготвя и се прилага в ИЗ документ „Протокол за инвазивна/интервенционална процедура“, който съдържа описанието на находката, име на пациента, час и дата на извършване, собственоръчно положено име и подпис от специалиста, осъществил изследването;

13. при извършване на ендоскопско изследване се изготвя и прилага в ИЗ документ „Ендоскопски протокол“, който съдържа описанието на находката, име на пациента,

час и дата на извършване, собственоръчно положено име и подпис от специалиста, осъществил изследването;

14. при взет материал за хистологично изследване в медицинската документация се прилага резултатът с посочената диагноза и пореден номер от патоанатомичния журнал;

~~15. използваните в хода на лечението на ЗОЛ лекарства (вид, доза — еднократна и/или дневна, курс на лечение) задължително се отбелязват в лекарствен и реанимационен или температурен лист на пациента и в ИЗ; в епикризата се отразява информация за проведеното лекарствено лечение;~~

**15. използваните в хода на лечението на ЗОЛ лекарства (вид, доза - еднократна и/или дневна, курс на лечение) задължително се отбелязват в лекарствен (осигурени от изпълнителя на БМП) и температурен и/или реанимационен лист на пациента и в ИЗ; в епикризата се отразява информация за проведеното лекарствено лечение.**

~~16. в „Отчет за приложените лекарствени продукти по клинични пътеки/амбулаторни процедури“ се документират лекарствени продукти, които съгласно чл. 5 от Наредба № 2 от 2016 г. се заплащат извън цената на определените КП или АПр и са включени в лечебно-диагностичния алгоритъм на същите; в този случай посоченият документ представлява отчетен документ;~~

17. с „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура“ се отчитат медицинските изделия, вложени при лечението по определени КП и АПр, заплащани извън цената на същите; екземпляр от формуляра става неразделна част от ИЗ, а друг екземпляр се представя **заедно с направлението за хоспитализация** и се съхранява в РЗОК;

18. превеждането към друго лечебно заведение се документира в ИЗ, в част III на „Направление за хоспитализация“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) и в епикризата, съдържаща причините за превеждане.

19. превеждането към друга структура в същото лечебно заведение се документира в ИЗ и в етапна епикриза;

20. дехоспитализацията на пациента се документира в ИЗ, в част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) и в епикриза;

21. в случай че пациентът се изписва с диагноза за заболяване, включено в Наредба № 8 от 2016 г., същият се насочва за диспансерно наблюдение.

**Чл. 292.** Изпълнителят на КП по приложение № 16 „Клинични пътеки“ задължително сключва договор и за изпълнение на АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ...“ по приложение № 18.

**(2) АLINEЯ ПЪРВА НЕ СЕ ПРИЛАГА ЗА ИЗПЪЛНИТЕЛЯТ НА БП, СКЛЮЧВАЩ ДОГОВОР САМО ЗА КП, КОИТО НЕ МОГАТ ДА БЪДАТ ПРИКЛЮЧЕНИ КАТО АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ...“ ПО ПРИЛОЖЕНИЕ № 18.**

#### *Условия и ред за извършване на амбулаторни процедури*

**Чл. 293.** (1) Амбулаторна процедура е система от определени с този НРД изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при

(2) Диспансеризацията/диспансерното наблюдение при лица с онкологични заболявания започва след приключване на активното лечение (системно лекарствено лечение или лъчелечение, или оперативно лечение) по повод на основната диагноза. При рецидив на основното заболяване и при преминаване на заболяването в по-

напреднал стадий диспансеризацията/диспансерното наблюдение на пациента започва отново от първото мероприятие, предвидено за случаите на първоначална диспансеризация/диспансерно наблюдение.

(3) Обемите и честотата на диспансерното наблюдение на лица със злокачествени заболявания са съгласно приложение № 18 от Наредба № 8 от 2016 г.

(4) При смяна на лечебното заведение, което извършва диспансеризацията на лицата по ал. 1, медицинската документация или копие от нея се предава чрез диспансеризираното лице на новоизбраното лечебно заведение.

**Чл. 299.** За АПр № 8 направлението по чл. 294, ал. 1 се издава при необходимост от експертна оценка на терапевтичния отговор след приключени три курса на лечение с проследяване при пациенти, провеждащи домашно лечение с прицелна перорална противотумарна терапия и перорална химиотерапия.

**Чл. 300.** (1) Дейностите по АПр № 9 се извършват на ЗОЛ, на които е издадена епикриза с диагноза „Муковисцидоза“.

(2) Диспансерното наблюдение на лица с поставена диагноза „Муковисцидоза“ се извършва на всеки три месеца, но не повече от четири пъти годишно.

**Чл. 301.** (1) Амбулаторни процедури № 16 и 17, за които в Наредба № 2 от 2016 г. е предвидена възможност за повтаряне на същата в съответствие с утвърдената схема, се извършват повече от веднъж месечно.

(2) За процедурите по ал. 1 направлението по чл. 294, ал. 3 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват всички проведени процедури.

**Чл. 302.** (1) За АПр № 25 и направлението по чл. 294, ал. 4 се издава еднократно за дейност в срок от 30 дни, като в същото се отразяват не повече от две процедури.

(2) За АПр № 26 направлението по чл. 294, ал. 4 се издава еднократно за извършване на дейност в срок от 30 дни, като в същото се отразяват не повече от три процедури.

(3) За АПр № 27 и направлението по чл. 294, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват не повече от две процедури.

(4) За АПр № 29 направлението по чл. 294, ал. 4 се издава еднократно за дейност в срок от 30 дни, като в същото се отразяват не по малко от десет процедури.

(5) За АПр № 32 направлението по чл. 294, ал. 1 се издава не повече от два пъти годишно.

**Чл. 303.** (1) С направлението по чл. 294, ал. 4 за изпълнение на АПр № 36 и 37 пациентите се насочват към ЛКК, сформирани на основание чл. 77 ЗЛЗ в структурите по нуклеарна медицина в лечебното заведение – изпълнител на същите.

(2) Комисията по ал. 1 взема решение за осъществяване на процедурите в 14-дневен срок от подаване на медицинската документация.

**Чл. 304.** Амбулаторна процедура № 38 приключва с Решение на специализирана комисия (бл. МЗ-НЗОК № 13) по специалности за пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, ал. 2 ЗЗО, в което е отразено първоначално кандидатстване или кандидатстване за продължаване на лечението или смяна на терапията, което се представя в случаите по чл. 60, ал. 1.

**Чл. 305.** Амбулаторна процедура № 39 се предоставя на ЗОЛ до 4 пъти годишно, при извършени до 4 клинични прегледа.

**Чл. 306.** Амбулаторни процедури № 40 и 41 се предоставят на ЗОЛ до 3 пъти годишно, при извършени до 3 клинични прегледа.

**Чл. 307.** Амбулаторна процедура № 42 се предоставя на ЗОЛ до 4 пъти годишно при извършени до 4 клинични прегледа, но не по-малко от 2 през период от 3 месеца.

**Чл. 308.** (1) Амбулаторни процедури по приложение № 18, за които в Наредба № 2 от 2016 г. не е предвидена възможност за повтаряне на процедурата в съответствие с утвърдена схема, се извършват не повече от веднъж месечно, в зависимост от диагностично-лечебният алгоритъм на същите.

(2) Изпълнители на БМП, които извършват диагностика и лечение на пациенти със заболявания, влизащи в обхвата на АПр, имат право да издават документите по чл. 294.

**Чл. 309.** Амбулаторните процедури се извършват в съответствие с алгоритмите по приложение № 18 и се отразяват в посочените в тези алгоритми документи.

БЛС предлага следния текст: документ № 2 "Предоперативна анестезиологична консултация" е задължителен за всяка КП с оперативна дейност, извършена с обща или регионална анестезия, и се прикрепва към лист "История на заболяването" (ИЗ) на пациента, като става неразделна част от него;

НЗОК приема предложението ! (да се намери системното място за включване на текста)

**Чл. 310.** (1) Лечебните заведения за болнична помощ, КОЦ и ЦКВЗ, изпълнители на АПр по приложение № 18, сключват договор и за изпълнение на КП „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ от приложение № 16.

(2) Лечебните заведения за СИМП с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа, изпълнители на АПр по приложение № 18, при необходимост от наблюдение на пациента до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура съгласно диагностично-лечебния алгоритъм на АПр задължително превеждат пациента в лечебно заведение за болнична помощ, КОЦ или ЦКВЗ, сключило договор за изпълнение на КП „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ от приложение № 16.

*Условия и ред за извършване на клинични процедури*

**Чл. 311.** (1) Клинична процедура е система от определени с този НРД изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти в специализирани структури на лечебни заведения за болнична помощ при изпълнението по отношение на пациента на определени по вид и обхват дейности самостоятелно и/или преди, по време на или след болнично лечение по клинична пътека. Клиничната процедура е с продължителност до 24 часа.

(2) В алгоритъма на КПр се посочва минималното ниво на компетентност, на което следва да отговаря съответната структура на лечебното заведение.

**Чл. 312.** (1) Клинична процедура № 1 „Диализно лечение при остри състояния“ се извършва в полза на ЗОЛ, на които е издадено „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8) от лекар от лечебно заведение – изпълнител на същата.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за месеца на ЗОЛ с остри състояния, налагащи провеждане на диализно лечение.

(3) Нова процедура се провежда при наличие на показания за провеждане на диализно лечение.

**Чл. 313.** (1) Клинична процедура № 2 „Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане“ се извършва в полза на ЗОЛ, на които е издадено „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8) от лекар от лечебно заведение – изпълнител на същата.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за месеца при показания за продължаване на интензивното лечение след приключване на лечението по КП от приложение № 16.

(3) Започната процедура не може да бъде прекратена преди изтичане на продължителността ѝ. Нова процедура се провежда при наличие на показания за продължаване на интензивното лечение.

(4) Прекратяване на процедурата по ал. 1 (дехоспитализация или привеждане в профилно отделение) се предприема само ако пациентът излезе от моделите на прием (в т. ч. обективни данни за отпадне необходимостта от механична вентилация или от асистирано дишане с назален СРАР) и при него не се появят нови приемни критерии в продължение на 24 последователни часа. Посочените 24 часа, в които пациентът се наблюдава, се считат за една процедура.

**Чл. 314.** (1) Клинични процедури № 3 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“ и № 4 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“ се извършват в полза на пациенти, на които е издадено „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А) от лекар от лечебно заведение – изпълнител на процедурите.

(2) Нови процедури се провеждат при наличие на показания за продължаване на интензивното лечение.

**Чл. 315.** (1) Процедурите по чл. 312, ал. 1, чл. 313, ал. 1 и чл. 314, ал. 1 се извършват в съответствие с алгоритмите по приложение № 19 и се отразяват в посочените в тези алгоритми документи.

(2) Клинични процедури № 1 и 2 се отчитат в РЗОК с екземпляр от „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8), фактура/електронна фактура и спецификация за извършената дейност.

(3) Клинични процедури № 3 и 4 се отчитат с екземпляр от „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А), фактура или електронна фактура и спецификация за извършената дейност.

*Условия и ред за извършване на клинична пътека „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“*

**Чл. 316.** В случай че към момента на приключване на дейностите по АПр по приложение № 18, с изключение на АПр № 5, 30, 31 и 38, се установи от медицински специалист необходимост от наблюдение на пациента в стационарни условия с цел предотвратяване на медицински риск от усложнения в резултат на проведената АПр, той може да бъде хоспитализиран по КП с наименование КП „Наблюдение до 48 часа

в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ и съдържание съгласно приложение № 16, но за период не по-дълъг от 48 часа.

**Чл. 317.** (1) В случаите по чл. 316 изпълнителят на АПр привежда пациента от АПр по КП към същото или друго лечебно заведение, изпълняващо КП „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ по приложение № 16, като попълва „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7).

(2) Изпращащият изпълнител на АПр задължително предоставя на приемащия изпълнител на КП „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ писмена информация, отразена в амбулаторен лист за клиничното състояние на пациента и оказаните му диагностично-лечебни процедури, както и мотивите за приважане в приемащото лечебно заведение, изпълняващо КП „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ по приложение № 16.

**Чл. 318.** (1) Клинична пътека „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ по приложение № 16 се отчита в РЗОК с екземпляр от „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7), фактура/електронна фактура и спецификация за извършената дейност.

(2) Клинична пътека „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ по приложение № 16 се извършва в съответствие с алгоритъма на същото и се отразява в съответните документи.

*Условия и ред за извършване на амбулаторна процедура „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ...“*

**Чл. 319.** (1) Клинична пътека с договорен минимален престой до 3 дни може да бъде изпълнена и приключена като АПр с наименование АПр „Предсрочно изпълнение на КП ...“ и съдържание съгласно приложение № 18 в случай, че в рамките на не по-малко от 12 часа от престоя на пациента в лечебното заведение по КП по отношение на него са изпълнени всички задължителни дейности и са налице всички условия за дехоспитализация, определени с този НРД, и е налице писмена оценка от лекар за липсата на медицински риск за пациента от приключването на дейността по КП.

(2) Амбулаторна процедура „Предсрочно изпълнение на КП ...“ по приложение № 18 се извършва в съответствие с алгоритъма на същото и се отразява в съответните документи.

(3) Амбулаторна процедура „Предсрочно изпълнение на КП ...“ по приложение № 18 се отчита в РЗОК с екземпляр от „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7), фактура/електронна фактура и спецификация за извършената дейност.

*Условия и ред за извършване на дейности за „Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)“*

**Чл. 320.** (1) Комплексно лечение на заболяванията по приложение № 12 „Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)“ към чл. 1, ал. 1 и чл. 4 от Наредба № 2 от 2016 г. се осигурява за:

1. злокачествени заболявания:

- а) злокачествени заболявания при лица до 18 години;
- б) злокачествени солидни тумори при лица над 18 години;
- в) злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години;
- 2. кожно-венерически болести;
- 3. тежкопротичащи възпалителни ставни заболявания;
- 4. редки болести – муковисцидоза.

(2) За заболяванията, посочени в ал. 1, отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на КП и АПр, изчерпателно посочени в приложение № 12 от Наредба № 2 от 2016 г.

**Чл. 321.** Националната здравноосигурителна каса сключва договори за оказване на медицинска помощ за заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) само с лечебни заведения или техни обединения, които са осигурили комплексното лечение на тези заболявания.

**Чл. 322.** (1) Националната здравноосигурителна каса сключва договор за изпълнение на АПр № 5 по чл. 320, ал. 1, т. 1, букви „а“ и „б“ само с лечебни заведения, които са създали клинична онкологична комисия (обща или по локализации), в съответствие с медицински стандарт „Медицинска онкология“ и притежават собствени структури по медицинска онкология от минимум 2-ро ниво на компетентност и структура по лъчелечение или нуклеарна медицина от минимум 2-ро ниво на компетентност.

(2) Всички лечебни заведения, които изпълняват по договор с НЗОК дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкологични заболявания само след заключение от клинична онкологична комисия по АПр № 5, с изключение на случаите, когато лечението се провежда в условията на спешност.

(3) В случаите, когато лечебното заведение по ал. 2 няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр № 5, дейностите на клиничната онкологична комисия се осигуряват по договор с лечебно заведение по ал. 1.

(4) Договор за отделни дейности по чл. 320, ал. 1, т. 1, букви „а“ и „б“ могат да сключат лечебни заведения, които представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по чл. 320, ал. 1, т. 1, букви „а“ и „б“.

(5) Лечебните заведения по ал. 1 и 2 осигуряват на пациентите с онкологични заболявания пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

#### Раздел IV

#### **Предписване и отпускане на лекарствени продукти, прилагани в болничната помощ и заплащани от НЗОК извън цената на клиничните пътеки и амбулаторните процедури**

**Чл. 323.** Националната здравноосигурителна каса заплаща извън цената на КП и/или АПр лекарствени продукти, които на основание чл. 45, ал. 18 ЗЗО са включени в пакета, определен с Наредба № 2 от 2016 г., както следва:

1. противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания (в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства) по КП № 240, 242, 243, 245, 246, 248, 249, 250, 251 и 252 на необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение;

2. еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия за хематологични заболявания, прилагани в КП № 244 за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване или лечение;

3. противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания по АПр № 6 на необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение;

4. опиоидни аналгетици, предписвани за лечение на пациентите със злокачествени заболявания при диспансерното им наблюдение по АПр № 7.

**Чл. 324.** (1) Лекарствените продукти по чл. 323 се предписват от изпълнителите на съответната КП и АПр при условията и по реда на глава трета, раздел V от Наредба № 4 от 2009 г. **и отпускат при условията и по реда на глава четвърта, раздел V от Наредба № 4 от 2009 г.**

(2) Лекарствените продукти за перорална прицелна противотуморна терапия и перорална химиотерапия за домашно лечение по чл. 323 се предписват в лечебните заведения за БМП и КОЦ на рецептурна бланка (образец МЗ НЗОК № 6 по приложение № 8г от Наредба № 4 от 2009 г.). Рецептурната бланка се издава в два екземпляра, първият от които се предава чрез пациента на аптеката на лечебното заведение със стационар, а вторият се съхранява от лекуващия лекар/лекар по дентална медицина. Болничната аптека отпуска на пациента лекарствените продукти срещу подпис и собственоръчно положено име на получилия лекарствата.

~~**Чл. 325.** (1) Лекарствените продукти по чл. 323 се предписват от комисиите съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“, раздел VI, т. 4, и „Клинична хематология“, раздел IV, т. 2, съответно Клинична онкологична комисия по химиотерапия и Клинична комисия по хематология.~~

**(1) Лекарствените продукти по чл. 323 се предписват от комисиите по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.**

~~(2) В решенията на комисиите по ал. 1 се вписват задължително терапевтичната схема на лечение, съдържаща международно непатентно и търговско наименование на прилаганите лекарствени продукти, индивидуалната доза, продължителността и схемата на терапевтично прилагане.~~

**(2) В решенията на комисиите по ал. 1 се вписват задължително всички реквизити от приложение № 8б и 8г от чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.**

**(3) Решенията на комисиите по ал. 1 се предоставят на НЗОК/РЗОК в електронен формат при започване или промяна на лекарственото лечение.**

(4) Районната здравноосигурителна каса задължително преди заплащане на лекарствените продукти прави проверка за коректността на решенията на комисиите, както и за съответствието на същите за всеки отделен случай.

**Чл. 325а.** (1) Университетските болници и лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, в които има структури по профила на заболяването, проследяват ефекта от прилаганата терапия с лекарствените продукти по чл. 323, включени в ПЛС със задължение за проследяване на ефекта от терапията по чл. 31а от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти.

(2) Проследяването на ефекта от терапията на лекарствените продукти по ал. 1 се извършва за срок до първоначалното подаване на заявление по чл. 57б от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, за поддържане на реимбурсния статус на лекарствения продукт.

(3) Условията и критериите, по които се проследява ефектът от терапията с лекарствените продукти по ал. 1, както и прогнозният брой пациенти за срока по ал. 2 се определят от Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти.

(4) Лечебните заведения по ал. 1 събират информацията за всеки конкретен лекарствен продукт и я предоставят на съответната регионална здравна инспекция ежемесечно.

**Чл. 326.** Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания, се прилагат по назначените схеми, като пациентите се приемат във времеви график, който гарантира най-малък излишък на формите за инфузия. Този график се утвърждава от завеждащия клиниката/отделението, където се осъществява терапията с инфузионни противотуморни лекарствени продукти.

**Чл. 327.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на лечебните заведения за лекарствените продукти за лечение на онкологични заболявания, заплащани извън цената на КП и АПр, с остатъчен срок на годност под 60 % стойност, а за биологични лекарствени продукти с остатъчен срок на годност под 25 %, намалена със съответната неустойка, дължима от дистрибуторската фирма на лечебното заведение, задължително посочена съгласно договора между тях.

~~(2) За терапийните, при които се назначават лекарствени продукти съобразно телесното тегло и/или телесната повърхност на пациента, НЗОК заплаща за количеството от тези лекарствени продукти, изчислено на база средна стойност на средностатистическото телесно тегло на мъж или жена, съгласно съвместно указание, издадено до 31 март 2017 г. БЛС предлага текстът да отпадне~~

**НЗОК предлага текст:**

(2) В случаите, в които отчетеното за календарен месец количество лекарствен продукт на пациент надвишава определеното количество, изчислено на база максимална месечна доза за средностатистически ръст и тегло (за мъже - 175 см., за жени – 163 см.; средно тегло за мъже – 81 кг., за жени – 67 кг.) и средностатистическа телесна повърхност (за мъже 1.98 м<sup>2</sup>, за жени – 1.74 м<sup>2</sup>), заплащането на лекарствените продукти за съответния отчетен месец на изпълнителите на БМП се извършва проверка от контролните органи.

**Текстът остава за обсъждане**

## Раздел V

### Критерии за качество и достъпност на болнична медицинска помощ

**Чл. 328.** (1) Критериите за качество и достъпност са тези, включени в утвърдените медицински стандарти.

(2) Критериите за качество и достъпност подлежат на мониторинг и контрол.

## Раздел VI

### Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности в болничната медицинска помощ

**Чл. 329.** (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща, медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО при условията и по реда на НРД, определена като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба № 2 от 2016 г.

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

(3) Обемите и цените за периода от 1.04.2017 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2018 г. по ЗБНЗОК за 2018 г.

(4) Цените и обемите в настоящия раздел подлежат на промяна по реда на чл. 333.

*Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности по клинични пътеки*

**Чл. 330.** (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят закупуването на следните обеми за дейностите по КП, посочени по приложение № 9 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г., по цени, както следва:

### !!!!!!!Предложения на БЛС за обеми и цени

Код	Номенклатура	Цени за 2017	Предложение за обеми	БЛС предл. за цена 2018
		лв.	обем (бр.)	лв.
1	2	3	4	5
	<b>Общо БМП:</b>		<b>2 229 079</b>	
	<b>Клинични пътеки</b>		<b>1 317 232</b>	
001	Стационарни грижи при бременност с повишен риск	390	23 071	400
002	Пренатална инвазивна диагностика на бременността и интензивни грижи при бременност с реализиран риск	800	3 925	800
003	Оперативни процедури за задържане на бременност	128	239	150
004	Преждевременно прекъсване на бременността		0	
004.1	Преждевременно прекъсване на бременността спонтанно или по медицински показания до 13 гест. с. включително	146	4 709	170
004.2	Преждевременно прекъсване на бременността спонтанно или по медицински показания от 14 гест. с. до 26 г.с. на плода	230	681	280
005	Раждане	580	34 176	<b>720</b>

006	Грижи за здраво новородено дете	160	24 625	<b>200</b>
007	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, първа степен на тежест	800	9 529	800
008	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, втора степен на тежест	1 200	3 302	1200
009	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, първа степен на тежест	900	2 197	900
010	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, втора степен на тежест	1 300	2 300	1300
011	Диагностика и лечение на новородени с тегло под 1499 грама	3 600	565	3600
012	Диагностика и лечение на дете с вродени аномалии	1 198	1 573	1200
013	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, първа степен на тежест	2 000	617	2000
014	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, втора степен на тежест	3 200	470	3200
015	Диагностика и интензивно лечение на новородени с приложение на сърфактант		0	
015.1	Диагностика и интензивно лечение на новородени с еднократно приложение на сърфактант, независимо от теглото	3 300	158	3300
015.2	Диагностика и интензивно лечение на новородени с многократно приложение на сърфактант, независимо от теглото	5 600	737	5600
016	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис/остър миокарден инфаркт без инвазивно изследване и/или интервенционално лечение	200	5 727	300
017	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания	750	12 184	750
018	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания с механична вентилация	1 320	57	1320
019	Постоянна електрокардиостимулация		0	
019.1	Постоянна електрокардиостимулация - антибрадикарден пейсмейкър	400	3 000	600
019.2	Постоянна електрокардиостимулация - кардиовертер	1 100	296	1100
020	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания	3 318	6 320	3318
021	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии	3 318	731	3318
022	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации	3 318	14	3318
023	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация	3 600	29	3600
024	Ендоваскуларно лечение на екстракраниални съдове	370	1	370
025	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване	900	12 426	900
026	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение	3 430	9 995	3430
027	Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с фибринолитик	2 750	67	2750
028	Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение	4 540	5 591	4540

029	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация	420	59 163	520
030	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация	1 300	260	1300
031	Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит	4 950	163	4950
032	Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда	462	1 630	462
033	Диагностика и лечение на ритъмни и проводни нарушения	345	22 381	435
034	Диагностика и лечение на артериална хипертония в детската възраст	600	238	750
035	Диагностика и лечение на хипоксемични състояния при вродени сърдечни малформации в детска възраст	600	13	800
036	Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм без фибринолитик	700	3 407	700
037	Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм с фибринолитик	2 481	150	2600
038	Диагностика и лечение на хронична обструктивна белодробна болест – остра екзацербация	420	9 500	550
039	Диагностика и лечение на бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18 годишна възраст	450	22 000	600
040	Диагностика и лечение на бронхиална астма: средно тежък и тежък пристъп		0	
040.1	Бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица над 18-годишна възраст	426	5 052	550
040.2	Бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица под 18-годишна възраст	553	2 772	650
041	Диагностика и лечение на алергични и инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система		0	
041.1	Диагностика и лечение на алергични заболявания на дихателната система при лица над 18 г.	333	1 045	400
041.2	Диагностика и лечение при инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система при лица под 18 години	400	9 300	500
042	Диагностика и лечение на гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система		0	
042.1	Гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица над 18 години	700	6 931	800
042.2	Гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица под 18 години	1 200	47	1200
043	Бронхоскопски процедури с неголям обем и сложност в пулмологията	280	2 000	280
044	Високоспециализирани интервенционални процедури в пулмологията	800	2 500	800
045	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система	600	12 909	650
046	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система в детска възраст	1 200	21	1200
047	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация	1 540	120	1540
048	Диагностика и лечение на бронхопневмония в детска възраст	545	25 539	720
049	Диагностика и лечение на бронхиолит в детската възраст	431	11 253	630

050	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза	620	35 000	730
051	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с тромбоза	2 800	350	3000
052	Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив	774	1 700	850
053	Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив	1 000	190	1000
054	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гиле-Баре)	5 500	89	5500
055	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гиле-Баре) на апаратна вентилация	10 000	5	10000
056	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми	461	62 000	550
057	Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити	1 755	1 200	2000
058	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система, засягащи ЦНС с начало в детска възраст	600	332	700
059	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система при възрастни пациенти, засягащи централна нервна система и моторния неврон (ЛАС)	450	2 314	550
060	Диагностика и лечение на невро-мускулни заболявания и болести на предните рога на гръбначния мозък	480	204	480
061	Диагностика и лечение на мултипленна склероза	533	1 500	650
062	Диагностика и лечение на епилепсия и епилептични пристъпи	300	4 505	400
063	Лечение на епилептичен статус	500	650	600
064	Диагностика и лечение на миастения гравис и миастенни синдроми		0	
064.1	Миастения гравис и миастенни синдроми при лица над 18 години	500	221	500
064.2	Миастения гравис и миастенни синдроми при лица под 18 години	657	10	657
065	Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация	5 000	6	5000
066	Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация	7 000	13	7000
067	Диагностика и лечение на паркинсонова болест	231	426	231
068	Диагностика и лечение на заболявания на горния гастроинтестинален тракт	600	18 027	600
069	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт	850	14 396	850
070	Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит	1 100	2 057	1200
071	Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво	604	9 899	605
072	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт	579	9 082	600
073	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума	1 500	7 549	1500

074	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума	920	26 900	920
075	Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза)	1 000	7 109	1100
076	Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания	630	9 377	700
077	Диагностика и лечение на хронични диарии, с начало в детската възраст	400	2	400
078	Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет		0	
078.1	Декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години	600	26 448	700
078.2	Декомпенсиран захарен диабет при лица под 18 години	506	700	650
079	Диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза	341	2 507	341
080	Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека		0	
080.1	Заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица над 18 години	460	1 554	500
080.2	Заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица под 18 години	600	631	650
081	Лечение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна		0	
081.1	Костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица над 18 години	392	300	450
081.2	Костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица под 18 години	450	39	450
082	Диагностика на лица с метаболитни нарушения	630	4 000	630
083	Лечение на лица с метаболитни нарушения	630	600	630
084	Диагностика и лечение на остър и хроничен обострен пиелонефрит	420	23 335	500
085	Диагностика и лечение на гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания – новооткрити	876	1 294	950
086	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания		0	
086.1	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - при лица над 18 години	876	6 500	950
086.2	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - при лица под 18 години	950	196	1050
087	Диагностика и лечение на остра бъбречна недостатъчност		0	
087.1	Остра бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	883	2 000	900
087.2	Остра бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	950	35	1050
088	Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност		0	
088.1	Хронична бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	330	3 028	400
088.2	Хронична бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	350	97	400
089	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан		0	
089.1	Системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години	466	3 066	500

089.2	Системни заболявания на съединителната тъкан при лица под 18 години	515	163	580
090	Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания		0	
090.1	Възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години	689	15 717	750
090.2	Възпалителни ставни заболявания при лица под 18 години	730	879	770
091	Диагностика и лечение на дегенеративни и обменни ставни заболявания	472	4 731	500
092	Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози	770	200	770
093	Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата	470	4 742	500
094	Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис - обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен	480	1 003	550
095	Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем	389	485	400
096	Лечение на кожни прояви при съединително-тъканни заболявания и васкулити	434	224	434
097	Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин	250	17	250
098	Диагностика и лечение на остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром	572	17 200	620
099	Диагностика и лечение на инфекциозни и паразитни заболявания, предавани чрез ухапване от членестоноги	472	950	520
100	Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит А и Е	1 100	2 173	1100
101	Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит В, С и D	1 277	513	1277
102	Диагностика и лечение на паразитози	457	37	457
103	Диагностика и лечение на покривни инфекции	457	39	457
104	Диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални заболявания - остро протичащи, с усложнения	487	2 176	500
105	Диагностика и лечение на вирусни хеморагични трески	1 000	8	1000
106	Диагностика и лечение на токсикоалергични реакции		0	
106.1	Токсикоалергични реакции при лица над 18 години	500	3 117	500
106.2	Токсикоалергични реакции при лица под 18 години	550	3 322	550
107	Диагностика и лечение на отравяния и токсични ефекти от лекарства и битови отрови	700	5 100	750
108	Диагностика и лечение на фалоидно гъбно отравяне	2 200	7	2200
109	Диагностика и лечение на токсична епидермална некролиза (болест на Лайел)	1 650	14	1650
110	Лечение на доказани първични имунодефицити	2 163	62	2163
111	Диагностика и лечение на остри внезапно възникнали състояния в детската възраст	125	4 600	300
112	Диагностика и лечение на муковисцидоза	980	150	1200
113	Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип		0	
113.1	Консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип (диагностична)	150	177	200

113.2	Консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип с минимален болничен престой 4 дни	340	13 900	400
114	Интензивно лечение на коматозни състояния, неиндицирани от травма	2 134	1 443	2200
115	Интензивно лечение при комбинирани и/или съчетани травми	2 284	414	2500
116	Оперативно лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години	10 100	1 040	10100
117	Оперативно лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение при лица от 0 до 18 години. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица от 0 до 18 години	10 100	49	10100
118	Оперативно лечение на деца до 1 година с критични вродени сърдечни малформации в условията на екстракорпорално кръвообращение	18 000	25	18000
119	Оперативни процедури при комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условия на екстракорпорално кръвообращение	13 500	1 708	13500
120	Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция	14 500	506	14500
121	Оперативно лечение на заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица над 18 години	3 449	541	3450
122	Оперативно лечение при заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица под 18 години	4 500	23	4500
123	Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им	3 500	4 456	3500
124	Оперативно лечение на хронична съдова недостатъчност във феморо-поплитеалния и аксиларно-брахиалния сегмент	1 919	3 641	1919
125	Оперативно лечение на клонове на аортната дъга	1 709	370	1709
126	Спешни оперативни интервенции без съдова реконструкция при болни със съдови заболявания (тромбектомии, емболектomie, ампутации и симпатектомии)	1 100	1 220	1100
127	Консервативно лечение на съдова недостатъчност	475	5 120	520
128	Консервативно лечение с простагландини/простациклинови деривати при съдова недостатъчност	330	2	330
129	Оперативно лечение при варикозна болест и усложненията ѝ	333	155	400
130	Оперативни процедури върху придатъците на окото с голям обем и сложност	300	3 177	300
131	Други операции на очната ябълка с голям обем и сложност	410	1 000	410
132	Кератопластика	1 000	325	1000
133	Консервативно лечение на глаукома, съдови заболявания на окото и неперфоративни травми	273	9 667	273
134	Консервативно лечение при инфекции и възпалителни заболявания на окото и придатъците му	249	3 464	249
135	Оперативно лечение при заболявания на ретина, стъкловидно тяло и травми, засягащи задния очен сегмент	700	1 937	700

136	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с много голям обем и сложност	2 950	1 287	2950
137	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с голям обем и сложност	1 500	4 960	1500
138	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото със среден обем и сложност	650	9 000	650
139	Високотехнологична диагностика при ушно-носно-гърлени болести	450	3 000	450
140	Консервативно парентерално лечение при ушно-носно-гърлени болести	150	1 061	150
141	Трансуретрално оперативно лечение при онкологични заболявания на пикочния мехур	800	3 336	1100
142	Радикална цистопростатектомия с ортотопичен пикочен мехур	5 000	20	4000
143	Трансуретрална простатектомия	1 000	2 119	1100
144	Отворени оперативни процедури при доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза и нейните усложнения	1 200	497	1100
145	Ендоскопски процедури при обструкции на горните пикочни пътища	774	14 002	774
146	Оперативни процедури при вродени заболявания на пикочо-половата система	2 500	290	2500
147	Оперативни процедури върху мъжка полова система	500	8 732	600
148	Оперативни процедури на долните пикочни пътища с голям обем и сложност	2 600	348	2600
149	Оперативни процедури на долните пикочни пътища със среден обем и сложност	1 160	701	1160
150	Оперативни процедури при инконтиненция на урината	612	74	612
151	Реконструктивни операции в урологията	1 000	580	1000
152	Ендоскопски процедури при обструкции на долните пикочни пътища	450	10 200	520
153	Оперативни процедури при травми на долните пикочни пътища	1 000	287	1000
154	Оперативни процедури на бъбрека и уретера с голям и много голям обем и сложност	2 300	2 400	2300
155	Оперативни процедури на бъбрека и уретера със среден обем и сложност	942	1 277	950
156	Радикална цистектомия. Радикална цистопростатектомия	3 200	159	3200
157	Радикална простатектомия	2 500	330	3200
158	Оперативни интервенции при инфекции на меките и костни тъкани	500	19 000	590
159	Артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	700	1 695	700
160	Нерадикално отстраняване на матката	1 024	3 970	1100
161	Радикално отстраняване на женски полови органи	1 055	730	1100
162	Оперативни интервенции чрез коремен достъп за отстраняване на болестни изменения на женските полови органи	711	4 381	780
163	Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или инвазивно изследване на женските полови органи	277	17 500	340
164	Корекции на тазова (перинеална) статика и/или на незадържане на урината при жената	806	902	806

165	Диагностични процедури и консервативно лечение на токсо-инфекциозен и анемичен синдром от акушеро-гинекологичен произход	408	7 704	460
166	Корекции на проходимост и възстановяване на анатомия при жената	605	96	650
167	Системна радикална ексцизия на лимфни възли (тазови и/или парааортални и/или ингвинални) като самостоятелна интервенция или съчетана с радикално отстраняване на женски полови органи. Тазова екзентерация	1 700	715	2400
168	Високотехнологична асистирана с робот гинекологична хирургия	8 000	246	8000
169	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок	1 109	90	1500
170	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок, с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването	6 800	15	6800
171	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	2 700	1 803	2900
172	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	2 900	35	3100
173	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица над 18 години	1 621	185	1800
174	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица под 18 години	1 621	26	1800
175	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	2 453	7 003	2700
176	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	2 600	120	2800
177	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица над 18 години	939	1 870	1200
178	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица под 18 години	1 000	54	1200
179	Оперативни процедури върху апендикс	558	2 448	650
180	Хирургични интервенции за затваряне на стома	624	181	650
181	Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство	426	9 043	500
182	Оперативни процедури при хернии	574	9 483	650
183	Оперативни процедури при хернии с инкарцерация	601	2 129	700
184	Конвенционална холецистектомия	1 127	611	1150
185	Лапароскопска холецистектомия	880	2 854	950
186	Оперативни процедури върху екстрахепаталните жлъчни пътища	2 138	1 118	2300
187	Оперативни процедури върху черен дроб	3 000	891	3500
188	Оперативни процедури върху черен дроб при ехинококова болест	1 355	88	1450
189	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, с голям и много голям обем и сложност	4 500	560	5000

190	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, със среден обем и сложност	1 720	37	1900
191	Оперативни процедури върху далака		0	
191.1	Оперативни процедури върху далака при лица над 18 години	1 000	101	1000
191.2	Оперативни процедури върху далака при лица под 18 години	1 500	17	1500
192	Оперативни интервенции при диабетно стъпало, без съдово-реконструктивни операции	1 200	5 163	1200
193	Оперативно лечение на онкологично заболяване на гърдата: стадии Tis 1-4 N 0-2 M0-1	1 100	3 300	1300
194	Оперативни интервенции върху гърда с локална ексцизия и биопсия	200	2 722	350
195	Оперативно лечение при остър перитонит	2 000	2 951	2300
196	Оперативно лечение на интраабдоминални абсцеси	1 375	114	1500
197	Консервативно лечение при остри коремни заболявания	714	16 101	750
198	Хирургично лечение при животозастрашаващи инфекции на меките и костни тъкани	2 000	4 396	2200
199.1	Лечение на тумори на кожа и лигавици - злокачествени новообразувания	550	3 054	550
199.2	Лечение на тумори на кожа и лигавици - доброкачествени новообразувания	305	4 688	305
200	Реконструктивни операции на гърдата по медицински показания след доброкачествени и злокачествени тумори, вродени заболявания и последици от травми и изгаряния	554	100	800
201	Оперативни процедури върху щитовидна и парашитовидни жлези, с голям и много голям обем и сложност	900	575	1000
202	Оперативни процедури върху щитовидна и парашитовидни жлези, със среден обем и сложност	700	787	800
203	Хирургично лечение при надбъбречни заболявания	1 500	49	1500
204	Тежка черепно-мозъчна травма - оперативно лечение	3 300	356	3400
205	Тежка черепно - мозъчна травма - консервативно поведение	1 330	315	1330
206	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)	3 550	1 785	4100
207	Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин	2 300	625	2300
208	Консервативно поведение при леки и средно тежки черепно-мозъчни травми	384	9 200	400
209	Хирургично лечение при травма на главата	1 052	756	1052
210	Периферни и черепномозъчни нерви (екстракраниална част) – оперативно лечение	800	1 515	800
211	Гръбначни и гръбначно-мозъчни оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност	2 300	1 597	2550
212	Гръбначни и гръбначно-мозъчни оперативни интервенции с малък и среден обем и сложност	1 819	2 135	1819
213	Оперативно лечение на тумори на бял дроб, медиастиnum, плевра и гръдна стена	2 500	1 185	2700

214	Разширени (големи) операции с пълно или частично отстраняване на повече от един интраторакален орган, включително медиастинален тумор или гръдна стена. Едноетапни операции при белодробни болести засягащи двата бели дроба при болести със съчетана белодробна и друга локализация	3 000	220	3500
215	Оперативно лечение на болести на бял дроб, медиастиnum, плевра и гръдна стена, без онкологични заболявания	1 550	1 529	1700
216	Спешни състояния в гръдната хирургия	450	1 302	550
217	Оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на таза и долния крайник			
217.1	Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник	2 050	11 500	2050
217.2	Оперативни процедури с много голям обем и сложност на таза, тазобедрената и колянната става	4 700	961	4700
217.3	Оперативни процедури при множествени счупвания и/или лускации на таза, горни и долни крайници	5 350	180	5350
218	Оперативни процедури с алопластика на тазобедрена и колянна става	1 257	6 700	1257
219	Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност	910	14 142	910
220	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност	1 000	8 540	1000
221	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с много голям обем и сложност	1 326	900	1326
222	Средни оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	460	9 000	460
223	Оперативни процедури при заболявания на гръдния кош	660	370	720
224	Септични (бактериални) артрити и остеомиелити при лица под 18 години	1 200	25	1200
225	Хирургично лечение в лицево-челюстната област с много голям обем и сложност	1 000	395	1000
226	Оперативно лечение в лицево-челюстната област с голям обем и сложност	705	692	705
227	Оперативни процедури в лицево-челюстната област със среден обем и сложност	863	5 152	863
228	Оперативно лечение на възпалителни процеси в областта на лицето и шията	420	3 664	500
229	Консервативно лечение при заболявания на лицево-челюстната област	300	2 735	300
230	Оперативно лечение на вродени малформации в лицево-челюстната област	720	100	900
231	Лечение на фрактури на лицевите и челюстните кости	803	461	803
232	Хирургично лечение на изгаряния с площ от 5% до 10% при възрастни и до 3% при деца	350	187	500
233	Хирургично лечение при необширни изгаряния с площ от 1 до 19 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции	3 030	1 674	3030
234	Хирургично лечение при обширни изгаряния над 20% от телесната повърхност, с хирургични интервенции	9 000	150	9000
235	Оперативно лечение на поражения, предизвикани от ниски температури (измръзване)	400	5	500
236	Оперативно лечение на последствията от изгаряне и травма на кожата и подкожната тъкан	1 700	1 694	1700

237	Оперативно лечение на кожни дефекти от различно естество, налагащи пластично възстановяване	883	1 262	1000
238	Реплантация и реконструкции с микросъдова хирургия	7 000	58	7000
239	Оперативно лечение на деца до 1 година с вродени аномалии в областта на торакалната и абдоминалната област	10 000	125	10000
240	Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения	470	53 775	470
241	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания		0	
241.1	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори с КТ	400	21 317	400
241.2	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори с ЯМР	600	1 724	600
242	Диагностика и лечение на левкемии	850	6 823	850
243	Диагностика и лечение на лимфоми	665	7 000	665
244	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии	570	13 130	570
245	Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст	880	1 140	1000
246	Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности	665	2 390	665
247	Брахитерапия с ниски активности	327	64	327
248	Конвенционална телегаматерапия	640	135	640
249	Триизмерна конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници	1 100	411	1100
250	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания		0	
250.1	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания 3 дни престой без лъчехимиотерапия	1 850	3 578	1850
250.2	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания 30 дни престой или не по-малко от 20 процедури без нощувка	3 700	1 447	3700
251	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания		0	
251.1	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания престой 5 дни или не по-малко от 5 процедури	2 700	1 719	2700
251.2	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания 30 дни престой или не по-малко от 20 процедури без нощувка	5 400	3 155	5400
252	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания		6	
252.1	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания	4 500	415	4500
252.2	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания - роботизирана с кибер нож	9 000	24	9000
253	Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания *	51	12 306	65

254	Продължително лечение и ранна рехабилитация след острия стадий на исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт с остатъчни проблеми за здравето **	360	800	500
255	Продължително лечение и ранна рехабилитация след инфаркт на миокарда и след сърдечни интервенции **	360	13	500
256	Продължително лечение и ранна рехабилитация след оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност с остатъчни проблеми за здравето **	400	600	540
257	Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи при персистиращо/хронично/вегетативно състояние	100	6	100
258	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на централна нервна система	330	322	400
259	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на периферна нервна система	353	172	400
260	Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа	595	2 913	600
261	Физикална терапия и рехабилитация при първични мускулни увреждания и спинална мускулна атрофия	353	69	400
262	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система	482	8 631	482
263	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система	330	26 700	330
264	Физикална терапия и рехабилитация след преживян/стар инфаркт на миокарда и след оперативни интервенции	482	800	482
265	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат	330	63 732	330
266	Речева рехабилитация след ларингектомия	285	53	285
999	Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура	100	1 170	120

(2) Обемите за КП № 253 и КП № 257 са в брой леглодни. Обемите за КП № 254, КП № 255, КП № 256 и КП № 260 са в брой случаи, като цената е за 10 леглодни.

(3) За случай по КП, отчетен като АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ...“ по приложение № 11 на Наредба № 2 от 2016 г., се заплаща 80 % от цената на съответната КП, с изключение на КП № 240, 241, 242, 243 и 245, за които се заплаща 60 % от цената на съответната КП. – предстои обсъждане на текста

(4) За случай по КП № 16, 17, 19.1, 20, 25, 27 или 33, отчетен като АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ...“ по приложение № 11 на Наредба № 2 от 2016 г., се заплаща цената на съответната КП № 16, 17, 19.1, 20, 25, 27 или 33.

*Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности по клинични процедури*

**Чл. 331.** Националната здравноосигурителна каса през 2018 г. закупува договорените с БЛС обеми за дейностите по КПр по приложение № 8 към чл. 1, ал. 1 от Наредба № 2 от 2016 г. по цени, както следва:

!!!!!!!!!!!!Предложение на БЛС за обеми и цени

Код	Номенклатура	Цени 2017	Предл. обеми	БЛС предл. за цена 2018
		лв.	(бр.)	лв.
1	2	3	4	5
	<b>Клинични процедури</b>		<b>148 195</b>	
01	Диализно лечение при остри състояния	144	5 411	144
02	Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане	100	845	100
03	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене	426	90 939	426
04	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене	155	51 000	180

*Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности по амбулаторни процедури*

**Чл. 332.** Националната здравноосигурителна каса през 2018 г. закупува договорените с БЛС обеми за дейностите по АПр по приложение № 7 към чл. 1, ал. 1 на Наредба № 2 от 2016 г. по цени, както следва:

**!!!!!!!!!!!!Предложение на БЛС за обеми и цени**

Код	Номенклатура	Цени 2017	Предл. обеми	БЛС предл. за цена 2018
		лв.	(бр.)	лв.
1	2	3	4	5
	<b>Амбулаторни процедури</b>		<b>763 653</b>	
01	Хроничемодиализа	144	372 862	144
02	Перитонеална диализа с апарат	130	10 868	130
03	Перитонеална диализа без апарат	93	22 551	93
04	Осигуряване на постоянен достъп за провеждане на диализно лечение и химиотерапия	182	454	182
05	Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания	50	62 613	50
06	Системнолекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания	150	59 687	150
07	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания	130	73 660	130

08	Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия	250	1 698	250
09	Амбулаторно наблюдение/ диспансеризация при муковисцидоза	45	1	45
10	Наблюдение при пациенти с невромускулни заболявания на неинвазивна вентилация	160	1	160
11	Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика	91	2 700	120
12	Бъбречно-каменна болест: уролитиаза - екстракорпорална литотрипсия	266	5 836	320
13	Инструментална диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза	154	1 670	154
14	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на заболявания на хипофизата и надбъбрека	210	845	210
15	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна	150	68	150
16	Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис	32	1 500	40
17	Диагностика и лечение на еритродермии	26	1 257	40
18	Оперативни процедури в областта на ушите, носа и гърлото и лицево-челюстната област с малък обем и сложност	250	4 800	280
19	Оперативно отстраняване на катаракта	360	26 593	380
20	Хирургично лечение на глаукома	390	856	390
21	Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност	150	9 698	150
22	Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник	193	7 393	200
23	Малки оперативни процедури на таза и долния крайник	256	1 541	270
24	Малки артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	144	4	144
25	Диагностична и терапевтична пункция и/или биопсия	58	112	80
26	Амбулаторни хирургични процедури	90	9 000	100
27	Специфични изследвания при хематологични заболявания	250	2 274	250
28	Паравертебрални блокади и блокади на отделни нерви	25	2	25
29	Поетапна вертикализация и обучение в ходене	100	810	150
30	Напасване на протеза на горен или долен крайник	24	2	24
31	Амбулаторно наблюдение на лица с кохлеарно-имплантна система	50	22	50
32	Амбулаторно наблюдение на лица с постоянен електрокардиостимулатор	50	1 374	50
33	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема	12	663	20

34	Ендоскопска диагностика на заболявания, засягащи стомашно-чревния тракт	120	1 077	120
35	Сцинтиграфски изследвания	70	8 500	120
36	Позитронно-емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ) (РЕТ/СТ)	2 000	10 000	2200
37	Еднофотонна емисионна компютърна томография с компютърна томография – SPECT/СТ на хибриден скенер	350	3 555	450
38	Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 от ЗЗО	22	49 806	30
39	Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит	150	12	150
40	Амбулаторно лечение и контрол на идиопатична белодробна фиброза	90	2	90
41	Амбулаторно лечение и контрол при туберозна склероза	90	2	90
42	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация на пациенти с тежкопротичащи възпалителни полиартропатии и спондилопатии	90	7 284	90

### Предстои обсъждане на чл. 333

**Чл. 333.** (1) В съответствие с чл. 55а ЗЗО НЗОК и БЛС планират и договарят закупуването за ЗОЛ на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО в рамките на договорените обеми по чл. 330, 331 и 332, както и в съответствие с бюджета на НЗОК за 2018 г.

(2) В изпълнение на чл. 4, ал. 5 ЗБНЗОК за 2018 г. представителите по чл. 54, ал. 1 ЗЗО извършват наблюдение и анализ за изпълнението на договорените обеми, както и текущо – за изпълнението на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания към 30.06.2017 г., 30.09.2017 г., 31.12.2017 г. и към 31.03.2018 г. по месеците на извършване на дейността. След 30.06.2017 г. БЛС получава на тримесечие информация за касовото изпълнение на здравноосигурителните плащания по бюджета на НЗОК.

(3) В случай че при анализа по ал. 2 се установи превишение на договорените обеми и/или очакван преразход на средствата за здравноосигурителни плащания за БМП за медицински изделия, прилагани в БМП, или за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП, надхвърлящ с повече от 3 на сто на месечна база с натрупване до края на 2017 г., НС на НЗОК и УС на БЛС преминават към договаряне на коригирани цени в рамките на оставащите средства в рамките на 2017 г. в срок до 20-о число на месеца, следващ анализа.

(4) Когато в срока по ал. 3 не се постигне договореност, НС на НЗОК намалява цените на КП/КПр/АПр в рамките на оставащите средства за здравноосигурителните плащания за БМП.

(5) Корекциите по ал. 3 или 4 се отразяват в допълнителни споразумения към сключените договори с изпълнителите на БМП.

(6) В случай че при анализа по ал. 2 се установи очаквано неизпълнение на договорените обеми и/или очаквано неусвояване на средства за здравноосигурителни плащания за БМП за медицински изделия, прилагани в БМП, или за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на БМП към 31 декември 2017 г., в едномесечен срок от анализа НЗОК и БЛС договарят промени в договорените обеми и цени в рамките на бюджетните средства на НЗОК за съответните здравноосигурителни плащания, което създава основание за промяна в сключените договори с изпълнителите на БМП.

(7) Текущо през периода на действие на този договор в зависимост от оказаната на ЗОЛ медицинска помощ, когато по някоя дейност се достигне обемът, преди да е извършена актуализация по ал. 3, 4 и 6, тези дейности се заплащат в рамките на наличните средства за здравноосигурителни плащания за БМП по бюджета на НЗОК.

(8) Националната здравноосигурителна каса осъществява контрол по реда на глава четиринадесета на изпълнителите на БМП, извършващи дейности, за които при анализа по ал. 2 се наблюдава превишение на обемите по чл. 330 – 332, водещо до преразход на средствата по здравноосигурителните плащания.

(9) В хода на изпълнение на НРД в резултат на анализа по ал. 2 НЗОК и БЛС могат да коригират договорените с НРД индикации за хоспитализация и критерии за дехоспитализация по КП/КПр/АПр в съответствие с Наредбата за основния пакет и медицинските стандарти.

## Раздел VII

### Методика за остойностяване на дейностите в болничната медицинска помощ

**Чл. 334.** Методиката на образуване на стойностите, за които НЗОК през 2018 г. има финансов капацитет да закупи дейностите по пакета медицинска помощ по чл. 45, ал. 2 ЗЗО, се състои от следните последователни етапи:

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

2. Определяне на отделните дейности в обхвата на всеки вид здравноосигурителни плащания по т. 1 в разделите за обеми, цени и методика за закупуване на медицинската помощ на този НРД.

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

3.1. информацията за отчетения и заплатен годишен брой дейности от съответния вид през 2014 – 2016 г.;

3.2. отчетените тенденции в годишния ръст на обемите;

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

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

а) демографски фактори и тенденции;

б) промени в нормативната уредба;

в) промени в заболеваемостта;

г) промени в медицинската практика и технология;

д) други значими фактори;

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

4. Определяне на прогнозните стойности на необходимите средства за закупуване на прогнозните обеми по т. 3 по действащите през 2016 г. цени и експертно становище от националните консултанти и бордовете по специалности за цените за нови (незаплащани през предходните години) дейности по пакета за 2018 г.

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

а) еднакви коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през 2016 г. цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (вкл. и предложените от националните консултанти цени на новите дейности по т. 4);

б) различни коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през 2016 г. цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (вкл. и предложените от националните консултанти цени на новите дейности по т. 4), съобразени с налични данни за оценяване на съответната дейност.

## Раздел VIII

### Методика за закупуване на дейностите в болничната медицинска помощ

**Чл. 335.** (1) Тази методика урежда закупуването на дейностите за БМП за:

1. задължително здравноосигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО с непрекъснати здравноосигурителни права;

2. здравнонеосигурени лица съгласно § 2, ал. 1 ЗБНЗОК за 2018 г.:

а) за акушерска помощ по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ;

б) за интензивно лечение;

3. лица, които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес по реда на Постановление № 17 на Министерския съвет от 2007 г. за определяне на условията и реда за разходване на целевите средства за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ на лица, които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес съгласно § 8, ал. 1 ЗБНЗОК за 2018 г.;

4. лица, осигурени в друга държава, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби за социално осигуряване, по силата на които лицата имат право на болнична помощ, предоставяна от НЗОК.

(2) Заплащането по ал. 1, т. 2 се извършва чрез трансфери от Министерството на здравеопазването по реда на § 2 ЗБНЗОК за 2018 г.

(3) Заплащането по ал. 1, т. 3 се извършва чрез целеви средства от Агенцията за социално подпомагане по реда на § 8, ал. 3 ЗБНЗОК за 2018 г.

**Чл. 336.** (1) Националната здравноосигурителна каса закупува договорената и извършената дейност от изпълнителите на БМП от обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба № 2 от 2016 г., както следва:

1. за дейностите по КП, които включват:

а) медико-диагностични изследвания, медицински процедури и прегледи, необходими за удостоверяване на необходимостта от хоспитализация;

б) медицински дейности по КП, в стойността на които се включват: необходимите за дейността лекарствени продукти, анестетици и контрастни вещества (извън тези по чл. 323, т. 1 и 2); медицински изделия извън тези в списъка по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 г.; услуги, включващи професионални грижи и диетично хранене, предоставени на пациентите по време на тяхната хоспитализация;

в) медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите;

г) до два контролни прегледа (освен ако в диагностично-лечебния алгоритъм на КП не е предвидено друго) в лечебно заведение – изпълнител на БМП, при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, задължително вписани в епикриза;

2. за дейностите по АПр, които включват:

а) медико-диагностични изследвания, медицински процедури и прегледи, необходими за удостоверяване на необходимостта от лечение;

б) медицински дейности по АПр, в стойността на които се включват: необходимите за дейността лекарствени продукти, анестетици и контрастни вещества (извън тези по чл. 323, т. 3 и 4); медицински изделия извън тези в списъка по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 г.; услуги, включващи професионални грижи и диетично хранене, предоставени на пациентите по време на тяхното лечение;

в) медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите;

3. за дейностите по КПр:

а) медико-диагностични изследвания, медицински процедури и прегледи, необходими за удостоверяване на необходимостта от хоспитализация;

б) медицински дейности по КПр, в стойността на които се включват: необходимите за дейността лекарствени продукти, анестетици и контрастни вещества; услуги, включващи професионални грижи и диетично хранене, предоставени на пациентите по време на тяхната хоспитализация;

в) медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите;

4. лекарствени продукти по чл. 323.

(2) Лекарствените продукти по чл. 323 се заплащат при условията и по реда на Наредба № 10 от 2009 г.

(3) Вложените при изпълнение на КП и АПр медицински изделия от списъка по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 г. НЗОК заплаща извън цената на КП и АПр. Медицинските изделия се заплащат до стойностите, до които НЗОК заплаща за съответните групи медицински изделия.

(4) При промяна на терапията във връзка с придружаващо хронично заболяване в случаите по ал. 1 НЗОК не заплаща лекарствата за периода на хоспитализация, като те се осигуряват от лечебното заведение – изпълнител на БМП.

**Чл. 337.** Националната здравноосигурителна каса заплаща по реда на тази методика за пациентите, хоспитализирани след влизането в сила на договора между НЗОК и съответния изпълнител на БМП.

**Чл. 338.** Заплащането по чл. 337 се извършва в левове по цени и обеми, определени по раздел VI.

**Чл. 339.** (1) За всеки случай по КП № 253, 254, 255, 256, 257 и 260 и по КПр № 2, 3 и 4 определената цена за един леглоден се умножава по броя на пролежаните леглодни при спазване на ограниченията за болничен престой, установен в алгоритъма на съответните КП и КПр.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща **за срока на действие на този НРД** една хоспитализация на ЗОЛ ~~годишно~~, отчетена по КП № 257 – 265 включително, с изключение на предвидените случаи в съответните диагностично-лечебни алгоритми (ДЛА) на посочените КП.

(3) За КП № 17 и 18 НЗОК заплаща до 2 пъти годишно на едно ЗОЛ за определен съдов сегмент съгласно диагностично-лечебния алгоритъм.

**Чл. 340.** (1) За АПр се заплаща съгласно ДЛА, както следва:

1. за АПр № 1, 2 и 3 – за всеки отделен случай за отчетен месец;
2. за АПр № 4 – една АПр на едно ЗОЛ за месец;
3. за АПр № 5, 11, 13 – 15, 18, 21 – 24, 28, 34 – 37 – не повече от една АПр на едно ЗОЛ за месец;
4. за АПр № 12 – три процедури за 12 месеца на бъбрек;
5. за АПр № 6 – не повече от предвидените в ДЛА;
6. за АПр № 7 – съгласно приложение № 18 на Наредба № 8 от 2016 г.;
7. за АПр № 8 и 9 – не повече от четири АПр на едно ЗОЛ за година;
8. за АПр № 10 и 31 – не повече от една АПр на едно ЗОЛ за година;
9. за АПр № 16 – не повече от десет последователни АПр на едно ЗОЛ за месец и не повече от 4 пъти годишно на едно ЗОЛ;
10. за АПр № 17 – не повече от седем последователни АПр на едно ЗОЛ за месец и не повече от 4 пъти годишно на едно ЗОЛ;
11. за АПр № 19, 20 и 32 – не повече от две АПр на едно ЗОЛ за година;
12. за АПр № 25 – не повече от две АПр с едно „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А);
13. за АПр № 26 – не повече от три АПр с едно „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А);
14. за АПр № 27 – при извършване и на двете диагностични процедури, включени в тази АПр, се заплаща два пъти стойността на същата;
15. за АПр № 29 – заплаща се пакетна цена за минимум 10 процедури на едно ЗОЛ;
16. за АПр № 30 – не повече от десет последователни медицински дейности на едно ЗОЛ и не повече от 2 АПр годишно на едно ЗОЛ;
17. за АПр № 33 – за не повече от 12 броя годишно на ЗОЛ;
18. за АПр № 38 – до три броя на диагноза за ЗОЛ годишно;
19. за АПр № 39 – до 4 пъти годишно;
20. за АПр № 40 и 41 – до 3 пъти годишно;
21. за АПр № 42 – до четири пъти годишно на едно ЗОЛ.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителя на АПр № 31 за външен компонент – речеви процесор от кохлеарно-имплантна система при необходимост от подмяна след изтичане на 5 години след гаранционния срок и по определен ред и критерии.

**Чл. 341.** (1) Контролните прегледи, включени в КП, не следва да бъдат извършени с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ – бланка МЗ-НЗОК № 3, от същия/друг лекар, извършил дейността по тази КП.

(2) Контролните прегледи след изписване не се отнасят до:

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

(3) Пациентът, преминал по КП, има право на контролните прегледи по чл. 336, ал. 1, т. 1, буква „г“, извършени в лечебното заведение – изпълнител на БМП, от същия/друг лекар, извършил дейността, но без да се отчитат с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3).

(4) В случаите на отчитане на прегледите по чл. 336, ал. 1, т. 1, буква „г“ с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ – бланка МЗ-НЗОК № 3, от лечебно заведение за СИМП НЗОК не заплаща прегледа, извършен от специалиста в СИМП, работещ в лечебното заведение по ал. 3.

(5) Всички изследвания, прегледи и консултации, необходими за извършване на задължителните контролни прегледи след дехоспитализация, се извършват от лечебното заведение – изпълнител на БМП, по КП по преценка на лекуващия лекар.

(6) В случаите на отчитане на дейностите и изследванията по ал. 5 с „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ – бланка МЗ-НЗОК № 3А, и „Направление за медико-диагностична дейност“ – бланка МЗ-НЗОК № 4, от изпълнител на СИМП НЗОК не заплаща изследванията, назначени от лекаря в ПИМП, лекаря – специалист в СИМП, и лечебно заведение за болнична помощ, изпълнител на СИМП.

**Чл. 342.** Националната здравноосигурителна каса заплаща за периода на хоспитализация само по една КП на един пациент за комплексно лечение на основно заболяване, придружаващи заболявания и усложнения.

**Чл. 343.** (1) В случай на хоспитализация по КП/АПр/КПр и необходимост от провеждане на КП, АПр и/или КПр в рамките на същия болничен престой се заплаща КП и АПр и/или КПр, с изключение на:

1. амбулаторна процедура № 6 в рамките на същия болничен престой по КП 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 250 и 251 и АПр № 5, 7 и 8;
2. амбулаторна процедура № 7 в рамките на същия болничен престой по КП № 240, 241, 242, 243, 246, 247, 248, 249, 250, 251 и 252 или оперативно лечение по повод на основната диагноза, за която лицето е диспансеризирано;
3. амбулаторна процедура № 8 в рамките на същия болничен престой по КП № 240, 241, 242, 243 и 245;
4. клинични процедури № 3 и 4 в рамките на същия болничен престой по КП № 114 и 115;
5. клинична процедура № 3 в рамките на същия болничен престой по КП № 18, 23, 30, 47, 55, 65 и 66, в които кодът за механична вентилация (\*96.70 или \*96.71, или \*96.72) е задължителен за завършване и отчитане на посочените КП;

6. амбулаторни процедури № 36 и 37 в рамките на същия болничен престой по КП, в които е включена диагностична процедура PET – CT и SPECT/CT;

7. клинична процедура № 1 в рамките на АПр № 1, 2 и 3 и КПр № 3 и 4;

БЛС предлага отпадане на т. 7. За обсъждане от УС на БЛС и НС на НЗОК

8. амбулаторна процедура № 10 в рамките на КПр № 3 и 4;

9. амбулаторна процедура № 9 в рамките на същия болничен престой по КП № 112;

10. амбулаторни процедури № 1, 4 – 36 в рамките на същия болничен престой по КПр № 3 и 4;

11. амбулаторна процедура № 8 в рамките на същия болничен престой по АПр № 27;

12. амбулаторни процедури № 18, 21, 22, 23, 24, 25 и 26 в рамките на същия болничен престой по хирургични пътеки и в 30-дневен период от дехоспитализацията на пациента;

13. амбулаторна процедура № 32 в рамките на КП № 19;

14. амбулаторна процедура № 40 в рамките на КП № 38 – 42;

15. амбулаторна процедура № 42 в рамките на същия болничен престой по КП № 90.

(2) В случай на хоспитализация по КП/АПр и необходимост от провеждане на АПр/КПр в рамките на един отчетен период НЗОК заплаща КП и АПр и КПр, с изключение на:

1. амбулаторна процедура № 7 в рамките на един отчетен период по КП № 240, 241, 242, 243, 245, 247, 248, 249, 250, 251 и 252 и АПр № 6 и 8 или оперативно лечение по повод основната диагноза, за която лицето е диспансеризирано;

2. амбулаторна процедура № 8 в рамките на един отчетен период по АПр № 27;

3. амбулаторна процедура № 9 в рамките на един отчетен период по КП № 112;

4. амбулаторна процедура № 42 в рамките на един отчетен период по КП № 90.

(3) В случай на хоспитализация по определена КП и необходимост от провеждане на КПр в рамките на същия болничен престой престоят по КПр не следва да се счита като престой по съответната КП.

Нова алинея

**(4) В случай на хоспитализация по определена КП и необходимост от провеждане на КПр № 3 и/или 4 в рамките на същия болничен престой, дехоспитализацията при изпълнени критерии по КП може да се осъществи, не по-малко от два дни след приключване на КПр. В този случай минималният болничен престой по съответната КП се счита за изпълнен.**

**Чл. 344.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай по КП при наличие на следните условия:

1. отчетената КП е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БМП и е извършена от специалисти, посочени в приложение № 1 към договора по съответната КП;

2. хоспитализираното лице е с непрекъснати здравноосигурителни права към ~~датата на хоспитализацията или ги възстанови до~~ датата на дехоспитализацията, с изключение на лицата по чл. 335, ал. 1, т. 2 и 3;

БЛС не приема предложението на НЗОК за промяна в текста

3. спазени са индикациите за хоспитализация и диагностично-лечебния алгоритъм, поставена е окончателна диагноза и критериите за дехоспитализация по съответната КП, както и са изпълнени условията за завършена КП;

4. изпълнителят на БМП е изпълнил всички свои задължения по осигуряване на пациентите: непрекъснатост на болничната помощ и грижите (ежедневно наблюдение и престой на пациента в лечебното заведение), координация между специалистите, които ги осъществяват, както и осигуряване на координация със структури на извънболнична и болнична помощ, съобразена с ДЛА на съответната КП – при дехоспитализация на пациента с цел довършване на лечебния процес;

5. извършената дейност по КП е отчетена при условията и по реда на тази методика;

6. изпълнителят на БМП е изпълнил изискванията на чл. 93;

7. изпълнителят на БМП е изпълнил изискванията на чл. 94.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай приложените противотуморни лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания по КП 240, 242, 243, 245, 246, 248, 249, 250, 251 и 252 на необходимите еритро-, тромбо-, гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване, и лечение, която стойност не се включва в цената на КП.

#### Предложение на НЗОК

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай, приложеното количество лекарствено вещество/доза в съответните мерни единици, съгласно решенията на комисиите по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г. приложените на противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания по КП 240, 242, 243, 245, 246, 248, 249, 250, 251 и 252, както и на необходимите еритро-, тромбо-, гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване, и лечение, която стойност не се включва в цената на КП.

#### БЛС – за допълнително обсъждане

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай приложените на еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия за хематологични заболявания, прилагани в КП № 244, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване или лечение, която стойност не се включва в цената на КП.

**Чл. 345.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай по АПр и КПр при наличие на следните условия:

1. отчетената АПр и КПр е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БМП и е извършена от специалисти, посочени в приложение № 1 към договора по съответната АПр и КПр;

2. пациентът е с непрекъснати здравноосигурителни права с изключение на лицата по чл. 335, ал. 1, т. 2 и 3;

3. спазени са условията за завършена АПр и КПр;

4. извършената дейност по АПр и КПр е отчетена при условията и по реда на тази методика;

5. изпълнителят на БМП е изпълнил изискванията на чл. 93;

6. изпълнителят на БМП е изпълнил изискванията на чл. 94.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай приложените противотуморни лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания по АПр № 6, на необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, която стойност не се включва в цената на клиничната процедура.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай приложените опиоидни аналгетици, предписвани за лечение на пациентите със злокачествени заболявания при диспансерното им наблюдение по АПр № 7, която стойност не се включва в цената на АПр, заплащана от НЗОК.

**Чл. 346.** (1) При КП, АПр и КПр, която не е завършена, индикациите за хоспитализация, ДЛА и/или критериите за дехоспитализация не са спазени, дейността не се заплаща, както и вложените медицински изделия и приложените лекарствени продукти, чиято стойност не се включва в цената на КП и АПр.

(2) Изключения от ал. 1 се допускат при смърт на пациент в случаите, в които не е спазен минималният болничен престой, но са извършени всички основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури съгласно ДЛА на КП, АПр и КПр.

(3) При настъпила в хода на лечението по определена КП, АПр и КПр смърт на пациент в случаите, в които не са извършени всички изискуеми основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури, дейността по КП, АПр и КПр, както и вложените медицински изделия и приложените лекарствени продукти, чиято стойност не се включва в цената на същите, се заплащат/не се заплащат след извършване на проверка.

(4) Изключения от ал. 1 се допускат и в случаите на самоволно напускане на пациента от клиниката/отделението, в които не е спазен минималният болничен престой, но са извършени всички основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури, съгласно ДЛА на КП, АПр и КПр.

НЗОК предлага частично заплащане на терапевтичните КП-  
БЛС не приема предложението

(5) Случаите на самоволно напускане на пациента от клиниката/отделението по ал. 4 се отразяват в историята на заболяването от лекуващия лекар и от завеждащия клиниката/отделението.

(6) В случаите по ал. 4 лечебното заведение уведомява писмено съответната РЗОК, която заплаща тези случаи след извършване на проверка.

НЗОК предлага да отпадне изразът „...заплаща тези случаи“  
БЛС не приема предложението

**Чл. 347.** (1) В случаите, в които при лечение на пациент по определена КП, АПр и КПр, която не е завършена, настъпят индикации за необходимост от лечение по друга КП, АПр и КПр, за която лечебното заведение няма сключен договор, лечебното заведение е длъжно да преведе пациента в друго лечебно заведение, сключило договор за съответната КП, АПр и КПр.

(2) Процесът по превеждането включва изписването на пациента от лечебното заведение за болнична помощ, транспортирането и хоспитализацията му в друго лечебно заведение за болнична помощ, сключило договор за съответната КП, АПр и КПр. В този случай дейността се заплаща на лечебното заведение, завършило лечението.

**Чл. 348.** При постъпване на пациент по терапевтична КП, по която са извършени диагностично-терапевтични процедури и доказаната диагноза в хода на лечението по тази КП индикира оперативно лечение, на изпълнителя на болнична помощ се заплаща само хирургичната КП.

**Чл. 349.** (1) Когато в срок до 30 дни от дехоспитализацията на пациента се наложи нова хоспитализация по същата КП в същото или в друго лечебно заведение, НЗОК заплаща само един от случаите по КП след провеждане на проверка, освен ако в КП е предвидено друго.

(2) Когато в срок до 30 дни от дехоспитализацията на пациент, при който е опериран един от чифтните органи по определена КП, настъпят спешни индикации за операция на другия чифтен орган по същата КП, се заплащат и двете клинични пътеки.

(3) Националната здравноосигурителна каса не заплаща отчетена дейност в случаите на хоспитализации с изцяло или частично припокриващи се периоди за един и същ пациент. Когато са отчетени дейности, извършени по едно и също време от изпълнители на извънболнична и на болнична медицинска помощ, се извършва проверка на изпълнителите за тези дейности. Не се заплаща на изпълнителя, който е отчетел неизвършена дейност, и съответно изпълнителят възстановява неоснователно получените суми.

(4) Националната здравноосигурителна каса не заплаща КП, АПр и КПр, както и медицински изделия и лекарствени продукти на изпълнител на БМП, в случаите, в които при извършен внезапен контрол се констатира отсъствие на пациента и/или регламентирана по време от началото на болничния престой, но неизвършена и недокументирана задължителна процедура към момента на извършване на проверката в лечебното заведение по време на хоспитализация.

~~(5) Националната здравноосигурителна каса не заплаща дейности, които не са били включени в ежедневните електронни отчети по чл. 351 за съответния отчетен период.~~

**(5) Националната здравноосигурителна каса не заплаща дейности, лекарствени продукти и/или медицински изделия, които не са били включени в ежедневните електронни информации по чл. 351 за съответния отчетен период.**

(6) Националната здравноосигурителна каса не заплаща дейности, лекарствени продукти и медицински изделия за пациенти, хоспитализирани по повод провеждано клинично изпитване.

(7) Националната здравноосигурителна каса не заплаща КП, АПр и КПр в случаите, при които изпълнителят не е изпълнил изискванията на чл. 93 **и 94.**

(8) Отказът от страна на ЗОЛ за извършване на основни диагностични процедури е основание за незаплащане от страна на РЗОК на лечение по КП, АПр и КПр.

(9) Изключение от ал. 8 се допуска в случаите на спешни и животозастрашаващи състояния. В тези случаи изпълнителите на болнична медицинска помощ незабавно уведомяват съответната РЗОК, като заплащането на дейността се осъществява след извършване на проверка.

**Чл. 350.** Националната здравноосигурителна каса заплаща вложените медицински изделия по чл. 336, ал. 3 при изпълнение на следните условия:

1. медицинското изделие е вложено при изпълнение на КП съгласно изискванията на ДЛА за изпълнение на съответната КП;
2. изпълнени са изискванията за оказване на БМП;
3. медицинското изделие е отпуснато от болничната аптека на лечебното заведение;
4. медицинското изделие е отчетено при условията и по реда на ДЛА на съответните КП/АПр.

## Раздел IX

### Условия и срокове за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ

Чл. 351. (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, ~~ежедневно отчитат~~ подават по електронен път в утвърдени от НЗОК формати (XML файлове) оказаната за денонощие дейност, включена в предмета на договора, през интернет портала на НЗОК или чрез WEB услуга.

(2) ~~Електронните отчети~~ Файловете по ал. 1 съдържат:

1. информация за хоспитализираните и дехоспитализираните пациенти по съответните КП, включваща:

а) извършените дейности съгласно ДЛА на съответната КП;

б) вложените медицински изделия и приложените лекарствени продукти, които се заплащат извън цената на съответните КП;

в) уточнена основна диагноза след резултати от хистологични, цитогенетични, молекулярно-цитогенетични изследвания, ензимен и/или ДНК анализ, изследвания, които определят окончателната диагноза на пациента.

г) информация от решения на клиничните комисии по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

2. информация за започната, извършена и завършена дейност по АПр/КПр на пациенти, включваща: приложени лекарствени продукти, които се заплащат извън цената на АПр.

а) извършените дейности съгласно ДЛА на съответната АПр/КПр;

б) вложените медицински изделия и приложените лекарствени продукти, които се заплащат извън цената на съответните АПр;

в) информация от решения на клиничните комисии по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

(3) ~~Ежедневните електронни отчети~~ Файловете се подписват от изпълнителите на БМП с УЕП по смисъла на чл. 13, ал. 2 ЗЕДЕП.

(4) За оказана БМП на правоимащи лица, осигурени в друга държава, спрямо които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби за социално осигуряване, регистрационните данни на пациента трябва да съответстват на тези в удостоверителния документ за право на обезщетение в натура в случай на болест, майчинства, трудови злополуки или професионални заболявания.

(5) Оказаната болнична медицинска помощ по ал. 2 се ~~отчита~~ подава най-късно до 17,00 ч. на първия работен ден, следващ ~~отчетния~~ деня на извършване на дейността.

(6) При констатиране на грешки в ~~електронния отчет~~ подадената информация, свързани с регистрационни данни, номенклатури и договорена дейност, изпълнителят на БМП получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и ~~електронният отчет~~ подаденият файл не се обработва от НЗОК до получаване на ~~отчет~~ нов с коректни данни.

(7) Грешки по ал. 6 могат да са:

1. регистрационни номера на лечебните заведения, УИН на лекарите, отразени в първичните медицински документи, код на специалност на лекаря, номер на договора с НЗОК, регистрационните данни на ЗОЛ;

2. отчетена подадена дейност извън предмета на договора с НЗОК;

3. несъответствия с установените номенклатури в нормативната уредба, относима към заплащаната от НЗОК дейност/лекарствени продукти/медицински изделия.

(8) Отчет Файл с коригирани данни се приема най-късно до 10,00 ч. на втория работен ден, следващ отчетния деня на извършване на дейността. Въвеждане на други грешни данни във ~~електронния отчет файла~~ от изпълнителя на болнична помощ не е повод за корекция на данните.

(9) Националната здравноосигурителна каса не заплаща за дейност, която не е подадена в ежедневните електронни отчети файлове и не е приета от информационната система на НЗОК в сроковете по ал. 5 и 8.

~~(10) Отчетената в ежедневно подадените електронни отчети дейност се обработва в информационната система на НЗОК. След окончателната обработка за календарен месец в срок до 17,00 ч. на седмия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК изпраща по електронен път на изпълнителя на БМП месечно известие, съдържащо отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП/АПр, и съответните основания за отхвърляне.~~

**(10) Отчетената дейност в ежедневно подадените електронни информации се обработва в информационната система на НЗОК. След окончателната обработка за календарен месец в срок до 15,00 ч. на седмия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК изпраща по електронен път на изпълнителя на БМП месечно известие, съдържащо одобрената и отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП/АПр, и съответните основания за отхвърляне.**

**(10) Ежедневно подадената по електронен път информация се обработва в информационната система на НЗОК. След окончателната обработка за календарен месец в срок до 15,00 ч. на седмия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК изпраща по електронен път на изпълнителя на БМП месечно известие, съдържащи одобрената и отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП/АПр, и съответните основания за отхвърляне.**

(11) Месечното известие по ал. 10 се подписва от директора на РЗОК или от упълномощено от него длъжностно лице с усъвършенстван електронен подпис (УЕП) съгласно чл. 13, ал. 2 ЗЕДЕП.

(12) Основания за отхвърляне от заплащане по ал. 10 са:

1. лицето, на което е оказана медицинската помощ, няма право да получава БМП по КП, АПр или КПр, заплащана от НЗОК:

а) не е от категорията лица, задължително здравноосигурени в НЗОК съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО;

б) не е осигурено в друга държава, за което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби;

в) подлежи на задължително здравно осигуряване в НЗОК, но е с прекъснати здравноосигурителни права и не е възстановило същите до датата на дехоспитализацията/извършване/завършване на дейността;

г) не е от категорията здравнонеосигурени лица по § 2 или 8 от преходните и заключителните разпоредби на ЗБНЗОК за 2017 г., за които НЗОК заплаща определени видове БМП;

2. при изпълнението на КП, АПр и КПр не е спазен съответният ДЛА, изискването за минимален болничен престой и/или условията за завършеност на КП, АПр и КПр;

3. ~~отчетеният~~ лекарственият продукт, приложен при лечението на лице по КП/АПр, не е от видовете лекарствени продукти, заплащани от НЗОК и посочени в чл. 344, ал. 2 и 3 или в чл. 345, ал. 2 и 3;

4. ~~отчетеното~~ медицинското изделие, вложено при лечението на лице по КП, не е от видовете медицински изделия, заплащани от НЗОК извън цената на КП/АПр по чл. 336, ал. 3;

5. наличие на основание за незаплащане, установено в чл. 340 и 343;

6. изпълнителят на БМП не е изпълнил изискванията на чл. 93;

~~7. изпълнителят на БМП не е изпълнил изискванията на чл. 94;~~

8. наличие на основание за незаплащане, установено в чл. 355.

(13) Възражения във връзка с ал. 9 се разглеждат и решават в съответната РЗОК само за случаите на форсмажорни обстоятелства, независещи от изпълнителите на БМП. Изпълнителят на БМП трябва да уведоми за тези обстоятелства РЗОК в сроковете по ал. 5 и да представи писмени доказателства.

(14) Възражения във връзка с ал. 10 и 12 се разглеждат и решават само след контрол. За одобрените за заплащане след контрол дейности, директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице изпраща по електронен път през информационната система на НЗОК известие след контрол, подписано с електронен подпис.

(15) Не се разрешават корекции на ежедневно подадени ~~електронни отчети~~ файлове, приети и "успешно обработени" в електронната система на НЗОК.

#### **БЛС приема промяната**

Чл. 352. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност по КП и АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ..." на изпълнителите на БМП след представяне на следните ~~първични медицински и финансово~~ отчетни документи:

~~1. първия екземпляр от "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бланка МЗ НЗОК № 7) с отразена основна диагноза и извършени основни диагностични (терапевтични) оперативни процедури, включени в критериите за завършена КП/АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ...";~~

~~2. фактура или електронна фактура; спецификация за извършена дейност по КП и АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ...";~~

~~1. електронни финансово-отчетни документи.~~

~~2.-3. за приложените лекарствени продукти по чл. 344, ал. 2 и 3 с изключение на лекарствените продукти за перорална прицелна противотуморна терапия и перорална химио-терапия, предписани за продължаване на лечението извън стационарни условия: фактура или електронна фактура; спецификация за приложени лекарствени продукти, заплащани от НЗОК извън цената на КП № 240, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 249, 250, 251 и 252; "Отчет за приложените лекарствени продукти по клинични пътеки/амбулаторни процедури"; - отделни електронни финансово-отчетни документи.~~

~~3. 4. за медицинските изделия: фактура или електронна фактура; спецификация за вложените медицински изделия по КП/АПр; екземпляр на "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура" по приложение № 3, в който се отчитат медицинските изделия, вложени при лечението по определени КП/АПр и заплащани извън цената на същите и отделни електронни финансово-отчетни документи.~~

(2) В ~~спецификациите~~ електронните финансово-отчетни документи по ал. 1 се включва само договорена и извършена дейност по КП и АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по

КП ..." от изпълнителите на БМП, отчетена подадена в ежедневните отчети файлове по реда на чл. 351 и неотхвърлена от заплащане в месечното известие по чл. 351, ал. 10.

(3) При оказана медицинска дейност по КП и АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ..." на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на

1. приложение към спецификация за оказана медицинска помощ на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби;

2. заверени от изпълнителите на БМП копия от удостоверителните документи за право на здравно осигуряване и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК" по приложение № 4.

(4) При оказана акушерска помощ на здравноосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1.

(5) При оказана медицинска дейност по КП и АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ..." на лица по чл. 335, ал. 1, т. 3 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на уведомленията от директора на дирекция „Социално подпомагане“ за установено наличие на права.

(6) Здравноосигурителният статус на ЗОЛ с прекъснати и впоследствие възстановени здравноосигурителни права се удостоверява с документ, издаден от НАП до датата на дехоспитализацията по КП и АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ...".

#### **БЛС приема промяната**

Чл. 353. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност по АПр на изпълнителите на БМП след представяне на следните първични медицински и финансово отчетни документи:

1. първия екземпляр от "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ НЗОК № 7), "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ НЗОК № 8), "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ НЗОК № 8А), "Лист за диспансерно наблюдение" (бл. МЗ НЗОК № 9), "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" (бл. МЗ НЗОК № 12) и "Решение на специализирана комисия" (бл. МЗ НЗОК № 13);

1. 2. за дейността по АПр: фактура или електронна фактура; спецификация за извършена дейност по АПр; електронни финансово-отчетни документи.

2. 3. за приложените лекарствени продукти по чл. 345, ал. 2, включително лекарствените продукти за перорална прицелна противотуморна терапия и перорална химиотерапия, предписани за продължаване на лечението извън стационарни условия и по чл. 345, ал. 3: фактура или електронна фактура; спецификация за приложени лекарствени продукти, заплащани от НЗОК извън цената на АПр № 6 и "Отчет за приложените лекарствени продукти по клинични пътеки/амбулаторни процедури"; отделни електронни финансово-отчетни документи.

4. за приложените лекарствени продукти по чл. 345, ал. 3: фактура или електронна фактура; спецификация за приложени лекарствени продукти - опиоидни аналгетици, заплащани от НЗОК извън цената на АПр № 7 "Отчет за приложените лекарствени продукти по клинични пътеки/амбулаторни процедури";

3. - 5. за медицинските изделия: фактура или електронна фактура; спецификация за вложените медицински изделия по АПр; екземпляр на "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната

пътека/амбулаторната процедура" по приложение № 3 и отделни електронни финансово-отчетни документи.

(2) В енцификациите електронните финансово-отчетни документи по ал. 1 се включва само договорена и извършена дейност по АПр на изпълнителите на БМП, отчетена подадена в ежедневните отчети файлове по реда на чл. 351 и неотхвърлена от заплащане в месечното известие по чл. 351, ал. 10.

(3) При оказана медицинска дейност по АПр на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на:

~~1. приложение към енцификация за оказана медицинска помощ на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби;~~

~~2. заверени от изпълнителите на БМП копия от удостоверителните документи за право на здравно осигуряване и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК" по приложение № 4.~~

(4) При оказана медицинска дейност по КН АПр на лица по чл. 335, ал. 1, т. 3 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на уведомленията от директора на дирекция „Социално подпомагане“ за установено наличие на права.

(5) Здравноосигурителният статус на ЗОЛ с прекъснати и впоследствие възстановени здравноосигурителни права се удостоверява с документ, издаден от НАП.

#### **БЛС приема промяната**

Чл. 354. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност по КПр на изпълнителите на БМП след представяне на следните първични медицински и финансово-отчетни документи: електронни финансово-отчетни документи.

~~1. първия екземпляр от "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ НЗОК № 8) и "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ НЗОК № 8А);~~

~~2. за дейността по КПр: фактура или електронна фактура; енцификация за извършена дейност по КПр.~~

(2) В енцификациите електронните финансово-отчетни документи по ал. 1 се включва само договорена и извършена дейност по КПр на изпълнителите на БМП, отчетена подадена в ежедневните отчети файлове по реда на чл. 351 и неотхвърлена от заплащане в месечното известие по чл. 351, ал. 10.

(3) При оказана медицинска дейност по КПр на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на:

~~1. приложение към енцификация за оказана медицинска помощ на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби;~~

~~2. заверени от изпълнителите на БМП копия от удостоверителните документи за право на здравно осигуряване и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК" по приложение № 4.~~

(4) При оказана КПр № 2, 3 и 4 на здравнонеосигурени лица по чл. 335, ал. 1, т. 2 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1.

(5) При оказана медицинска дейност по КПр на лица по чл. 335, ал. 1, т. 3 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на уведомленията от директора на дирекция „Социално подпомагане“ за установено наличие на права.

(6) Здравноосигурителният статус на ЗОЛ с прекъснати и впоследствие възстановени здравноосигурителни права се удостоверява с документ, издаден от НАП.

**БЛС приема промяната**

**Чл. 355.** (1) Съгласно чл. 4 ЗБНЗОК за 2017 г. НС на НЗОК утвърждава за всяка РЗОК обща годишна стойност на разходите за здравноосигурителни плащания за заплащане на изпълнителите на БМП, разпределена по месеци за заплащане през бюджетната 2017 г. за периодите на извършване на дейността: април 2017 г. — юни 2017 г.; юли 2017 г. — септември 2017 г. и октомври 2017 г. — ноември 2017 г.

(2) Стойностите по ал. 1 не се отнасят за дейностите, оказани на лица по чл. 335, ал. 1, т. 2, 3 и 4.

(3) Директорите на РЗОК разпределят утвърдените по ал. 1 стойности на разходите по изпълнители на БМП за съответната РЗОК по месеци за периодите на извършване на дейността: април 2017 г. — юни 2017 г.; юли 2017 г. — септември 2017 г. и октомври 2017 г. — ноември 2017 г.

(4) Директорът на РЗОК еключва договори с изпълнителите на БМП за закупуване на видове медицински дейности в рамките на утвърдените за съответната РЗОК по ал. 1 стойности. За всеки изпълнител в приложение № 2 към договора с НЗОК съгласно чл. 25, ал. 4, т. 2 се определя месечна стойност по видове дейности при условията и по реда на правилата по чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК за 2017 г.

~~(5) Районната здравноосигурителна каса текущо анализира постъпващата информация по чл. 351 и ежеседмично информира изпълнителите на БМП за достигнатото изпълнение на месечните стойности по приложение № 2 от индивидуалния договор с НЗОК.~~

~~(6) В случай на констатирана от РЗОК при анализа по ал. 5 тенденция за изпреварващо достигане от конкретен изпълнител на определената месечна стойност по приложение № 2 РЗОК извършва внезапен контрол.~~

~~(7) В случай че след заплащане на отчетената месечна дейност се установи недостигане от конкретен изпълнител на определените месечни стойности по приложение № 2, в него се отразяват стойностите на заплатената за месеца дейност. Разликата между определената и заплатената месечна стойност не се прехвърля за следващ месец.~~

~~(8) При извършени медицински дейности от основния пакет по чл. 1, ал. 2 на Наредба № 2 от 2016 г. на стойност, надвишаваща определената месечна стойност в приложение № 2, изпълнителят на БМП подава в сроковете за отчитане писмено заявление до директора на РЗОК за увеличаване на месечната стойност.~~

~~(9) След изпращане на месечното известие по чл. 351, ал. 10 и анализ на отчетите на всички изпълнители на БМП директорът на РЗОК има право да вземе решение за закупуване на дейности, заявени по ал. 8, в рамките на неусвоените стойности по ал. 7 и определените стойности по ал. 4.~~

~~(10) Промените в приложение № 2 при прилагане на ал. 7 и 9 се извършват в рамките на отчетния период за заплащане на отчитания месец.~~

~~(11) Стойностите по финансовоотчетните документи по чл. 352, 353 и 354 не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по приложение № 2 на индивидуалните договори на изпълнителите.~~

~~(12) Включените в спецификациите по чл. 352, 353 и 354 дейности не следва да съдържат отхвърлената от заплащане медицинска дейност, лекарствени продукти и медицински изделия, посочена/посочени в месечното известие по чл. 351, ал. 10.~~

~~(13) В случаите по ал. 9, когато за конкретен изпълнител на БМП се установят незаплатени случаи, РЗОК извършва проверка на цялата отчетена месечна дейност на изпълнителя.~~

~~(14) Възстановените от изпълнители на БМП неоснователно получени суми се използват от РЗОК за промени на месечните стойности по реда на ал. 9.~~

~~(15) В случай че на ниво РЗОК не са налични средства за закупуване на допълнителни дейности, директорът на РЗОК извършва проверка на всички изпълнители на БМП и при невъзможност да се приложи ал. 9 изготвя доклад до управителя на НЗОК за резултатите от извършените проверки, мотивирано искане за корекции на стойностите по ал. 1, което управителят внася за разглеждане от НС на НЗОК.~~

~~(16) Надзорният съвет на НЗОК разглежда докладите по ал. 15 след анализите по чл. 333, ал. 2.~~

~~(17) Надзорният съвет на НЗОК утвърждава корекции по стойностите на РЗОК по реда на правилата по чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК за 2017 г. в рамките на бюджета за 2017 г.~~

~~(18) При надвишаване над 3 на сто на средствата от предвидените по съответния параграф за здравноосигурителни плащания на ЗБНЗОК за 2017 г. на национално ниво се прилага чл. 333, ал. 3.~~

Чл. 355 (1) Съгласно чл. 4 ЗБНЗОК за 2018 г. НС на НЗОК утвърждава за всяка РЗОК обща годишна стойност на разходите за здравноосигурителни плащания за заплащане на изпълнителите на БМП, разпределена по месеци за заплащане през бюджетната 2018 г. за периодите на извършване на дейността: април - юни 2018 г.; юли - септември 2018 г. и октомври - ноември 2018 г.

(2) Стойностите по ал. 1 не се отнасят за дейностите, оказани на лица по чл. 335, ал. 1, т. 2, 3 и 4.

#### Предложение на БЛС

(3) Директорите на РЗОК предлагат за утвърждаване от Надзорният съвет на НЗОК стойности на разходите по изпълнители на БМП за съответната РЗОК, разпределена по месеци за периодите на извършване на дейността: април - юни 2018 г.; юли - септември 2018 г. и октомври - ноември 2018 г.

#### Предложение на БЛС

(4) Надзорният съвет на НЗОК утвърждава стойности на разходите здравноосигурителни плащания за заплащане на изпълнителите на БМП и по изпълнители на БМП, разпределена по месеци за периодите на извършване на дейността: април - юни 2018 г.; юли - септември 2018 г. и октомври - ноември 2018 г.

(5) Директорът на РЗОК сключва договори с изпълнителите на БМП за закупуване на видове медицински дейности в рамките на утвърдените по ал. 3 стойности. За всеки изпълнител в приложение № 2 към договора с НЗОК, съгласно чл. 25, ал. 4, т. 2, се определя месечна стойност по видове дейности при условията и по реда на правилата по чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК за 2018 г.

(6) Районната здравноосигурителна каса текущо анализира постъпващата информация по чл. 351 за достигнатото изпълнение на месечните стойности по приложение № 2 от индивидуалния договор с НЗОК.

(7) В случай на констатирана от РЗОК при анализа по ал. 6, тенденция за изпреварващо достигане от конкретен изпълнител на определената месечна стойност по приложение № 2 РЗОК извършва на внезапен контрол.

**Предложение на БЛС за редакция на текста:**

(8) Стойностите по финансово-отчетните документи по чл. 352, 353 и 354 не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по приложение № 2 на индивидуалните договори на изпълнителите. **Изключения се допускат в рамките на общия размер на определените стойности по приложение 2 към договорите за периодите по ал. 1.**

(9) За прилагане на ал. 8 в месечните известия по чл. 351, ал. 10, се посочват дейностите, отхвърлени поради надвишаване на стойностите за съответния месец в приложения № 2 към сключените от изпълнителите на БМП договори.

**Предложение на БЛС за редакция на текста:**

(10) Дейностите по ал. 9 се определят по реда на последно извършена по време дейност. Клиничните процедури и АПр се определят по ал. 8 за целия случай на лечение на пациента.

**БЛС настоява ал. 10 да отпадне,**

(11) Когато дейността по КП и/или АПр е определена по ал. 8, приложените по нея медицински изделия, също се определят в месечните известия по чл. 351, ал. 10, като отхвърлени поради надвишаване на стойностите за съответния месец.

(12) В случай, че след заплащане на отчетената месечна дейност се установи недостигане от конкретен изпълнител на определените месечни стойности по приложение № 2, в него се отразяват стойностите на заплатената за месеца дейност. Изпълнителят на БМП може да прехвърля икономията на средства в рамките на общия размер на определените стойности по приложение 2 към договорите си за периодите по ал. 1.

(13) Условието и реда за определяне на месечни стойности на разходите за дейностите по сключените договори с изпълнителите на БМП и на ниво РЗОК се регламентират от Надзорният съвет на НЗОК с Правила по чл.4 от ЗБНЗОК 2018 г.

(14) Районната здравноосигурителна каса извършва ежемесечен анализ на използваемостта на леглата в дни по специалности и нива на компетентност. Анализът се извършва на данните за всички отчетени в ежедневните отчети хоспитализации за даден месец.

(15) В случай на констатирана от РЗОК при анализа използваемост на леглата в дни, надвишаваща броя на дните в дадения месец, РЗОК извършва контрол преди заплащане на цялата дейност по дадената специалност, осъществена в структури с определено ниво на компетентност.

(16) Директорът на РЗОК представя ежемесечни доклади на НЗ на НЗОК за резултатите от извършения контрол по ал. 5 и ал. 14 на изпълнителите на БМП, надвишили определените им стойности по ал. 3.

(17) Директорът на РЗОК може да внесе предложение до НЗ на НЗОК за коригиране на определените стойности в приложение № 2 по договорите с изпълнителите на БМП, на основание получено от конкретен изпълнител на БМП мотивирано предложение, водещо до промяна на определените стойности по ал. 4 в края на периода по ал. 1, при наличие на неусвоени средства на ниво РЗОК. Предложенията се внасят с доклад за всеки отделен изпълнител на БМП, включващ:

1. конкретните обстоятелства, довели до необходимост от промяна;
2. резултата от текущите проверки на РЗОК при констатирана тенденция на нарастване на разходите на ниво лечебно заведение, отделение/клиника.

**Предложение на БЛС за редакция на текста:**

(18) Надзорният съвет на НЗОК утвърждава корекции по стойностите на разходите за БМП на РЗОК в съответствие с параметрите на средствата по бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво, включително за сметка на разполагаем резерв, преизпълнение на приходите от здравноосигурителни вноски и неданъчни приходи.

(19) При епидемичен взрив на територията на РЗОК, установен с документ на МЗ/РЗИ за случаите в рамките на епидемията по клинични пътеки № 57 „Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити“, № 98 „Диагностика и лечение на остропротичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром“, № 99 „Диагностика и лечение на инфекциозни и паразитни заболявания, предавани чрез ухапване от членестоноги“, №100 „Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит А и Е“, № 101 „Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит В, С и D“, №102 „Диагностика и лечение на паразитози“, №103 „Диагностика и лечение на покривни инфекции“, № 104 „Диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални заболявания - остропротичащи, с усложнения“ и № 105 „Диагностика и лечение на вирусни хеморагични трески“, отчетени от изпълнители на БМП над утвърдените стойности на РЗОК се заплащат от НЗОК, след коригиране от Надзорния съвет на НЗОК на стойностите на разходите за съответната РЗОК, съгласно чл. 4 от ЗБНЗОК за 2018 г.

Текстът остава за допълнително обсъждане - БЛС

~~Чл. 356. (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, представят отчетните документи по чл. 352, 353 и 354 ежемесечно в РЗОК по утвърден график до осмия работен ден на месеца, следващ отчетния.~~

~~(2) Всички документи, с които се отчита и удостоверява извършената дейност, се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в тях. Не се допускат непълнени реквизити, поправки, линия на подпис и печат на представляващия лечебното заведение.~~

~~(3) Форматът на отчетните документи е съгласно приложения № 1 и 2.~~

Чл. 356. (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, подават отчетните документи по чл. 352, 353 и 354 ежемесечно в РЗОК по утвърден график до осмия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(2) Електронните финансово-отчетни документи (фактури или дебитни/кредитни известия към тях) се подават в утвърден от НЗОК формат през интернет портала на НЗОК или чрез WEB услуга, подписани с УЕП по смисъла на чл. 13, ал. 2 от ЗЕДЕП от управителя на ИДП или упълномощено лице.

(3) Електронна фактура по ал. 2 се подава в срок до един работен ден след изпращане на месечното известие и включва договорената и извършена медицинска дейност, одобрена за заплащане в това месечно известие.

(4) Дебитно известие към фактура по ал. 2 се подава в срок до един работен ден след изпращане на известие след контрол по чл. 351, ал. 14 и включва одобрената за заплащане медицинска дейност в това известие.

Текстът остава за допълнително обсъждане - БЛС

~~Чл. 357. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща ежемесечно договорената, извършената и отчетената дейност по чл. 336 след проверка на документите по чл. 352, 353 и 354.~~

~~(2) Финансовоотчетни документи на лечебното заведение по ал. 1 не се приемат в следните случаи:~~

- ~~1. когато обемите и спецификациите не отговарят на изискванията по чл. 355;~~
- ~~2. когато отчитането е извън регламентирания в чл. 356, ал. 1 срок;~~
- ~~3. при липса на някои от задължителните отчетни документи;~~

4. когато отчетните документи не са изготвени съгласно изискванията и реквизитите, посочени в тях.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща по настоящия ред за извършената дейност в случаите, в които тя е отчетена в рамките на съответния отчетен период след завършването ѝ.

(4) Изключение от ал. 3 се допуска, когато в рамките на съответния отчетен период след завършване на дейността се очакват резултати от хистологични, цитогенетични, молекулярно-цитогенетични изследвания, ензимен и/или ДНК анализ, изследвания, които определят окончателната диагноза на пациента. В този случай се допуска отчитането на извършената дейност в следващия отчетен период.

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща отчетената дейност по чл. 352, ал. 4 и чл. 354, ал. 4 в срок до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ.

(6) Националната здравноосигурителна каса заплаща отчетената дейност по чл. 352, ал. 5, чл. 353, ал. 4 и чл. 354, ал. 5 в срок до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на превод на целеви средства от Агенцията за социално подпомагане.

Чл. 357. (1) При подаване на електронен финансов документ по чл. 356, информационната система на НЗОК извършва автоматична проверка.

(2) При констатиране на грешки в електронните финансово-отчетни документи, свързани с регистрационни данни и реквизити, изпълнителят на БМП получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и документите не се обработват от НЗОК до получаване на коректни електронни финансово-отчетни документи в сроковете по чл. 356, ал. 3 и ал. 4.

Текстът остава за допълнително обсъждане - БЛС

~~Чл. 358. (1) При констатирано от РЗОК несъответствие съгласно чл. 357 по представените финансовоотчетни документи по чл. 352, 353 и 354 РЗОК изпраща писмени указания за необходимите корекции до три работни дни от представяне на отчетните документи на изпълнителя на БМП.~~

~~(2) В срок до три работни дни от получаване на писмените указания по ал. 1 изпълнителят на БМП представя в РЗОК финансовоотчетни документи с отразени корекции съгласно писмените указания по ал. 1.~~

~~(3) Поправки във фактурите и в известията към тях не се разрешават. Погрешно съставени или поправени документи се анулират и се издават нови.~~

~~(4) Когато погрешно съставени документи или поправени документи са отразени в счетоводните регистри на изпълнителя на БМП или РЗОК, за анулирането се съставя и протокол по един за всяка от страните, който съдържа:~~

- ~~1. основанието за анулирането;~~
- ~~2. номера и датата на документа, който се анулира;~~
- ~~3. номера и датата на издадения нов документ;~~
- ~~4. подпис на лицата, съставили протокола за всяка от страните.~~

~~(5) След като получи екземпляр от протокола по ал. 4, РЗОК връща на изпълнителя на БМП екземпляра от анулираната фактура.~~

~~(6) В случай на неспазване разпоредбите на ал. 1 и 2 РЗОК не заплаща отчетената дейност през текущия отчетен период.~~

Нов

Чл. 358. (1) При успешно обработен електронен финансов документ от информационната система на НЗОК, се извършва проверка и от РЗОК.

(2) При констатиране на грешки в електронен финансово-отчетен документ, изпълнителят на БМП получава нотификация чрез профила си в информационната система на НЗОК и документът не се приема от НЗОК до получаване на коректен електронен финансово-отчетен документ в срок от един работен ден след получаване на нотификацията.

Текстът остава за допълнително обсъждане - БЛС

Нов

Чл. 359. (1) За приет финансово-отчетен документ се счита документът, подписан с електронен подпис от директора на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице.

(2) Изпълнителят на БМП получава нотификация чрез профила си в информационната система на НЗОК за приетия финансово-отчетен документ.

Текстът остава за допълнително обсъждане - БЛС

Чл. 360. Плащанията на изпълнителите на БМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния, с изключение на:

1. плащанията, за които е предвиден друг срок в чл. 357, ал. 5 и 6;

1. плащанията по финансово-отчетни документи по чл. 352, ал. 4 и чл. 354, ал. 4, които се извършват в срок до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ.

2. плащанията по финансово-отчетни документи по чл. 352, ал. 1, т. 3 и 4 и по чл. 353, ал. 1, т. 3, 4 и 5, които се извършват до 30-о число на втория месец, следващ отчетния.

2. плащанията по финансово-отчетни документи по чл. 352, ал. 5, чл. 353, ал. 4 и чл. 354, ал. 5, които се извършват в срок до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на превод на целеви средства от Агенцията за социално подпомагане.

3. плащанията по финансово-отчетни документи по чл. 352, ал. 1, т. 2 и 3 и по чл. 353, ал. 1, т. 2 и 3, които се извършват до 30-о число на втория месец, следващ отчетния.

Текстът остава за допълнително обсъждане - БЛС

Чл. 360. При неспазване на посочените в чл. 351, 356 и 358 срокове за представяне на отчетните документи от изпълнителите на БМП не се заплаща отчетената дейност по настоящия ред.

Чл. 361. Ако изпълнителят на БМП не подаде електронен отчет по чл. 351 или не спазва реда за корекции, на изпълнителя на БМП не се заплаща отчетената дейност.

Чл. 361. (1) При писмено заявен отказ от страна на изпълнителя на БМП да изпълни корекциите по чл. 357 и 358, РЗОК не заплаща отчетената дейност.

(2) При неспазване на посочените в чл. 356, чл. 357 и чл. 358 срокове за представяне на финансово-отчетните документи, обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващ период на отчитане.

(3) Ако исканите поправки по чл. 357 и чл. 358 не се извършат до края на втория месец, следващ отчетния, на изпълнителя на БМП не се заплаща по този ред.

Текстът остава за допълнително обсъждане - БЛС

## Раздел X.

**Документация и документооборот за изпълнители на болнична помощ по клинични пътеки, високоспециализирани медицински дейности, клинични процедури и процедури**

Чл. 365. Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки изпълнител на БМП, включва документите по чл. 290, първични медицински и финансови документи по приложение № 3 и 5 и финансово-отчетни документи по закона за счетоводството.

Текстът остава за допълнително обсъждане - БЛС

Чл. 366. (1) Изпълнителите на КП, АПр и КПр задължително ежедневно отчитат договорената и извършената болнична дейност по електронен път чрез електронен отчет във формат, определен от НЗОК и съгласуван с БЛС.

(2) Електронният отчет по ал. 1 включва ежедневно предоставена от изпълнителите на КП информация по електронен път в утвърден от НЗОК формат и съгласуван с БЛС за приетите и изписаните по КП, АПр и КПр за денонощие пациенти, както и за вложени медицинските изделия и приложени лекарствени продукти, заплащани от НЗОК извън цената на КП/АПр.

Текстът съществува на друга място

Чл. 367. (1) Дейностите по КП, КПр и АПр се извършват в съответствие с алгоритмите по приложения № 16, 18 и 19 и се отразяват в посочените в тези алгоритми документи.

(2) В приложение № 24 "Различни диагностични процедури по МКБ 9 - КМ" се съдържат кодовете на медицинските процедури по групи "рубрики", с които се отчита прилагането им, когато това е необходимо.

Чл. 368. В диагностично-консултативния блок/приемен кабинет (на хартиен или електронен носител) се води журнал с лични данни на преминаващите през ДКБ/ПК ЗОЛ с регистриране на направление за провеждане на КП, АПр и КПр.

Чл. 369. В ИЗ се отразяват датата и часът на постъпването на ЗОЛ в лечебното заведение - изпълнител на БМП.

Чл. 370. Първичните медицински документи са:

1. "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7);

2. "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8);

3. "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А);

4. "Лист за диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 9);

5. "Отчет за приложените лекарствени продукти по клинични пътеки и амбулаторни процедури";

Приема се

6. "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура";

7. "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" (бл. МЗ-НЗОК № 12);

8. "Решение на специализирана комисия" (бл. МЗ-НЗОК № 13).

Чл. 371. Финансови документи в болничната медицинска помощ по приложение № 5 са:

1. фактура или електронна фактура;

2. спецификации за извършена дейност по КП, АПр и КПр;

3. спецификация за приложени лекарствени продукти, заплащани от НЗОК извън цената на КП и КПр;

4. спецификация за медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и АПр;

5. спецификации за извършена медицинска дейност на здравнонеосигурени лица по § 2 или на лица по § 8, ал. 1 от преходните и заключителните разпоредби на ЗБНЗОК за 2017 г.

Отпада необходимостта от такъв текст, БЛС приема

Чл. 372. (1) "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7), "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) и "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А) се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в приложение № 3.

(2) "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) се попълва в три екземпляра.

(3) "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) и "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А) се попълват в два екземпляра.

(4) Документите се попълват в съответния брой екземпляри, както следва:

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

2. регистрационните и медицинските данни в документа относно приемането за хоспитализация и болничното лечение на ЗОЛ се попълват от лечебното заведение; първият екземпляр на документа се изпраща заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК, а вторият остава на съхранение в лечебното заведение.

Чл. 373. (1) "Лист за диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 9), ~~"Отчет за приложените лекарствени продукти по клинични пътеки/амбулаторни процедури"~~ и "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура" се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в приложение № 3. Документите се попълват в два екземпляра.

#### Приема се

(2) "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" (бл. МЗ-НЗОК № 12) и "Решение на специализирана комисия" (бл. МЗ-НЗОК № 13) се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в приложение № 3. Документите се попълват в четири екземпляра.

Чл. 375. (1) Лекар специалист, оказващ БМП по КП, АПр и КПр, който отсъства поради ползване на отпуск, заболяване, командировка или друга причина, няма право да извършва медицински дейности, свързани с лечението на пациенти, както и да подписва документи по чл. 290, първични медицински и финансови документи и епикризи за периода на отсъствието си.

(2) Лекар специалист, оказващ БМП по КП, АПр и КПр и посочен в приложение № 1 към договора на лечебното заведение, може да извършва тази дейност и извън часовете за работа в представения месечен график по чл. 273, т. 3 в същото лечебно заведение.

~~Чл. 376. (1) Финансовите документи — спецификация към фактурата за извършена дейност и спецификация за медицински изделия и/или спецификация за лекарствените продукти, се издават в два екземпляра от всички изпълнители.~~

~~(2) Първият екземпляр от спецификациите по ал. 1, направлението за хоспитализация и/или провеждане на процедури, както и електронният отчет се предават в РЗОК съгласно условията и в сроковете, определени по реда на раздел IX. Вторият екземпляр остава при изпълнителя.~~

~~(3) След представяне на документите по ал. 1 РЗОК извършва проверка на същите и ги заверява.~~

~~Чл. 377. В РЗОК се води отчетност за всички първични медицински и финансови документи, които изпълнителите на процедури представят по-опис за отчитане на извършената дейност.~~

~~Чл. 378. При констатиране на неправилно попълнени данни във финансовите документи на изпълнителите на БМП РЗОК ги връща за корекция в посочения срок.~~

~~Чл. 379. При констатиране на нарушение РЗОК връща отчетните документи за корекция в установения срок.~~

#### Приема се

Чл. 380. При отчитане на хирургична КП в "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) следва да се отрази и основната диагноза, с която се изписва пациентът.

Чл. 381. (1) При отчетена и заплатена КП, АПр и КПр, когато не е изпълнен диагностично-лечебният алгоритъм, липсват индикации за хоспитализация, както и при неизпълнени критерии за дехоспитализация, директорът на РЗОК удържа неоснователно платените суми.

(2) Директорът на РЗОК удържа неоснователно платените суми също при:

1. незавършена КП, доказано при последващ контрол;
2. несъответствие между договорената по вид и обем и оказаната медицинска помощ.

(3) Директорът на РЗОК не заплаща отчетените случаи при неспазване на изискванията за непрекъснатост на болничните грижи - отсъствие на пациента при междинен одит.

**Предложение на НЗОК: Нов**

Чл. ... Изпълнител на болнична медицинска помощ, който изиска плащане или доплащане от осигуреното лице за видове медицинска дейност, която е заплатена от НЗОК, извън предвидената сума, с изключение на медицински изделия за определени КП/АПр, в които изрично е посочено, е длъжно след влизане в сила на заповедта за санкция да възстанови на пациента съответната сума.

**Не се приема от БЛС**

## Глава двадесета

### УСЛОВИЯ И РЕД ЗА КОНТРОЛ ПО ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ДОГОВОРИТЕ ЗА ОКАЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

**Чл. 382.** (1) Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се извършва в съответствие с раздел X от ЗЗО и тази глава.

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

(3) Обект на контрол при настоящите условия и ред са всички лечебни заведения или техните обединения, сключили договор с НЗОК, които по смисъла на чл. 58 ЗЗО са изпълнители на медицинска помощ.

**Чл. 383.** (1) Управителят на НЗОК упражнява цялостен контрол по изпълнението на договорите чрез:

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

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

**Чл. 384.** (1) Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се осъществява чрез проверки, извършвани от длъжностни лица – служители на НЗОК, и от длъжностни лица от РЗОК – контрольори.

(2) Длъжностните лица по ал. 1 осъществяват внезапен контрол по изпълнение на договорите с изпълнителите на медицинска помощ, контрол преди заплащане на оказаната медицинска помощ и последващ контрол.

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

**Чл. 385.** (1) Изпълнителите на медицинска помощ са длъжни да:

1. оказват съдействие на контролните органи на НЗОК и РЗОК при изпълнение на служебните им задължения;
2. предоставят на контролните органи на НЗОК и РЗОК при поискване всички документи по сключените договори, както и отчетната документация по чл. 33, ал. 2, с

изключение на финансовите отчетни документи по чл. 33, ал. 2, т. 2 при електронно отчитане.

(2) Контролната дейност се осъществява по начин и във време, незатрудняващи основната дейност на изпълнителите на медицинска помощ.

**Чл. 386.** Здравноосигурените лица могат да бъдат поканени за съдействие на контролните органи на НЗОК/РЗОК за уточняване на обстоятелства във връзка с дейността на ИМП, включително и в писмен вид.

**Чл. 387.** (1) Длъжностните лица – служителите на НЗОК, извършват проверка по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ на основание заповед на управителя на НЗОК, или от оправомощено от него длъжностно лице, в която се посочват правните и фактическите основания за издаването ѝ, и се определят проверяващото лице (лица), обектът – наименование и месторазположение, срокът, видът и задачата на проверката.

(2) Служителите на НЗОК по ал. 1 могат да извършват проверки на територията на цялата страна.

**Чл. 388.** (1) Управителят на НЗОК или оправомощено от него длъжностно лице може със заповед да разпреди извършване на проверка от контролори от РЗОК с участието на служители на НЗОК. Заповедта съдържа: правните и фактическите основания за издаването ѝ; служителите на НЗОК, които ще участват в проверката; обекта, задачата, вида и срока на проверката, както и РЗОК, на чиято територия тя ще се извърши.

(2) На основание заповедта на управителя на НЗОК директорът на РЗОК издава заповед, която съдържа: правните и фактическите основания за издаването ѝ; служителите на НЗОК, както и контролните органи на РЗОК, които ще участват в проверката; конкретния/конкретните изпълнител/и на медицинска помощ – обект/и на проверката, задачата и вида на проверката.

(3) Служителите на РЗОК – контролори, могат да извършват проверки на територията на съответната РЗОК по заповед на нейния директор. или на оправомощено от него длъжностно лице. -Приема се

**Чл. 389.** (1) По заповед на управителя на НЗОК или на оправомощено от него длъжностно лице служителите на РЗОК – контролори, могат да извършват проверки на територията на съответната РЗОК или на територията на друга РЗОК.

(2) За издаване на заповедта по ал. 1 за извършване на проверка на територията на друга РЗОК контролорите се определят по предложение на директора на РЗОК, на която са служители.

**Чл. 390.** (1) При откриване на проверката проверяващото лице (лица) се легитимира и връчва екземпляр от заповедта за проверка ИМП – обект на проверката.

(2) Екземпляр от заповедта за проверка се подписва от представляващия ИМП или от упълномощено от него лице.

(3) При отказ или невъзможност да се приеме заповедта проверката се извършва и без връчването ѝ, като това обстоятелство, както и датата и часът се отбелязват в нея и това се удостоверява чрез съставяне и подписване на протокол от всички участващи в проверката лица. - Приема се

(4) **При До** приключване на проверката ИМП са длъжни да предоставят на контролните органи заверени с подпис и печат копия от необходимите за извършване на проверката документи.

**Чл. 391.** (1) Контролните органи по чл. 72, ал. 2 ЗЗО: длъжностните лица – служители на НЗОК, и длъжностни лица от РЗОК – контрольори, имат правата по чл. 73, ал. 1 ЗЗО.

(2) За изпълнение на правомощията си по чл. 73, ал. 1 ЗЗО контролните органи по чл. 72, ал. 2 имат право на достъп до информация от работодателите, осигурените и изпълнителите.

(3) Длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 ЗЗО, които нямат образователно-квалификационна степен магистър по медицина (лекар), нямат правомощията по чл. 73, ал. 1, т. 7 ЗЗО.

**Чл. 392.** (1) За резултатите от извършената проверка и установени нарушения по чл. 73, ал. 1 ЗЗО контролните органи по чл. 72, ал. 2 ЗЗО съставят протокол, в който вписват:

1. обекта на проверката – наименование и месторазположение;
2. данните за проверката – дата и място на съставяне, основание за извършване на проверката, проверяващото лице (лица);
3. описание на установените факти;
4. констатираните нарушения при изпълнение на договора с ИМП;
5. задължителните предписания и сроковете за отстраняване на констатираните нарушения, препоръки за подобряване на дейността на ИМП;
6. подписа на съставителя(ите);
7. срока за възражение, установен в ЗЗО;
8. дата на връчване и подпис на лицето – обект на проверката.

(2) Екземпляр от протокола се предоставя на лицето – обект на проверката, срещу подпис, а копия от него се изпращат на управителя на НЗОК, съответно на директора на РЗОК, и на съответната РК на БЛС.

(3) При констатирани от извършената проверка нарушения на Кодекса за професионална етика на лекарите директорът на РЗОК уведомява съответната комисия за професионална етика към БЛС.

**Чл. 393.** Лицето – обект на проверката, има право да даде писмено становище пред управителя на НЗОК, съответно пред директора на РЗОК, по направените от длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 ЗЗО констатации в 7-дневен срок от връчването на протокола по чл. 392, ал. 1.

**Чл. 394.** Санкциите се налагат по реда на глава двадесет и първа.

**Чл. 395.** (1) При извършване на проверките по чл. 387, 388 и 389 могат да присъстват експерти на БЛС, които не са в договорни отношения с проверявания изпълнител на медицинска помощ. Експертите предоставят писмени становища, които са неразделна част от протокола по чл. 392, ал. 1.

(2) Включването на експертите на БЛС в заповедите за проверките по ал. 1 на управителя на НЗОК, респ. директора на РЗОК, се осъществява след посочване в писмен вид от страна на председателя на РК на БЛС, на чиято територия се осъществява проверката, на представителите на РК на БЛС със съответна специалност.

**Чл. 396.** При установяване на административни нарушения по чл. 105д и 105е ЗЗО актовете за установяване на административни нарушения по ЗАНН се съставят от

длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 ЗЗО по реда на ЗАНН и инструкцията на управителя на НЗОК по чл. 72, ал. 10 ЗЗО.

**Чл. 397.** (1) При осъществяване на контролната дейност от длъжностни лица – служители на НЗОК, и от длъжностни лица от РЗОК – контрольори, ЗОЛ могат да бъдат поканени за доброволно съдействие с цел уточняване на обстоятелства и факти във връзка с дейността на ИМП.

(2) В случаите, когато ЗОЛ удостоверяват своите твърдения с документи, контролните органи прилагат към протокола от проверката копия на тези документи, които заверяват с „Вярно с оригинала“, дата и подпис.

(3) При невъзможност на ЗОЛ да представи документи същото излага своите твърдения в писмен вид, като поставя дата и подпис. Писмените изложения се прилагат към протокола от проверката.

#### Глава двадесет и първа

### САНКЦИИ ПРИ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРИТЕ ЗА ОКАЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

#### Раздел I

#### Налагане на санкции. Видове санкции. Неоснователно получени суми

**Чл. 398.** (1) При констатиране на нарушения от длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 ЗЗО: длъжностните лица – служители на НЗОК, и длъжностни лица от РЗОК – контрольори, по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се налагат:

1. санкции, предвидени в тази глава;
2. глоби или имуществени санкции съгласно административнонаказателните разпоредби на ЗЗО.

(2) Предвидените в тази глава санкции се прилагат при нарушение, констатирано по реда на глава двадесета.

(3) Предвидените в чл. 105д и 105е ЗЗО глоби или имуществени санкции се прилагат при нарушение, констатирано по реда на ЗАНН и инструкцията по чл. 72, ал. 10 ЗЗО, на управителя на НЗОК.

(4) За маловажни случаи на нарушения наказващият орган не налага наказание, като направи предписание за отстраняване на съответното нарушение и предупреди нарушителя, че при повторно извършване на нарушение ще му бъде наложена санкция.

(5) След изтичане на срока за изпълнение на предписание за отстраняване на съответното нарушение контролните органи по чл. 72, ал. 2 ЗЗО могат да направят повторна проверка и да изискат документи, удостоверяващи изпълнението на предписанието.

**Чл. 399.** (1) В случаите по чл. 76а ЗЗО, когато ИМП е получил суми без правно основание, които не са свързани с извършване на нарушение по ЗЗО или на НРД, и това е установено при проверка от контролните органи по чл. 72, ал. 2 ЗЗО, изпълнителят е длъжен да възстанови сумите.

(2) В случаите по ал. 1 се съставя протокол за неоснователно получени суми.

(3) Протоколът за неоснователно получени суми по ал. 2 съдържа:

1. обекта на проверката – наименование и месторазположение;
2. данните за проверката – дата и място на съставяне, основание за извършване на проверката, проверяващото лице (лица);

3. описание на установените факти;
4. констатираните неоснователно получени суми и техния размер;
5. подписа на съставителя(ите);
6. срока за възражение, установен в ЗЗО;
7. дата на връчване и подпис на лицето – обект на проверката.

(4) Лицето – обект на проверката, има право да представи писмено възражение пред управителя на НЗОК, съответно пред директора на РЗОК, в 7-дневен срок от връчване на протокола.

(5) След изтичане на срока за възражение по ал. 4 управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание, която се връчва на ИМП.

(6) Поканата за възстановяване на сумите по ал. 1 подлежи на обжалване по реда на АПК.

(7) В 14-дневен срок от получаване на поканата изпълнителят е задължен доброволно да внесе дължимите суми.

(8) Когато ИМП не изпълни поканата в срока по ал. 7, дължимата сума се прихваща от следващото плащане по договора. Когато договорът е прекратен и/или не се дължат плащания по него, сумата се събира по съдебен ред.

**Чл. 400.** (1) В случаите по чл. 76б ЗЗО, когато ИМП е получил суми без правно основание в резултат на извършено нарушение по ЗЗО или на НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, удържа неоснователно платените суми, като на нарушителя се налагат наказания, определени в ЗЗО или в НРД.

(2) В случаите по ал. 1 управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание, след влизане в сила на наказателното постановление и/или на заповедта за налагане на санкция.

**Чл. 401.** (1) Санкциите по този НРД са:

1. финансова неустойка;
2. прекратяване на договор.

(2) За всяко констатирано нарушение се прилага съответна по вид и размер санкция.

(3) При констатирани нарушения, извършени от различни лекари от лечебното заведение – изпълнител на извънболнична помощ, за всяко едно от тях се налага съответната санкция.

(4) В случаите по ал. 3 общият размер на санкцията е сбор от санкциите за всяко едно нарушение.

(5) При констатирани нарушения по изпълнение на КП, АПр, КПр и КДН за всяко едно от тях се налага съответна по вид и размер санкция.

(6) В случаите по ал. 5 общият размер на санкцията е сбор от санкциите за всяко едно нарушение.

**Чл. 402.** Видът и размерът на санкцията се определят от управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, в зависимост от: вида и тежестта на констатираното нарушение, както и броя на случаите по това нарушение, поредността на извършването му и от решението на арбитражната комисия в случаите, когато същата се е произнесла с решение.

## Раздел II

### Санкции при констатирани нарушения

**Чл. 403.** (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ наруши условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 150 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 300 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 200 до 500 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 600 до 1500 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение наруши условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 100 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 150 до 300 лв.

**Чл. 404.** (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ ~~окаже медицинска помощ в нарушение на изискванията~~ **наруши изискванията** за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 150 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 300 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ ~~окаже медицинска помощ в нарушение на изискванията~~ **наруши изискванията** за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 100 до 500 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 200 до 1000 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение ~~окаже медицинска помощ в нарушение на изискванията~~ за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 150 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 300 лв.

**Чл. 405.** (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ наруши установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация, с изключение на случаите на явна фактическа грешка, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 150 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 300 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация, с изключение на случаите на явна фактическа грешка, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 200 до 500 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 400 до 1000 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение наруши установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация, с изключение на случаите на явна фактическа грешка, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 150 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 300 лв.

**Чл. 406.** (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ наруши изискванията за **назначаване на лекарствена терапия** или предписване на лекарствени продукти за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 150 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 300 лв.

**Предложение на НЗОК:**

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши установените изисквания за предписване и отпускане **или отчитане** на лекарствени продукти, прилагани в болничната помощ, извън цената на КП/АПр, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 200 до 500 лв.

**БЛС - За обсъждане**

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 400 до 1500 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение наруши изискванията за предписване на лекарствени продукти за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 100 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 200 лв.

**Чл. 407.** (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ не изпълни задълженията си за уведомяване на РЗОК за настъпили промени в обстоятелства, свързани със сключването на индивидуалния договор, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 100 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 200 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ не изпълни задълженията си за уведомяване на РЗОК за настъпили промени в обстоятелства, свързани със сключването

на индивидуалния договор, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 100 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 200 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение не изпълни задълженията си за уведомяване на РЗОК за настъпили промени в обстоятелства, свързани със сключването на индивидуалния договор, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 100 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 200 лв.

**Чл. 408.** За трето и следващо нарушение управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в максималния размер, предвиден за повторните нарушения по чл. 403 – 407.

**Чл. 409.** (1) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 50 до 100 лв., когато изпълнител на медицинска помощ е извършил някое от следните нарушения:

1. нарушаване на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД;

2. неудовлетвореност на пациентите от оказаните медицински дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, заплатена от бюджета на НЗОК, установена съгласно наредбата по чл. 19, ал. 7, т. 15 ЗЗО, и след оценка на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД, и установяване на нарушаването им.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 150 до 250 лв.

(3) В случаите на недостигане на прицелните стойности по чл. 171, ал. 2, т. 7 и 8 и чл. 172, ал. 2, т. 9 и 10 за НbA1c, LDL-холестерол и артериално налягане, ако са предприети мерки за подобряване на контрола, като: препоръки за хигиенно-диетичен режим, промяна в терапията, консултация със специалист или други, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, не налага санкция по ал. 1, т. 1.

(4) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 300 до 500 лв., когато изпълнител на медицинска помощ е извършил някое от следните нарушения:

1. системно нарушение по смисъла на § 1, т. 19 от допълнителните разпоредби на ЗЗО на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД;

2. системна неудовлетвореност по смисъла на § 1, т. 19а от допълнителните разпоредби на ЗЗО на пациентите от оказаните медицински дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, заплатена от бюджета на НЗОК, установена съгласно наредбата по чл. 19, ал. 7, т. 15 ЗЗО, и след оценка на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД, и установяване на нарушаването им.

(5) Заповедта за налагане на санкция подлежи на оспорване по реда на АПК.

**Чл. 410.** (1) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „прекратяване на договора“ при отчитане на дейност, която не е извършена, както и при извършване и отчитане на медицинска дейност, за която няма съответни медицински индикации, установено по реда на чл. 72, ал. 2 ЗЗО:

а) от изпълнител на извънболнична медицинска помощ по определен пакет – частично, по отношение на лекаря, който не е извършил тази дейност;

б) от изпълнител на болнична медицинска помощ – частично, за съответната медицинска дейност от пакета, по която е отчетена неизвършената дейност.

(2) При повторно извършване на нарушението по ал. 1 договорът с изпълнителя се прекратява изцяло.

(3) Заповедта за прекратяване на договора подлежи на оспорване по реда на АПК.

### Раздел III

#### Ред за налагане на санкции

**Чл. 411.** (1) Когато лицето – обект на проверката, не изрази писмено становище по чл. 393 или изразеното от него становище не съдържа възражения по направените констатации от длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава заповед, с която налага санкция.

(2) В 14-дневен срок след получаването на заповедта по ал. 1 ИМП е задължен доброволно да внесе дължимите суми.

(3) Когато ИМП не внесе доброволно дължимата сума, тя се прихваща от следващото плащане по договора. Когато договорът е прекратен и/или не се дължат плащания по него, сумата се събира по съдебен ред.

**Чл. 412.** (1) В случаите, когато лицето – обект на проверка, оспори констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, в 7-дневен срок от получаване на писменото становище по чл. 393 изпраща спора за решаване от арбитражна комисия. Когато констатациите са оспорени пред управителя на НЗОК, спорът се решава от арбитражната комисия на тази РЗОК, с чийто директор изпълнителят на медицинска помощ – обект на проверката, е сключил договор.

(2) Арбитражната комисия се произнася с решение в едномесечен срок от получаване на преписката.

**Чл. 413.** (1) В случай че арбитражната комисия потвърди констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава заповед за налагане на предвидените в НРД санкции.

(2) Санкциите по ал. 1 се налагат със заповед на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, която се издава в срок до един месец от уведомяването от страна на арбитражната комисия на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, че са потвърдени констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 ЗЗО и се съобщава на лицето – обект на проверката.

(3) Когато нарушението е установено от длъжностни лица – контрольори на РЗОК, извършили проверка на територията на друга РЗОК, предложението до управителя на НЗОК за издаването на заповедта за санкция се прави от директора на тази РЗОК, с чийто директор изпълнителят на медицинска помощ – обект на проверката, е сключил договор.

(4) Санкциите подлежат на съдебно обжалване по реда на АПК.

### Раздел IV

#### Правила за работа на арбитражните комисии

**Чл. 414.** (1) На територията, обслужвана от РЗОК, се конституират арбитражни комисии, които разглеждат оспорените от лицата – обект на проверка:

1. констатации на длъжностни лица – служители на НЗОК;

2. констатации на длъжностни лица от РЗОК – контрольори.

(2) Арбитражната комисия се състои от представители на РЗОК и съответната РК на БЛС.

(3) В едномесечен срок от обнародването на този НРД директорът на съответната РЗОК издава заповед за определяне на състава на арбитражна комисия след посочване от страна на председателя на РК на БЛС в писмен вид на представителите на съответната РК на БЛС по съответните специалности в арбитражната комисия. **. При неспазване на срока от страна на председателя на РК на БЛС, членовете на АК се определят от председателя на УС на БЛС в едноседмичен срок след уведомяването му от управителя на НЗОК.**

**За допълнително обсъждане от страна на БЛС**

(4) Директорът на съответната РЗОК организира създаването на арбитражна комисия за всеки конкретен случай и тя осъществява своята дейност при условията и по реда, определени в този раздел.

(5) При осъществяване на правомощията си по ал. 4 директорът на РЗОК включва в арбитражната комисия за всеки конкретен случай посочените по реда на ал. 3 представители на РК на БЛС по съответните специалности, които имат отношение към описаните факти и направените констатации в протокола на съответното длъжностно лице по чл. 72, ал. 2 ЗЗО.

(6) В заповедта по ал. 5 се посочват и резервни членове.

(7) Член на арбитражната комисия не може да бъде длъжностно лице по чл. 72, ал. 2 ЗЗО, което е извършило проверката и чиято констатация се оспорва, както и лицето – обект на проверка, оспорило констатацията.

(8) Всяка РК на БЛС публикува на своята интернет страница имената на лекарите – представители на БЛС – членове на арбитражна комисия.

**Чл. 415.** (1) Арбитражните комисии се конституират за срока на действие на НРД.

(2) Броят на представителите на РЗОК в състава на всяка арбитражна комисия е равен на общия брой представители на РК на БЛС, както следва: 3-ма представители на РЗОК и 3-ма представители на РК на БЛС.

(3) За всяка от квотите се определят по трима резервни членове по същия ред, по който се определят постоянните членове.

(4) Комисията се председателства от членовете ѝ на ротационен принцип за срок три месеца.

(5) В случаите на отсъствие на председателя функциите му се изпълняват от заместник-председател – представител на съответната квота.

**Чл. 416.** Арбитражните комисии работят в съответствие с чл. 75 ЗЗО.

**Чл. 417.** (1) Всяка арбитражна комисия разглежда споровете в пълен състав. Ако някой от постоянните членове отсъства, се включва резервен член от съответната квота.

(2) Всяка от страните по спора може в писмен вид да иска отвод на член на комисията, ако са налице обстоятелства, които пораждат основателни съмнения относно неговата безпристрастност и независимост.

**Чл. 418.** (1) Председателят на комисията свиква заседанията, уведомява членовете на комисията за необходимостта да се запознаят с материалите по спора, разпределя между членовете на комисията задълженията във връзка с изготвяне на решението и комплектуване на преписките.

(2) Заседание може да бъде свикано и по искане на не по-малко от трима членове на комисията.

(3) В случаите по ал. 2 председателят на комисията насрочва заседание в срок до три дни от получаване на искането.

(4) Арбитражната комисия разглежда споровете по документи, които страните предварително са представили.

(5) Ако комисията прецени, тя може да изслуша представител(и) на проверяващия екип (длъжностни лица – служители на НЗОК, и/или длъжностни лица от РЗОК – контролори), както и на ИМП, направил възражения. Комисията може да изисква всички необходими документи, справки и други материали, необходими им за формиране на решение.

**Чл. 419.** На всяко заседание на комисията се води протокол, който се подписва от всички членове на комисията.

**Чл. 420.** (1) Арбитражната комисия се произнася с решение по предмета на спора.

(2) Решението на комисията е в писмен вид, съдържа мотиви и се подписва от всички членове.

(3) Срокът за произнасяне на решение е едномесечен, считан от датата на получаване на преписката.

(4) Решението се взема с мнозинство не по-малко от четири гласа от всички членове на комисията, присъствено и чрез явно гласуване.

(5) Решението на комисията се изготвя в три екземпляра – по един за ИМП, управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, и съответната РК на БЛС. Решенията се връчват по начин, удостоверяващ получаването им.

**Чл. 421.** (1) В случай че арбитражната комисия потвърди констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 ЗЗО изцяло или частично, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава заповед за налагане на предвидените в НРД санкции.

(2) В случай че арбитражната комисия отхвърли изцяло констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, писмено уведомява лицето – обект на проверката, за решението за прекратяване на производството.

(3) В случаите, когато арбитражната комисия не стигне до решение по констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 ЗЗО поради равен брой противоположни гласове, комисията изготвя протокол, екземпляр от който се предоставя на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, и на РК на БЛС. Препис-извлечение от протокола се предоставя на лицето – обект на проверката.

(4) След запознаване с протокола по ал. 3 управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, може да наложи предвидените в този НРД санкции.

**Чл. 422.** (1) В специална книга в РЗОК се посочва датата на постъпване на всяка преписка в арбитражната комисия.

(2) След приключване на всяка преписка цялата документация се извежда в книгата по ал. 1. Копия от преписките се подреждат в архив и се съхраняват от комисията в РЗОК не по-малко от една година. Книгата се съхранява в деловодството на РЗОК.

## **ДОПЪЛНИТЕЛНА РАЗПОРЕДБА**

**§ 1.** По смисъла на този договор:

1. „Здравноосигурени лица“ са лицата по чл. 33 ЗЗО с непрекъснати здравноосигурителни права. Здравноосигурени лица се считат и:

а) лицата, осигурени в друга държава – членка на ЕС, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 ДРЗЗО – за съответния обхват медицинска помощ, в зависимост от приложимото спрямо лицата законодателство; лицата следва да докажат правото си на медицинска помощ с удостоверителни документи за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, издадени по реда на правилата за координация на системите за социална сигурност, както и гражданите на държави, с които Република България има сключени международни договори за социална сигурност;

б) здравнонеосигурени лица по § 2, ал. 1 ЗБНЗОК за 2017 г. – за следните дейности:

– здравнонеосигурени жени – за медицинските грижи по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ;  
– комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на болни с психични заболявания;

– комплексно диспансерно наблюдение на болни с кожно-венерически заболявания;

– интензивно лечение;

в) лица по § 8, ал. 1 ЗБНЗОК за 2017 г., които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес по реда на Постановление № 17 на Министерския съвет от 2007 г. за определяне на условията и реда за разходване на целевите средства за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ на лица, които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес – за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ.

2. „Завършена клинична пътека“ е:

а) за хирургична/интервенционална КП – когато е извършена основната хирургическа/интервенционална процедура; 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 при дехоспитализация, 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.

3. „Повторно нарушение“ е второ и следващо нарушение, извършено от лекар от лечебно заведение – ИМП, за което на нарушителя е била наложена и влязла в сила санкция за същия вид нарушение в рамките на действие на НРД.

4. „Маловажни случаи“ по смисъла на чл. 394, ал. 4 са:

4.1. За извънболнична медицинска помощ:

а) липса на подпис или печат на ОПЛ/специалист в амбулаторния лист или в спецификацията/индивидуалния месечен отчет на лекаря;

б) липса на някои от посочените в приложение № 10 консумативи – за изпълнителите на ПИМП;

в) липса на някои от посочените в приложение № 11 консумативи за извършване на общомедицински дейности – за изпълнителите на СИМП.

4.2. За болнична медицинска помощ:

- а) липса на подпис на декурзус от лекуващ лекар;
- б) липса на декурзус в почивни дни на нетежко болни;
- в) технически грешки в медицинската документация;
- г) липса на печат върху епикризата.

5. Официалният интернет портал на НЗОК е: [www.nhif.bg](http://www.nhif.bg).

### **ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ**

§ 2. Този рамков договор влиза в сила от 1.04.2017 2018 г.

§ 3. Договорите с изпълнители на извънболнична медицинска помощ влизат в сила, както следва:

- 1. от 1 април 2017 2018 г. - за изпълнителите на ПИМП;
- 2. от 1 април 2017 2018 г., при условие че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор е работил по договор с НЗОК за оказване на същия вид медицинска помощ и че новият договор се подпише в срока по чл. 22;
- 3. от датата на подписване, при условие че изпълнителят по т. 2 е договорил дейност, която не е извършвал по договор с НЗОК до 31 март 2017 2018 г. - за новата по вид дейност;

4. от датата на подписване на договора, в случай че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор не е работил по договор с НЗОК.

§ 4. Договорите с изпълнители на болнична помощ влизат в сила, както следва:

- 1. от 1 април 2017 2018 г., при условие че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор е работил по договор с НЗОК за оказване на същия вид медицинска помощ;
- 2. от датата на подписване на договора, при условие че изпълнителят е договорил дейност (КП, КПр и Апр), която не е извършвал по договор с НЗОК до 1 април 2017 2018 г.;

3. от датата на подписване на договора, в случай че изпълнителят до момента на сключване на договора не е работил по договор с НЗОК.

§ 5. Договорите с изпълнителите на комплексно диспансерно наблюдение на ЗОЛ с кожно-венерически и психични заболявания влизат в сила от 1 април 2017 2018 г.

§ 6. (1) В случай че лечебно заведение за извънболнична помощ/здравно заведение не сключи договор с НЗОК при тези условия, за извършената от него дейност от 1 април 2017 2018 г. до датата на отказа се подписва срочен договор.

(2) В случай че лечебно заведение за болнична помощ не сключи договор с НЗОК при тези условия, за извършената от него дейност от датата на влизане в сила на НРД до датата на отказа се заплаща.

~~§ 7. В изпълнение на § 10 ЗБНЗОК за 2017 г. директорът на РЗОК отказва сключване на договори и допълнителни споразумения за съответните дейности в лечебните заведения през 2017 г., които след 31 декември 2016 г. са получили за първи път разрешение за дейност по чл. 48, ал. 1 ЗЛЗ, както и в лечебните заведения, в чието разрешение за дейност са включени нови дейности след 31 декември 2016 г.~~

§ 7. (1) Лечебните заведения, които след 31 декември 2017 г. са получили за първи път разрешение за дейност по чл. 48, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, не могат да сключват през 2018 г. договори с НЗОК за съответните дейности.

(2) През 2018 г. НЗОК не сключва договори или допълнителни споразумения с лечебните заведения, изпълняващи болнична медицинска помощ, за дейности по нови: клинични пътеки; клинични процедури; амбулаторни процедури и нови медицински процедури (диагностични и терапевтични) в съответните клинични пътеки, клинични процедури и амбулаторни процедури спрямо договорените от съответното лечебно

заведение за болнична помощ през 2017 г. по Националния рамков договор за медицинските дейности за 2017 г., с изключение на случаите, когато тези клинични пътеки не са изпълнявани на територията на съответната РЗОК.

**БЛС – за допълнително обсъждане (ал. 2)**

§ 8. При осигурена техническа възможност от страна на НЗОК заявлението и документите за сключване на договори по чл. 119 могат да се подават по електронен път през [портала](#) на НЗОК.

§ 9. Дейностите в извънболничната и болничната помощ, назначени по реда на НРД за медицинските дейности за 2015 г. и Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 ЗЗО на НС на НЗОК и започнати преди 1 април 2017 г., се извършват по реда на НРД за медицинските дейности за 2015 г. и Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 ЗЗО на НС на НЗОК и се заплащат при условията и по реда на този НРД.

§ 10. Всички образци на първични медицински документи, приети с Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 ЗЗО на НС на НЗОК, се прилагат до издаването на нови такива.

§ 11. В случаите на констатирани нарушения, извършени до 31.03.2017 г. през периода на действие на предходния индивидуален договор с изпълнител на медицинска помощ, се прилагат глобите и санкциите, предвидени за съответното нарушение в ЗЗО и Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 ЗЗО на НС на НЗОК, като се спазва процедурата за осъществяване на контрол по ЗЗО и този НРД.

§ 12. При необходимост от промяна на бизнес правилата в хода на изпълнение на финансовата година корекциите във формата на XML файл се извършват в срок един месец. Новият формат на отчетния файл влиза в сила един месец след публикуването му на [интернет страницата](#) на НЗОК.

§ 13. Директорите на РЗОК осъществяват ежедневен мониторинг на лечебните заведения, договорни партньори на НЗОК, формиращи най-голям разход на територията на съответната РЗОК.

§ 14. (1) Отчетните финансови документи по чл. 207, ал. 1 на хартиен носител се подават от изпълнителите на извънболнична медицинска помощ до 30.09.2017 г.

(2) Отчетните финансови документи по чл. 245, ал. 1 на хартиен носител се подават от изпълнителите на КДН до 30.09.2017 г.

§ 14. (1) Изпълнителите на медицинска помощ могат да подават финансово-отчетните документи по чл. 210 и по чл. 356 по електронен път през информационната система на НЗОК в PDF формат, подписан с УЕП съгласно чл. 13, ал. 2 ЗЕДЕП до 30.07.2018 г.

(2) Финансово-отчетните документи по ал. 1 са фактура/дебитно/кредитно известие и спецификации по приложение ..... „Финансови документи по § 14 от преходни и заключителни разпоредби на НРД“.

(3) Изпълнителят на медицинска помощ получава нотификация чрез профила на ИМП в информационната система на НЗОК за приетия финансово-отчетен документ по ал. 1.

**Приема се**

§ 15. При осигурена техническа възможност първичните медицински документи - "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А) и "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4), се отчитат електронно и не се предоставят в РЗОК. В тези случаи същите на хартиен носител се съхраняват в лечебните заведения - изпълнители на СИМП.

§ 16. (1) При осигурена техническа възможност от страна на НЗОК:

1. ИМП имат достъп с електронен подпис чрез web услуги и справки до "Регистър протоколи 1А/В/С" с информация за издадените на ЗОЛ протоколи от комисиите за експертизи в ЦУ на НЗОК и РЗОК.

2. Специалистът по профила на заболяването, работещ по договор с НЗОК в извънболничната помощ, или лекар, член на специализирана комисия в ЛЗ за БМП, изпраща през [портала](#) на НЗОК досие на ЗОЛ в електронен вариант на необходимата медицинска документация, включена в утвърдените изисквания. Хартиен вариант на досието се съхранява при специалиста или специализираната комисия и е обект на контрол.

(2) След осигуряване на техническата възможност по ал. 1, т. 1 отпада задължението на ОПЛ да съхранява протоколи 1А/В/С на хартиен носител.

(3) Електронните услуги по ал. 1 се предоставят на [портала](#) на НЗОК.

~~§ 17. Протоколите по чл. 53 и рецентурните бланки се попълват в електронен вариант, след което се разпечатват, подписват и подпечатват от съответния специалист/специализирана комисия, назначил/а терапията, респ. лекаря, предписал лекарствените продукти. До 30.09.2017 г. се допуска протоколите и рецентурните бланки да се попълват ръчно и четливо на ръка.~~

§ 18. При осигурена техническа възможност ИМП ежедневно подават към интегрираната информационна система на НЗОК информация относно предписаните по международно непатентно наименование или фармакопейно наименование на лекарственото им вещество лекарствените продукти, определени в Позитивния лекарствен списък като напълно заплащани в полза на ЗОЛ, по реда на Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

§ 19. При осигурена техническа възможност изпълнителите на КДН подават електронните си отчети, съдържащи извършената медицинска дейност и финансово-отчетните документи, през [портала](#) на НЗОК.

§ 20. При осигурена техническа възможност от ..... започва отчитането на резултатите от МДИ (включително интерпретация на резултатите или референтните стойности) през [портала](#) на НЗОК.

**§ 21. Във връзка с влизането в сила на Австралийска класификация на медицинските процедури (АКМП - Българска ревизия) от 1.01.2018 г. извършените дейности и изследвания в периода от 1.01.2018 г. до 31.03.2018 г. се отчитат от ИМП по АКМП и 9КМ.**

**Промяна според наредбата – НЗОК и БЛС**

§ 22. В 10-дневен срок от подписване на този НРД БЛС представя писмено становище до НЗОК по Правилата по чл. 3, ал. 3 и чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК за 2017 г.

§ 23. Националната здравноосигурителна каса може да договаря по реда на Закона за обществените поръчки и да заплаща в полза на лечебните заведения за болнична помощ лекарствени продукти по чл. 45, ал. 18 ЗЗО, приложени от изпълнители на БМП при лечение на ЗОЛ в изпълнение на договор по чл. 59, ал. 1 ЗЗО.

§ 24. (1) В тримесечен срок от подписването на НРД за 2017 г. управителят на НЗОК и председателят на управителния съвет на БЛС дават указания за поэтапно въвеждане в лечебните заведения - изпълнители на болнична помощ, на персонализиран аналитичен документ за остойностяване лечението на ЗОЛ.

(2) При осигурена техническа възможност и след провеждане на тримесечен тест в пилотни изпълнители на БМП НЗОК изисква от същите издаването на документ, съдържащ информация за извършените дейности и персоналните разходи за пациентите,

изработен съгласно обявени изисквания и стандарти за подаване на информация, публикувани на официалната [интернет страница](#) на НЗОК. В електронен вид този документ се подава и към РЗОК. Изискванията за изготвяне на документа и стандартите за подаване на информацията към НЗОК се обявяват от НЗОК в срок не по-малко от 2 месеца от въвеждането му.

**БЛС предлага да отпадне:**

~~§ 25. Цените на КП/КПр/АПр по настоящия НРД не се променят спрямо цените от предходната година, освен допълнителните дейности, императивно предвидени в Наредба № 2, и на тези, при които има несъответствие.~~

**Нов § ..... При осигурена техническа възможност от страна на НЗОК, ИМП имат достъп с електронен подпис чрез web услуги и справки до информация за предписаните и отпуснати на ЗОЛ лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение**

§ 26. Този рамков договор се сключва на основание чл. 53, ал. 1 ЗЗО.

§ 27. Неразделна част от този договор са следните приложения, които се подписват от страните по договора, обнародват се в притурка към "Държавен вестник" и се публикуват на официалната [интернет страница](#) на НЗОК:

приложение № 1 "Правна рамка";

приложение № 3 "Първични медицински документи";

приложение № 4 "Документи, свързани с оказване на медицинска и дентална помощ на лица, осигурени в други държави";

приложение № 5 "Финансови документи" - **КДН**;

приложение № 6 "Списък на заболяванията, за които се издава "Рецептурна книжка на хронично болния";

приложение № 7 "Кодове на заболяванията по списък, определен по реда на чл. 45, ал. 4 ЗЗО, и кодове на специалности на лекари, назначаващи терапия";

приложение № 8 "Образец на "Изисквания на НЗОК при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарства";

приложение № 9 "Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ";

приложение № 10 "Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на първична извънболнична медицинска помощ";

приложение № 11 "Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на специализирана извънболнична медицинска помощ";

приложение № 12 "Списък със заболяванията, при които здравноосигурените лица са освободени от заплащане на такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО";

приложение № 13 "Дейности на ОПЛ по имунопрофилактика, програма "Детско здравеопазване", профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване и програма "Майчино здравеопазване";

приложение № 14 "Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от лекар специалист";

приложение № 15 "Дейности на лекаря специалист по "Педиатрия" по програма "Детско здравеопазване", на лекаря специалист по "Акушерство и гинекология" по програма "Майчино здравеопазване" и на лекаря специалист по профилактика на ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване";

приложение № 16 "Клинични пътеки";

приложение № 17 "Документи за сключване на договор за оказване на болнична

помощ";

приложение № 18 "Амбулаторни процедури";

приложение № 19 "Клинични процедури";

приложение № 21 "Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиники/отделения по кожно-венерически заболявания и центрове за кожно-венерически заболявания";

приложение № 22 "Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиники/отделения по психични заболявания и центрове за психично здраве";

приложение № 24 "Различни диагностични процедури по МКБ 9 - КМ".

НОВО приложение „Финансови документи по § 14 от преходни и заключителни разпоредби на НРД“.

**Приема се**