

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

## **ПРОЕКТ**

# **НАЦИОНАЛЕН РАМКОВ ДОГОВОР ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ МЕЖДУ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА И БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ ЗА 2023 - 2025 Г.**

Днес, ....2023 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,

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

определени в ЗЗО, Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), Закона за бюджета на НЗОК (ЗБНЗОК) за съответната календарна година и НРД;

4. упражнява контрол върху оказаната медицинска помощ съгласно ЗЗО и НРД;

5. упражнява контрол за спазване правата и задълженията на ЗОЛ;

6. изисква, получава от ИМП и обработва установената документация в сроковете, определени в НРД;

7. заплаща извършените и отчетени медицински дейности по ред и условия, в обеми и по цени, определени в НРД;

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

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

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

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

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

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

1. представлява своите членове и лечебните и здравните 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.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**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, ~~в това число и за работа при неблагоприятни условия, свързани с обявено извънредно положение, съответно извънредна епидемична обстановка.~~

(2) Медицинската помощ по ал. 1 се определя като пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (Наредба № 9 от 2019 г.) (ДВ, бр. 98 от 2019 г.).

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

1. първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) съгласно приложение № 1 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г. и здравни грижи съгласно приложение № 1а към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 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 от Наредба № 9 от 2019 г.;

3. болнична медицинска помощ (БМП), включваща:

а) амбулаторни процедури (АПр) по приложение № 7 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.;

б) клинични процедури (КПр) по приложение № 8 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.;

в) клинични пътеки (КП) по приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.;

4. комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение (КДН) по приложение № 6 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.

## Глава пета

### ФИНАНСОВА РАМКА НА НРД

**НЗОК: След приемане на ЗБНЗОК за 2023 г.**

**Чл. 12.** (1) Годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за медицински дейности съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2023 г. е на обща стойност ... 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, извършени по реда на настоящия НРД в периода 1.12.2022 г. - 30.11.2023 г., в това число и заплащане за работа при неблагоприятни условия, свързани с обявено извънредно положение, съответно извънредна епидемична обстановка за период, определен със закон.

(3) Годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти и медицински изделия е съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2023 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, за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии в условията на болничната 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., от тях

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

лекарствени продукти, назначени с протокол, за които се извършва експертиза - ..... хил. лв.;

- в т.ч. за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии 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) Неуеввоените средства към 30 септември 2020 г. за здравноосигурителни плащания по съответните редове по чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2020 г. за медицински дейности след осигуряване на необходимото финансиране съгласно § 10 от ЗБНЗОК за 2020 г. могат да се използват за плащания само за медицински дейности по същите редове, при условия и по ред, определени съвместно от НС на НЗОК и УС на БЛС.

(4) В случай че при анализа на текущото изпълнение към 30 септември 2023 г. на здравноосигурителните плащания за ПИМП, СИМП, МДД и БМП се установи очаквано неизпълнение на предвидените разходи към 31 декември 2023 г. на средствата за здравноосигурителни плащания по съответните редове по чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2023 г., след осигуряване на финансирането по § 9 от ЗБНЗОК за 2023 г., оставащите средства може да се използват за плащания само за медицинските дейности по същите редове при условия и по ред, определени от НС на НЗОК и УС на БЛС.

(...) За прилагане на ал. 4, в срок до 15.11.2023 г. УС на БЛС и НС на НЗОК договарят и подписват Условия и ред за разпределение на неразходвания остатък от средствата, предназначени за разходи за здравноосигурителни плащания за ПИМП, СИМП, МДД и БМП. Размерът на неразходвания остатък се установява след отчитане на дейностите за м. ноември на съответната календарна година.

За УС на БЛС и НС на НЗОК

(5) 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 2023 г., се разпределят и извършват в рамките на определените параметри в ЗБНЗОК за 2023 г. и в съответствие с параметрите на разходите за здравноосигурителни плащания и събраните приходи по бюджета на НЗОК за 2023 г.

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

(2) Размерът на средствата по чл. 12, ал. 1 и 3 може да се променя със средства от „Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи“ или други средства по реда на ЗБНЗОК за 2023 г., но не по-рано от 1 септември 2023 г.

(съгласно проекта на ЗБНЗОК за 2023 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;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

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

(3) Договор за дейности и/или изследвания от пакетите по специалности, включени в приложение № 2 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 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".

(4) (Нова - ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 17.05.2022 г.) Изпълнители на пакета дейности, включени в приложение № 1а "Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., могат да бъдат лечебни заведения за първична извънболнична медицинска помощ.

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

1. лечебни заведения за болнична помощ (БП) по чл. 9, ал. 1 ЗЛЗ;
2. лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, които са към Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието, Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията;
3. лечебни заведения за СИМП - Медицински център (МЦ), Дентален център (ДЦ), Медико-дентален център (МДЦ) и Диагностично-консултативен център (ДКЦ), с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа;
4. центрове за кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ) по смисъла на чл. 10, т. 3а ЗЛЗ;
5. комплексни онкологични центрове (КОЦ) по смисъла на чл. 10, т. 3б ЗЛЗ с разкрити легла;
6. диализни центрове по смисъла на чл. 10, т. 6 ЗЛЗ.

(2) Изпълнители на АПр по приложение № 7 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г. могат да бъдат лечебните заведения по ал. 1.

(3) Изпълнители на КПр по приложение № 8 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г. могат да бъдат само лечебните заведения по ал. 1, т. 1 и 2.

(4) Изпълнители на КП по приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 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 и чл. 2 от Наредба № 9 от 2019 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 и чл. 3 от Наредба № 9 от 2019 г. могат да бъдат лечебни заведения по ал. 1, т. 1, 2, 4 и 5.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(7) Изпълнители на дейности за "Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)" по приложение № 12 към чл. 1 и чл. 4 от Наредба № 9 от 2019 г. могат да бъдат само лечебните заведения по ал. 1, т. 1, 2, 4 и 5 или техните обединения.

(8) Изпълнители на дейности по АПр № 43 "Специфични изследвания при пациенти с онкологични заболявания" от приложение № 7 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г. могат да бъдат само лечебните заведения с лабораторна структура, в които едновременно се осъществяват дейности по медицинска специалност по обща и клинична патология и медицинска генетика.

**Чл. 16.** Изпълнители по чл. 11, т. 4 на КДН "Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение" по приложение № 6 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 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 Изпълнителна агенция "Медицински надзор" (ИАМН)/Регионалната здравна инспекция (РЗИ), респ. има разрешение за осъществяване на лечебна дейност по чл. 4б, 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.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(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 № 9 от 2019 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 - членове на ТЕЛК/НЕЛК, упражняват дейностите по медицинска експертиза, които подлежат на техен контрол, при спазване на изискванията на чл. 106 ЗЗ;

д) не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България - за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти, които работят в лечебните заведения за първична медицинска помощ;

е) членство в съответната Регионална колегия (РК) на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ) - за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти, които работят в лечебните заведения за първична медицинска помощ;

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.



## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**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 регистриран в ИАМН/РЗИ адрес, на който се осъществява дейността, намиращ се на територията, обслужвана от съответната 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 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.

(3) 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).

(4) 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. 23а.** (1) Директорът на РЗОК не може да сключва договори, съответно допълнителни споразумения, с лечебни заведения, които не са подали заявления в сроковете по чл. 23, ал. 1, независимо от причините за това.

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

(3) Забраните по ал. 1 и 2 се отнасят за срока на действие на НРД в частта по чл. 55, ал. 2, т. 3а от ЗЗО, приложим през съответния период.

(4) Алинеи 1 и 2 не се прилагат за лечебни заведения за БП и КОЦ, получили разрешение за осъществяване на лечебна дейност след провеждане на процедурата по чл. 37а, съответно по чл. 37б от ЗЛЗ, в която НЗОК е дала положително становище за финансиране на съответните дейности, както и за лечебни заведения за извънболнична помощ в случаите, когато е установена недостатъчност от съответната извънболнична помощ въз основа на извършена оценка на потребностите съгласно НЗК.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(5) За извършване на оценка на потребностите от извънболнична помощ в случаите по ал. 4 директорът на РЗОК изпраща по служебен ред искане до директора на съответната РЗИ. Директорът на РЗИ извършва оценката и изпраща на РЗОК удостоверение относно наличието или липсата на потребност от съответната медицинска помощ в 14-дневен срок от постъпване на искането.

**Чл. 23б.** (1) Договори не могат да се сключват с нови лечебни заведения за болнична помощ или за нови медицински дейности, осъществявани от лечебни заведения за болнична помощ, ако в процедурата по чл. 37а или 37б от Закона за лечебните заведения лечебното заведение е предоставило информация, че няма да ползва средства на НЗОК като източник на финансиране на дейността си или НЗОК е дала становище за невъзможност за финансиране на съответните дейности.

(2) Забраната по ал. 1 не се прилага при нововъзникнали обстоятелства и установена недостатъчност от съответната болнична медицинска помощ на територията на областта към момента на подаване на заявление за сключване на договор по чл. 59а, ал. 1, установена въз основа на оценка на потребностите съгласно НЗК. Преценката за недостатъчност от съответната болнична медицинска помощ се извършва от Изпълнителна агенция „Медицински надзор“.

**Чл. ...** През 2023 г. в съответствие с § 11 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2023 г. сключването на договори и/или допълнителни споразумения с изпълнители на болнична медицинска помощ по реда на чл. 59, ал. 1а от ЗЗО е в рамките на утвърдените стойности по чл. 4, ал. 1, т. 1, буква "б" от ЗБНЗОК за 2023 г.

**Чл. 23г.** (1) В случаите, в които не се разширява предметът на договорите и допълнителните споразумения, сключени през 2020 г., изпълнителите на медицинска помощ сключват допълнителни споразумения, които съдържат промени, произтичащи от настоящия договор за изменение и допълнение на НРД.

(2) При сключване на допълнителни споразумения по ал. 1 изпълнителите на болнична медицинска помощ представят в РЗОК документ по чл. 268, ал. 1, т. 10, както и приложения № 1 и № 1а към сключените от тях индивидуални договори с НЗОК, актуални към 1 януари 2021 г.

**Чл. 23д.** (Нов – ДВ, бр. 7 от 2021 г., в сила от 26.01.2021 г.) (1) Лечебните заведения, кандидатстващи за сключване на договор/допълнително споразумение с НЗОК за изпълнение на КП № 168 "Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания", КП № 168.2 "Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания в коремната хирургия, гръдната хирургия, детската хирургия и урологията", подават заявления и представят документи в РЗОК в 30-дневен срок от влизане в сила на настоящия договор за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности за 2020–2022 г. съгласно чл. 59а, ал. 1 от ЗЗО.

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

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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(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. 23е.** (Нов — ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 17.05.2022 г.) (1) На основание чл. 59а, ал. 1 от ЗЗО лечебните заведения, които не са били изпълнители на медицинска помощ до влизане в сила на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2020—2022 г., кандидатстващи за сключване на договор/допълнително споразумение с НЗОК, подават заявления и представят документи в РЗОК в 30-дневен срок от влизане в сила на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2020—2022 г.

(2) При непълнота на представените документи директорът на РЗОК в срок до 7 дни от установяването ѝ пиемено уведомява лечебното 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 от ЗЗО и на критериите за осигуряване на достъпност и качество на медицинската помощ по чл. 59в от ЗЗО. Директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице има право да провери на място в лечебното 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. 23ж.** (Нов — ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 17.05.2022 г.) През 2022 г. в съответствие с § 11 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2022 г. сключването на договори и/или допълнителни споразумения с изпълнители на болнична медицинска помощ по реда на чл. 59, ал. 1а от ЗЗО е в рамките на утвърдените стойности по чл. 4, ал. 1, т. 1, буква "б" от ЗБНЗОК за 2022 г.

**Чл. 23з.** (Нов — ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 17.05.2022 г.) (1) В случаите, в които не се разширява предметът на договорите и допълнителните споразумения, сключени до влизане в сила на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2020—2022 г., изпълнителите на медицинска помощ сключват допълнителни споразумения, които съдържат промени, произтичащи от този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2020—2022 г.

(2) При сключване на допълнителни споразумения по ал. 1 изпълнителите на извънболнична медицинска помощ представят в РЗОК декларация на хартиен и електронен носител по образец, посочен в приложение № 9а, респ. № 10а, включваща и наетите медицински сестри, акушерки или асоциирани медицински специалисти, е посочен УИН.

(3) При сключване на допълнителни споразумения по ал. 1 изпълнителите на болнична медицинска помощ представят в РЗОК документ по чл. 268, ал. 1, т. 10, актуални към влизане в сила на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2020—2022 г. приложения № 1 и № 1а към сключените от тях индивидуални договори с НЗОК, както и списък на наетите медицински сестри, акушерки, асоциирани медицински специалисти или помощник-фармацевти, е посочен УИН.

**Чл. 23и.** (Нов — ДВ, бр. 72 от 2022 г., в сила от 9.09.2022 г.) (1) Лечебните/здравните заведения, кандидатстващи за сключване на допълнително споразумение с НЗОК по реда на чл. 22г, подават заявления и представят документи в РЗОК в 30-дневен срок от влизане в сила на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2020—2022 г.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(2) При непълнота на представените документи директорът на РЗОК в срок до 7 дни от установяването ѝ писмено уведомява лечебното 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 допълнително споразумение към договор с изпълнителите, които отговарят на условията по чл. 55, ал. 2, т. 1 от ЗЗО и на критериите за осигуряване на достъпност и качество на медицинската помощ по чл. 59в от ЗЗО. Директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице има право да провери на място в лечебното 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, допълнително споразумение може да се сключи и след изтичането му.

**Чл. 24.** (1) В случаите на чл. 23а, ал. 4 и чл. 23б, ал. 2, 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 съответната календарна година от НС на НЗОК;

2. приложения за **стойностите на** медицинските дейности за БМП, за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ и/или за лекарствена терапия при злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, **определени по реда на ЗБНЗОК за съответната календарна година от НС на НЗОК.**

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

(6) Алинея 5 не се прилага за лечебни заведения за БП и КОЦ, получили разрешение за осъществяване на лечебна дейност след провеждане на процедурата по чл. 37а, съответно по чл. 37б от ЗЛЗ, в която НЗОК е дала положително становище за финансиране на съответните дейности, както и за лечебни заведения за извънболнична помощ в случаите, когато е установена недостатъчност от съответната извънболнична помощ въз основа на извършена оценка на потребностите съгласно НЗК.

(7) За извършване на оценка на потребностите от извънболнична помощ в случаите по ал. 6 директорът на РЗОК изпраща по служебен ред искане до директора на съответната РЗИ. Директорът на РЗИ извършва оценката и изпраща на РЗОК удостоверение относно наличието

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

или липсата на потребност от съответната медицинска помощ в 14-дневен срок от постъпване на искането.

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

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

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

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

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

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

6. наложена санкция "прекратяване на договор".

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

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

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

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

1. правните и фактическите основания за издаване на отказа;

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

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

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

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

## **Глава осма**

### **ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

**Чл. 27.** Изпълнителите на медицинска помощ осъществяват дейността си съгласно изискванията на ЗЛЗ, ЗЗО, ЗЗ, Кодекса на професионалната етика, ЗЛПХМ, подзаконовни 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.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(3) Изпълнител на ПИМП - групова практика има право при поскуване да получи от РЗОК, чрез използване на услугата за електронна препоръчана поща, а именно Система за електронно връчване, информация за стойността на дейностите, извършени и отчетени от всеки отделен ОПЛ в практиката, заплатени по месечната фактура на ЛЗ.

**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;~~

3. предписват лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК, при спазване изискванията на чл. 56 от ЗЗО, Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти (Наредба № 4 от 2009 г.), Позитивния лекарствен списък по чл. 262, ал. 6, т.1 и 2 от ЗЛПХМ, изискванията на този договор, останалите действащи относими нормативни актове и кратките характеристики на продуктите.

~~5.~~ 4. 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/КПр, в които изрично е посочено;

~~6.~~ 5. предоставят задължително изискваната от НЗОК информация в срокове, структура и формат, посочени в договора;

~~7.~~ 6. осигуряват на длъжностните лица на РЗОК и НЗОК достъп до документи, свързани с отчитането и контрола на извършените дейности;

~~8.~~ 7. 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.~~ 8. 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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**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) Страните по НРД могат да изготвят и актуализират критерии за качество и достъпност на медицинската помощ по всяко време на действие на този НРД.

(4) 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. (изм. - ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 17.05.2022 г.) първични медицински документи съгласно приложение № 2 "Първични медицински документи";

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

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

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

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

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

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

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

3. електронни финансови отчетни документи.

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

**Чл. 34.** Изпълнителите на медицинска помощ в изпълнение на договорите си с НЗОК издават първични медицински документи в електронен формат, с изключение на "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.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

### Глава единадесета

## ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ, МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ И ДИЕТИЧНИ ХРАНИ ЗА СПЕЦИАЛНИ МЕДИЦИНСКИ ЦЕЛИ ЗА ДОМАШНО ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕРИТОРИЯТА НА СТРАНАТА, 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:

а) профилактични ваксини срещу рак на маточната шийка (РМШ), осигуряващи изпълнението на Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2021 - 2024 г., приета с Решение № 183 от 5.03.2021 г. на Министерския съвет на Република България, както и на последваща аналогична национална програма;

б) профилактични ваксини срещу ротавирусните гастроентерити, осигуряващи изпълнението на Националната програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2017—2021 г., 2022 - 2025 г., приета с Решение № 8 от 6 януари 2017 г. №445 от 7 юли 2022 г. на Министерския съвет на Република България, както и на последваща аналогична национална програма;

в) профилактични ваксини срещу сезонния грип, осигуряващи изпълнението на Националната програма за подобряване на ваксинапрофилактиката на сезонния грип 2019—2022 г., приета с Решение № 6 от 10 януари 2019 г. на Министерския съвет на Република България. Национална програма за подобряване на ваксинапрофилактиката на сезонния грип и на пневмококовите инфекции при лица на и над 65-годишна възраст 2023 - 2026 г., приета с Решение № 65 от 26 януари 2023 г. на Министерски съвет на Република България.

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

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

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

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



## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(4) Лекарствените продукти по ал. 3, т. 1 са определени в списък, утвърден от министъра на здравеопазването на основание чл. 5, ал. 1 ППЗВВ, а лекарствените продукти по ал. 3, 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, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели и на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК (Наредба № 10 от 2009 г.).

(2) Лекарствените продукти по ал. 1 са посочени в списък, наричан "Списък с лекарствени продукти, които НЗОК заплаща по реда на Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК (Наредба № 10 от 2009 г.)", който съдържа:

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

2. НЗОК код за всеки лекарствен продукт;

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

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

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

б) вид на електронното предписание (единично или тройно) съгласно Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти (Наредба № 4 от 2009 г.);

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

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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

(4) Лекарственият списък по ал. 2 се публикува на интернет страницата 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 по групи", които НЗОК заплаща в условията на извънболничната медицинска помощ". Списъкът съдържа данни за всяко медицинско изделие:

1. номенклатурен код група;
2. група, подгрупа, група по технически изисквания;
3. група по технически изисквания;
- ~~3.~~ 4. код на НЗОК;
4. 5. търговско наименование;
- ~~5.~~ 6. производител/търговец на едро (подад заявление за заплащане на съответното медицинско изделие от НЗОК);

7. заявител;

~~6.~~ 8. вид/форма;

~~7.~~ 9. размер; количество;

~~8.~~ 10. окончателна опаковка;

~~9.~~ 11. стойност, до която НЗОК заплаща медицинското изделие;

12. код - идентификатор;

~~10.~~ 13. 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 интернет страницата на НЗОК.

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

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

1. група;

~~1.~~ 2. данни за диетичната храна - вид, подвид, форма, количество, окончателна опаковка, производител/вносител;

2. 3. търговско наименование на диетичната храна; ~~окончателна опаковка;~~

~~3.~~ 4. код на НЗОК;

4. 5. стойност, до която НЗОК заплаща диетичната храна;

6. стойност по чл.18, ал. 2 от Наредба 10/2009 г., заплащана от НЗОК, изразена в процент (%) от договорената цена;

~~5.~~ 7. 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 интернет страницата на НЗОК.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

**Чл. 40.** Списъците с лекарствени продукти, медицински изделия, диетични храни за специални медицински цели, заплащани в условията на извънболнична медицинска помощ, както и указанията за тяхното прилагане се публикуват на официалната интернет страница на НЗОК в сроковете съгласно Наредба № 10 от 2009 г. и са задължителни за ИМП и за аптеките, които работят по договор с НЗОК.

**Чл. 41.** (1) (Изм. — ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 1.01.2022 г.) Националната здравноосигурителна каса публикува на интернет страницата си основните изисквания към софтуера, обработващ електронните предписания, 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 аптечния/медицинския софтуер, които публикува на официалната си интернет страница.

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

(4) Информацията по чл. 40 се публикува на официалната интернет страница на НЗОК в сроковете съгласно Наредба № 10 от 2009 г.

**Чл. 41.** (1) Изпълнителите на медицинска помощ, при изпълнение на своята дейност по договорите с НЗОК, свързана с предписване на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, задължително използват софтуерен продукт (медицински софтуер).

(2) Търговците на дребно с лекарствени продукти (аптеките), при изпълнение на своята дейност по договорите с НЗОК, свързана с отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, задължително използват софтуерен продукт (аптечен софтуер).

(3) Националната здравноосигурителна каса публикува на интернет страницата си основните изисквания към софтуерния продукт по ал. 2, обработващ електронните предписания, задължителните номенклатури и формата на отчетните електронни документи.

(4) При законодателни промени и/или промени в списъците и/или указанията по предписването им по чл. 40 НЗОК изготвя актуализационни файлове към номенклатурите на медицинския и аптечния софтуер, които публикува на интернет страницата на НЗОК.

(5) С актуализационните файлове задължително се обновяват медицинските и аптечните софтуери по ал. 1 и 2.

(6) Медицинските софтуери следва да използват реализираните от НЗОК електронни услуги за контрол по издадените електронни предписания.

**Чл. 42.** (1) За хроничните заболявания, посочени в приложение № 5 "Списък на заболяванията, за които се издава електронна "Рецептурна книжка на хронично болния", се издава „Електронна рецептурна книжка на хронично болния". Електронната рецептурна книжка се издава от ОПЛ, а за лишените от свобода лица - от ОПЛ или от лекари, работещи в лечебни заведения към Министерството на правосъдието, обслужващи тази категория лица.

(2) Електронната рецептурна книжка по ал. 1 се издава под формата на електронен документ, подписан с квалифициран електронен подпис (КЕП), съгласно изискванията на

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

Регламент (ЕС) № 910/2014 на Европейския парламент и на Съвета от 23 юли 2014 г. относно електронната идентификация и удостоверителните услуги при електронни трансакции на вътрешния пазар и за отмяна на Директива 1999/93/ЕО (ОВ, L 257/73 от 28 август 2014 г.) и на Закона за електронния документ и електронните удостоверителни услуги (ЗЕДЕУУ).

(3) Националната здравноосигурителна каса издава указания за работа с електронната рецептурна книжка.

(4) Алинея 1 се прилага и при електронно предписване на медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната.

(5) Електронната рецептурна книжка обединява историческа информация за:

1. вписаните за ЗОЛ диагнози в Национален регистър "Рецептурни книжки" в ИИС;
2. издадените и изпълнени рецепти и електронни предписания на ЗОЛ;
3. информация за последно избрания ОПЛ на ЗОЛ.

### **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 от съответните списъци по чл. 37, ал. 2, чл. 38, ал. 1 и чл. 39, ал. 1, се предписват електронно с електронно предписание при условията и по реда на Наредба № 4 от 2009 г.

~~(2) (Отм. — ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 01.01.2022 г.)~~

~~(3) (Отм. — ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 01.01.2022 г.)~~

(4) (2) Допускат се промени единствено в неизпълнено електронно предписание от лекар, който го е извършил издал, като за целта същият анулира неизпълненото електронно предписание или неизпълнените части от него и издава ново.

**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, извършил електронното предписание, попълва личните си данни, ИАМН/РЗИ № на практиката на титуляря, уникалния идентификационен номер (УИН) на заместника и подписва с неговия личен КЕП.

(4) Наетите лекари в лечебните заведения - изпълнители на ПИМП могат да издават електронно предписание като попълва личните си данни, ИАМН/РЗИ № на практиката на

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети. титуляря, уникалния идентификационен номер (УИН) на наетия лекар и подписва с неговия личен КЕП.

**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" се вписва, 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; това ограничение не се прилага при необходимост от предписване на медицински изделия - стоми на вече стомирани ЗОЛ, за периода на хоспитализация за провеждане на основно лечение по съответни КП и АПр;

2. новооткрито заболяване по време на стационарното лечение;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

няма право да предписва лекарствени продукти по реда, предвиден за предписване на лекарствени продукти, заплащани напълно или частично от НЗОК.

(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 списъка по чл. 37, ал. 2.

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

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

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

1. изискванията на Наредба № 4 от 2009 г.;

2. кратките характеристики на лекарствените продукти, неразделна част от разрешението им за употреба;

3. приложение № 6 "Кодове на заболяванията по списък, определен по реда на чл. 45, ал. 4 ЗЗО, и кодове на специалности на лекари, назначаващи терапия".

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

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

(2) Не се допуска предписване от изпълнител на ПИМП и/или от лекар от СИМП на повече от три лекарствени продукта за едно заболяване (един МКБ код).

(3) Не се допуска дублиране на предписанията в рамките на валидност на електронното предписание съгласно Наредба № 4 от 2009 г.

(4) Не се допуска за лечението на едно ЗОЛ предписване с едно електронно предписание, респ. с една част от електронно предписание, на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.

(5) Напълно и частично заплащани от НЗОК лекарствени продукти се предписват с отделни електронни предписания независимо от ползвания образец.

(6) Назначените с един протокол лекарствени продукти се предписват с едно електронно предписание. Това правило се прилага и в случаите, когато с един протокол са назначени медицински изделия, както и диетични храни за специални медицински цели.

(7) При предписване на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, назначени с протокол, ОПЛ и лекарят

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

специалист не могат да предписват ЛП, МИ и ДХСМЦ в количества, надвишаващи определените дневна, седмична, месечна доза и общо количество за срока на действие на протокола.

(8) Не се допуска предписването на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели на ЗОЛ в случаите, в които в издадената му електронна рецептурна книжка не е/са регистрирана/и съответната/ите диагноза/и или същата/те е/са деактивирана/и от ОПЛ.

(9) На едно електронно предписание могат да се предписват до три лекарствени продукта, свързани с лечението на до три различни заболявания, а на един протокол - един лекарствен продукт в до три дозови единици за едно заболяване.

**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 № 2б 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 електронно предписание за предписване на лекарствени продукти за лечение на хронично заболяване лекарят следи за спазването на изискванията по чл. 48, 49 и 50.

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

(2) Не се допуска едновременно предписване от изпълнител на ПИМП и/или от лекар от СИМП на медицински изделия и/или диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната за едно заболяване (един МКБ код), както и дублиране на предписанията в рамките на валидност на електронното предписание, съгласно Наредба № 4 от 2009 г.

### **Условия и ред за предписване на скъпоструващи лекарствени продукти с "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 предписват скъпоструващи 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 от 2009 г.;

2. в приложение № 1 на ПЛС за тези лекарствени продукти е посочено, че се извършва експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО;

3. издадено е експертно становище на специализираната комисия съгласно АПр № 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" (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.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(3) За определени лекарствени продукти по ал. 1, т. 1, за които в ПЛС е посочено, че са определени за проследяване ефекта от терапията на основание чл. 31а от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, протоколите се издават от специализираните комисии по ал. 2, създадени в посочените в ПЛС лечебни заведения, които извършват проследяването.

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

(5) При издаването на протоколи за скъпоструващи лекарствени продукти, за които се извършва експертиза по чл. 78, т. 2 от ЗЗО, лицата/комисиите по ал. 2 и 3 могат да предписват лекарствените продукти/терапевтичните курсове съобразно тяхната разходна ефективност по смисъла на ЗЗО при условията и по реда на чл. 23а от Наредба № 4 от 2009 г.

(6) Протоколите за скъпоструващите лекарствени продукти е назначената терапия се попълват електронно в съответния формат (образец) с всички данни, след което се разпечатват, подписват и подпечатват от съответния лекар/специализирана комисия, предписал/а лекарствените продукти. Протоколът по ал. 1 е в електронна форма (Е-протокол).

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

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

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

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

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

или

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

(2) Всички протоколи се заверяват от РЗОК.

**Чл. 54.** (1) Протоколите по чл. 53, ал. 1 се издават по електронен път, в определен формат чрез медицинския софтуер, който ползват лицата по чл. 53, ал. 2.

(2) Протоколът по ал. 1 се издава под формата на електронен документ, подписан с квалифициран електронен подпис (КЕП), съгласно изискванията на Регламент (ЕС) № 910/2014 на Европейския парламент и на Съвета от 23 юли 2014 г. относно електронната идентификация и удостоверителните услуги при електронни трансакции на вътрешния пазар и за отмяна на Директива 1999/93/ЕО (ОВ, L 257/73 от 28 август 2014 г.) и на ЗЕДЕУУ.



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(3) Всеки Е-протокол се издава въз основа на издаден медицински документ:

- „Амбулаторен лист“ от специалист - изпълнител на СИМП и/или

- „Решение на специализирана комисия“ по АПр № 38 „Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпо струващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 ЗЗО“ от специализирана комисия, съгласно утвърдените Изисквания на НЗОК по заболявания.

(4). В амбулаторния лист, издаден от лекар - изпълнител на СИМП, освен задължителните атрибути, допълнително се отразява:

А. в поле „Терапия“ се добавя следния текст:

- „желая да ми бъде отпуснато лечение с ЛП ...“

- „съгласен/а съм за използване на личните ми данни за целите на експертизата“

- „желая експертизата да се извърши в РЗОК ...“

- „желая да бъда уведомен/а за резултата от експертизата от РЗОК ...“

- „разрешавам достъп до електронното ми здравно досие...“.

Б. в поле „Изследвания“ се отразяват резултатите от проведени изследвания (МДИ, ВСМДИ) с техните стойности, отчетени от изпълнителите на МДД към НЗИС. ИМП имат достъп с електронен подпис чрез web услуги до резултатите от МДИ на ЗОЛ. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, който е основание за издаване на протокол, подписан от лекаря специалист и ЗОЛ (родител, настойник/приемен родител), се води по ред, определен от лечебното заведение и се съхранява от изпълнителя на СИМП.

(5) В случаите, при които специализираната комисия издава протокол, в медицински документ „Решение на специализирана комисия“ по АПр № 38, в поле „Комисията взе решение за: ...“, издаването на протокол се отразява в съответния чекбокс, след което допълнително се отразява:

А. в поле „Терапевтичен подход“ се добавя следния текст:

- „Желая да ми бъде отпуснато лечение с ЛП ...“

- „Съгласен/а съм за използване на личните ми данни за целите на експертизата“

- „Желая експертизата да се извърши в РЗОК ...“

- „Желая да бъда уведомен/а за резултата от експертизата от РЗОК ...“

- „Разрешавам достъп до електронното ми здравно досие...“.

Б. В поле в медицински документ „Решение на специализирана комисия“ (Бл. МЗ-НЗОК № 13) по АПр № 38 пациентът (родител, настойник/приемен родител) удостоверява с подписа си информираност и желание относно назначената терапия, съгласие за използване на лични данни, начина на уведомление и разрешение за достъп до електронното му здравно досие. Екземпляр от „Решение на специализирана комисия“ (Бл. МЗ-НЗОК № 13) на хартиен носител, което е основание за издаване на протокол, подписано от членовете на специализираната комисия и ЗОЛ (родител, настойник/приемен родител), се съхранява от специализираната комисия.

(6) В случаите, при които специализираната комисия издава само „Решение на специализирана комисия“ (Бл. МЗ-НЗОК № 13), а протоколът е издаден от специалист - изпълнител на СИМП на основание „Амбулаторен лист“:

А. в медицински документ „Решение на специализирана комисия“ (Бл. МЗ-НЗОК № 13) по АПр № 38, в поле „Комисията взе решение за:“ не се отразява с чекбокс „издаване на протокол“, а се маркира някое от останалите полета, за които е взето решение

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

Б. не се попълват поле за информираност и желание на пациента относно назначената терапия, съгласие за използване на лични данни и начина на уведомление, както и не е необходим подпис на пациента;

В. не е необходимо съхраняване на екземпляр от Решението на хартиен носител.

(7) За нуждите на назначаване на лекарствената терапия по протокол, специалистът/членовете на специализираната комисия след получено разрешение за достъп от ЗОЛ до електронното му здравно досие, достъпват медицинска и друга информация/документи, съдържащи се в Национална здравно-информационна система (НЗИС) и/или в информационната система на НЗОК.

(8) Към всеки протокол, с който е назначена лекарствена терапия, се прилагат документите по чл. 60, ал. 1, след което документите се изпращат по електронен път към информационната система на НЗОК. Документите по чл. 60, ал. 1, които съществуват в НЗИС/информационната система на НЗОК, се декларират в Е-протокола с техните уникални номера (НРН).

Информацията, относима към издаване на Е-протокола, която е в документ, който няма електронен формат, се попълва в амбулаторния лист от прегледа/в Решението на специализирана комисия - основание за издаване на Е-протокола, или се документа се прилага като сканирано копие.

(9) Подаването на документите по ал. 8 за одобрение на лечение по протокол, се извършва посредством електронна услуга от типа В2В.

(10) При получаване на протокола, в информационната система на НЗОК се извършва автоматична проверка. При констатиране на грешки, системата на НЗОК връща информация на специалиста.

(11) При получаване на протокола в информационната система на НЗОК се извършва автоматична проверка. При констатиране на грешки в протокола, свързани с регистрационни данни и номенклатури, специалиста/комисията по чл. 53, ал. 2, издал/а протокола, получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК. В този случай подаденият протокол не се обработва от НЗОК до получаване на нов протокол с коректни данни.

(12) Грешки по ал. 11 могат да са:

1. несъответствия в регистрационни номера на лечебните заведения, УИН на лекарите, код на специалност на лекаря, валидност на договор с НЗОК, регистрационни данни на ЗОЛ;

2. несъответствия с номенклатурите, публикувани на интернет страницата на НЗОК, относими към издаване на протоколите - лекарствени продукти по чл. 53, ал. 1, заболявания, начин на предписване, възрастови ограничения и др.

(13) За всеки подаден протокол се генерира национален уникален номер (НРН) в информационната система на НЗОК, който се връща към лекарския софтуер. За подадения протокол не се генерира номер от лекарския софтуер.

(14). Процесът с подаване на протокол приключва:

- със съобщение за успешно подаване при протоколи 1С без експертиза и

- връщане на НРН или след подаване на съобщение на край от страна на медицинския софтуер в случаите, при които се изисква експертиза и се прилагат документи.

От момента на отговор за успешно подаване, започват да текат нормативно-установените срокове за разглеждане на протокол.

(15) Протоколът с приложените към него документи се разглежда в ЦУ на НЗОК или РЗОК, в съответствие с чл. 54.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(16) В случай, че подадената по електронен път документация е недостатъчна за нуждите на медицинската експертиза, РЗОК, чрез информационната система, уведомяват издателя на протокола за необходимостта от предоставяне на допълнителна информация. Електронният протокол не се разглежда и одобрява до получаване на пълна документация, съгласно утвърдените изисквания за съответното заболяване.

*Да се предвиди параграф в Преходните и заключителни разпоредби за временно действие на Протокол IA и IB на хартиен носител.*

**Чл. 54 55.** (1) С "Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК" се назначава терапия със:

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

2. лекарствени продукти от група IB - протоколите за тях се разглеждат от комисия в РЗОК, която извършва експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО, и се утвърждават с решение на директора на РЗОК, с изключение на лекарствени продукти, за които изрично е посочено в съответните Изисквания на НЗОК при издаване и утвърждаване на протоколи за конкретни заболявания, че се разглеждат от комисията в ЦУ на НЗОК по т. 1 и се утвърждават с решение на управителя на НЗОК;

3. лекарствени продукти от група IC - протоколите за тях се ~~заверяват~~ утвърждават в РЗОК; за определени лекарствени продукти, посочени в съответните Изисквания на НЗОК при издаване и утвърждаването на протоколи за конкретни заболявания, ~~заверяването~~ се извършва след:

а) извършена експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО от комисията в РЗОК и решение на същата за ~~заверяване~~ утвърждаване на протокола; при отрицателно решение на комисията директорът на РЗОК издава решение за отказ за ~~заверяване~~ утвърждаване на протокола,

или

б) извършена експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО от комисията в ЦУ на НЗОК и становище на същата до комисията в РЗОК за ~~заверяване~~ утвърждаване на протокола; при отрицателно становище директорът на РЗОК издава решение за отказ за ~~заверяване~~ утвърждаване на протокола.

(2) ~~Всички протоколи се заверяват - получават от съответната РЗОК.~~

(2) Информация за утвърдените протоколи, както и за отказите от утвърждаване на протоколите се предоставят от съответната РЗОК.

**Чл. 55 56.** Комисията Комисиите в ЦУ на НЗОК и РЗОК извършват експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО по ред, предвиден в Правилника за устройството и дейността на НЗОК.

**Чл. 56.** Комисията в РЗОК извършва експертиза по ред, предвиден в правилник, утвърден от управителя на НЗОК.

**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 55 НЗОК и външни експерти, специалисти по съответните заболявания, определени със заповед на управителя на НЗОК, съвместно изготвят изисквания при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарствени продукти съгласно приложение № 7 „Образец на Изисквания на НЗОК при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарствени продукти“.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(2) Изискванията по ал. 1 отговарят на кратките характеристики на продуктите и съдържат:

1. лечебното/ите заведение/я, в което се диагностицира заболяването и което назначава терапия с протокол по чл. 54-55, ал. 1 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 по ал. 1 се утвърждават от управителя на НЗОК след решение на НС и предварително съгласуване с БЛС. Изискванията, както и всички промени в тях се обнародват от управителя на НЗОК в "Държавен вестник" и се публикуват на официалната интернет страницата на НЗОК: [www.nhif.bg](http://www.nhif.bg).

(4) Изискванията по ал. 1 не могат да се изменят и/или допълват повече от два пъти през една календарна година.

(5) Националната здравноосигурителна каса чрез РЗОК уведомява ИМП за приетите и обнародвани изисквания по ал. 3, както и за съответните им изменения и/или допълнения. Изискванията са задължителни за ИМП.

(6) При назначаване на терапия по чл. 55, ал. 1 за конкретно заболяване следва да се спазват съответните изисквания по ал. 2.

**Чл. 59.** (1) Всеки протокол се издава за брой лечебни курсове за срок до 365 дни от датата на служебната му 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:

За издаване на протокол, с който се предписват лекарствени продукти по чл. 55, ал. 1, ЗОЛ представя пред специалиста/комисията по чл. 53, ал. 2, следните документи:

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

2. 1. медицинска документация, относима към издаването на протокола и извършване на експертизата;

2. удостоверение от РЗОК за право на получаване на медицинска помощ в Република България за лице, което не е здравноосигурено в НЗОК съгласно чл. 33 от ЗЗО;

3. издаден Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК, с който е назначена терапия на ЗОЛ;

4. декларация за информирано съгласие по образец съгласно съответните изисквания по чл. 58;

5. декларация, че лицето е задължително здравноосигурено в НЗОК и не се осигурява в друга държава от ЕС/ЕИП/Конфедерация Швейцария, респ. декларация, че лицето е здравноосигурено в друга държава от ЕС/ЕИП/Конфедерация Швейцария, но при получаване на медицинска помощ се ползва с правата на осигурено в България лице съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на ЗЗО;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

6. 3. други документи извън посочените в т. 1 ~~5~~ в зависимост от заболяването на пациента и посочени в съответните изисквания по чл. 58.

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

(2) Подадените на хартиен носител документи се съхраняват от специалиста/комисията по чл. 53, ал. 2. Документите (амбулаторните листове, епикризи, изследвания), които съществуват в НЗИС/информационната система на НЗОК, се декларират в протокола с техните уникални номера (НРН). Информацията, относима към издаване на Е-протокола, която е в документ, който няма електронен формат, се попълва в амбулаторния лист от прегледа на специалиста/в Решението на специализирана комисия - основание за издаване на протокола, или се документа се прилага като сканирано копие.

(3) В случай на необходимост ~~комисията може да изиска~~ се изисква от заявителя/институция допълнителна информация - медицинска или за здравноосигурителни вноски, извън изискуемите документи, за всеки отделен случай. До представяне на изискваните документи срокът за издаване на решение за утвърждаване/отказ от утвърждаване на протокола спира да тече.

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

(4) Протоколът по чл. 54, ал. 6 с назначена лекарствена терапия и приложените към него документи се разглежда от комисия в ЦУ на НЗОК или РЗОК, която извършва експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО или протоколът се утвърждава в РЗОК, в съответствие с чл. 55, ал. 1 и съобразно правилата за тяхната работа.

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

(5) Компетентна да разгледа протокола по чл. 54, ал. 6, с който е назначена терапия с лекарствени продукти от група IB и IC е РЗОК, посочена от ЗОЛ в заявлението по чл. 60, ал. 1, т. 1.

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

(6) Всеки протокол се утвърждава с решение или за него се издава решение за отказ за утвърждаване от управителя на НЗОК, респ. от директора на РЗОК. Решенията се съобщават, респ. връчват на ЗОЛ от РЗОК чрез посочения в заявлението по чл. 60, ал. 1, т. 1 начин.

(7) Всеки утвърден протокол се заверява в съответната РЗОК, като се регистрира с уникален номер в интегрираната информационна система на НЗОК. Районната здравноосигурителна каса не заверява протоколи, които не са издадени в утвърдения съгласно Наредба № 4 от 2009 г. 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/а.

(7) Решението за утвърждаване на протокола влиза в сила в 14-дневен срок от съобщаването му на лицето, подало заявление по чл. 60, ал. 1, т. 1 като в него задължително се включва разпоредба за предварителното му изпълнение на основание чл. 60, ал. 1 от АПК, с цел осигуряване живота и здравето на ЗОЛ.

**Чл. 61.** (1) Действието на утвърден "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;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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. 3.~~ при промяна на условията, реда и начина на предписване и/или за отпускане на лекарствения продукт в приложимата нормативна уредба;

~~5. 4.~~ 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. 5.~~ при изключване на лекарствения продукт, който е назначен с утвърдения протокол, от приложение № 1 на ПЛС;

~~8. 6.~~ при прекратяване на заплащането от НЗОК на скъпоструващия лекарствен продукт, който е назначен с утвърдения протокол (по желание на притежателя на разрешението за употреба/негов упълномощен представител или при недоговаряне на отстъпка, когато продуктът подлежи на задължително централизирано договаряне на отстъпки съгласно чл. 45, ал. 10 от ЗЗО);

~~9. 7.~~ при постъпила в НЗОК информация от притежателя на разрешението за употреба/негов упълномощен представител за липса или недостиг на българския пазар на количества от лекарствения продукт повече от 3 месеца поради производствени или други причини/проблеми.

~~(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.** Отказ за утвърждаване 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 на основанията, установени в Правилника за устройството и дейността на Националната здравноосигурителна каса, в частта "Експертизи".

**Чл. 63. (1)** Районната здравноосигурителна каса на основанията, установени в акта по чл. 62, може да откаже утвърждаване 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.

(2) Отказът от утвърждаване на протокол се издава в съответствие с чл. 59, ал. 1 и ал. 2 от АПК и влиза в сила след изтичане на 14-дневния срок от съобщаването му на лицето, подало заявление по чл. 60, ал. 1, т. 1.

**Чл. 64. (1)** След утвърждаване по съответния ред и заверяване на протокола в РЗОК лекарят от ПИМП или лекарят от СИМП — специалист по профила на заболяването, преднива електронно лекарствените продукти от заверения протокол съгласно изискванията по чл. 58.

(1) Всеки утвърден протокол, както и неутвърден протокол и решението за отказ за утвърждаването му са достъпни в информационната система на НЗОК чрез електронна услуга, за следните лица:

1. изпълнителите на първична извънболнична медицинска помощ (само за лицата от пациентската им листа при осъществен постоянен, респ. временен избор) - за издаване на

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

електронно предписание съответстващо на лекарствената терапия по утвърдения протокол, при спазване на изискването на чл. 28 от Наредба №4 от 2009 г.;

2. лекарите по чл. 45, ал. 1, т. 2, работещи в лечебните заведения към Министерството на правосъдието - за лица, лишени от свобода - за издаване на електронно предписание за издаване на електронно предписание съответстващо на лекарствената терапия по утвърдения протокол, при спазване на изискването на чл. 28 от Наредба №4 от 2009 г.;

3. специалистите по профила на заболяването, работещи в лечебни заведения - изпълнители на извънболнична медицинска помощ и от специализирани комисии в лечебни заведения - изпълнители на болнична медицинска помощ, с цел издаване на последващ протокол - след получено разрешение за достъп от ЗОЛ до електронното му здравно досие;

4. ЗОЛ, подали заявление по чл. 60, ал. 1.

(2) Не се допуска издаване на електронно предписание с лекарствена терапия, назначена с протокол:

1. едновременно от ОПЛ и специалист за един и същ период на лечение;
2. извън срока на валидност на протокола;
3. при неспазване на утвърдената схема на лечение в протокола.

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

(2) Електронните предписания на лекарствени продукти за хронични заболявания, лекарствени продукти от групи IA, IB и IC, както и всички останали лекарствени продукти извън посочените в ал. 1, както и електронните предписания на 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.** Електронните предписания 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 от 2009 г. 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 електронните предписания, с които те са предписани.

(3) За лекарствените продукти по ал. 1 НЗОК не може да заплаща на притежателите на разрешение за търговия на дребно стойност, която е по-висока от максималната стойност, определена за заплащане с публични средства по реда на наредбата по чл. 261а, ал. 5 от ЗЛПХМ.

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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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 II "а"

~~Електронно предписване на лекарствени продукти (Нов - ДВ, бр. 4 от 2021 г., в сила от 01.01.2021 г., отм. - ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 01.01.2022 г.)~~

~~Чл. 68а. (Нов - ДВ, бр. 4 от 2021 г., в сила от 01.01.2021 г., отм. - ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 01.01.2022 г.)~~

~~Чл. 68б. (Нов - ДВ, бр. 4 от 2021 г., в сила от 01.01.2021 г., отм. - ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 01.01.2022 г.)~~

## 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 Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2021 - 2024 г., приета с Решение № 183 от 5.03.2021 г. на Министерския съвет на Република България, както и на последваща аналогична национална програма;

2. профилактични ваксини срещу ротавирусните гастроентерити, осигуряващи изпълнението на Националната програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България ~~2017 - 2021 г.~~ 2022 - 2025 г., приета с Решение ~~№ 8 от 6 януари 2017 г.~~ № 445 от 7 юли 2022 г. на Министерския съвет на Република България, както и на последваща аналогична национална програма;

3. профилактични ваксини срещу сезонния грип и на пневмококовите инфекции при лица на и над 65-годишна възраст, осигуряващи изпълнението на ~~Национална програма за подобряване на ваксинапрофилактиката на сезонния грип 2019 - 2022 г.~~ Национална програма за подобряване на ваксинапрофилактиката на сезонния грип и на пневмококовите инфекции при лица на и над 65-годишна възраст 2023 - 2026 г., приета с Решение ~~№ 6 от 10 януари 2019 г.~~ Решение № 65 от 26 януари 2023 г. на Министерски съвет на Република България.

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

(2) Изпълнителят на ПИМП извършва имунизациите против РМШ, ротавирусните гастроентерити и сезонния грип при спазване на изискванията, установени в чл. 11 от Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България (Наредба № 15 от 2005 г.), и при изразена



## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

воля за имунизирание срещу РМШ, ротавирусните гастроентерити или срещу сезонния грип от страна на законния представител (родител/настойник) на лицето, обективизирана с подпис на законния представител в амбулаторния лист.

(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. 1 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 наредбата по чл. 5, ал. 5 от ППЗВВ.

(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 наредбата по чл. 15, ал. 5 от ЗВВ.

**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 наредбата по чл. 5, ал. 5 от ППЗВВ, респ. наредбата по чл. 15, ал. 5 от ЗВВ.

(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 № 9 от 2019 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);

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

3. подготвяне на документи за представяне пред Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК) съобразно приложения № 4 и № 5 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.;

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

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

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

2. подготвяне на документи за представяне пред ТЕЛК съобразно Наредба № 9 от 2019 г.

3. освидетелстване на лицата за снабдяване с помощни средства, приспособления и съоръжения и медицински изделия.

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

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

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

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

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

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

**Чл. 75.** (1) При насочване към ЛКК лекарят по чл. 74 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.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(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 № 9 от 2019 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 № 9 от 2019 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 № 8 "Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ", и ВСМД от пакет "Анестезиология и интензивно лечение".

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

**Чл. 80.** (1) При подготовка за ТЕЛК (НЕЛК) (за освидетелстване или преосвидетелстване) лечебните заведения осъществяват дейност (медицински консултации, изследвания и издават документи) съобразно конкретните заболявания и в обхват, регламентиран в Наредба № 9 от 2019 г.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(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 № 9 от 2019 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.** (1) 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 на които е положен подпис на пациента на хартиен носител;~~

2. финансови отчетни документи - на хартиен носител или в електронен вид;

3. в електронен вид в определен от НЗОК формат – за отчитане на ИМП за извършената от тях дейност в полза на ЗОЛ, съдържащ атрибутите от първичните медицински документи съгласно приложение № 2 „Първични медицински документи“.

(2) Документите по ал. 1, т. 2 и 3, издадени като електронни документи, се съхраняват в специализирания медицинския софтуер на ИМП, а тези по ал. 1, т. 1 се съхраняват и на хартиен носител.

~~(2)~~ (3) С цел гарантиране сигурността на обменните данни и защита на информацията при осъществяване на дейностите по ал. 1, ИМП следва да спазват минималните изисквания за мрежова информационна сигурност в изпълнение на изискванията на Наредбата за минималните изисквания за мрежова и информационна сигурност.

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

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

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

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

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

**Чл. 85.** Договорните партньори са задължени да предоставят съхраняваната при тях информация по чл. 81, ал. 1 при проверка от контролните органи на НЗОК, с изключение на финансови отчетни документи по чл. 33, ал. 2, т. 3 при електронно отчитане.

**Чл. 85.** Договорните партньори са задължени да предоставят съхраняваната при тях информация по чл. 81, ал. 1 при проверка от контролните органи на НЗОК, с изключение на финансови отчетни документи по чл. 33, ал. 2, т. 3 при електронно отчитане.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

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

**Чл. 89. (1)** Националната здравноосигурителна каса обявява на своята интернет страница формати на електронни документи за отчитане на договорената и извършена по този договор медицинска дейност.

(2) Данните от електронните документи, структурирани във формата по ал. 1, подлежат на предварителен контрол, съгласно правила, изготвени по реда на чл. 3.

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

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

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

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

## **Глава четиринадесета.**

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

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

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

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

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

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

**Чл. 95. (1)** Длъжностните лица - служители на НЗОК, и длъжностните лица от РЗОК - контрольори, осъществяват внезапен контрол по изпълнение на договорите с изпълнителите на медицинска помощ, контрол преди заплащане на оказаната медицинска помощ и последващ контрол.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

### **Глава петнадесета**

#### **САНКЦИИ ПРИ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРИТЕ**

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

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

1. длъжностни лица - служители на НЗОК;
2. длъжностни лица от РЗОК - 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. 98.** (1) Договорът с ИМП се прекратява, без която и да е от страните да дължи предизвестие:

1. по взаимно съгласие между страните, изразено писмено;
2. с изтичане на уговорения срок;
3. при смърт или поставяне под запрещение на лекаря, регистрирал индивидуална практика за извънболнична медицинска помощ - от момента на смъртта или от датата на постановяване на съдебното решение за поставяне под запрещение;
4. при заличаване на регистрацията ИАМН 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.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

1. изпълнителят е прекратил дейността си за повече от 20 дни, без да уведоми да е уведомена 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;
4. договорът е сключен в нарушение на 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.

(3) В случаите, в които по време на действащия НРД е влязла в сила санкция „прекратяване на договор“ по чл. 59, ал. 11, т. 1 или 2 от ЗЗО, издадена по реда на предходен НРД, договорът, сключен в съответствие с действащия НРД, се прекратява.

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

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

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

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

## **СПЕЦИАЛНА ЧАСТ** **Глава седемнадесета** **ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

### **Раздел I**

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

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

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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

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

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

**Чл. 107.** Общопрактикуващи лекари, включително и тези, които работят в лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, или членовете на групови практики за ПИМП могат да работят по договор с НЗОК, освен като ОПЛ, така и в дежурен кабинет, разкрит към лечебни заведения по реда на Наредба № 9 от 2019 г.

**Чл. 108.** Националната здравноосигурителна каса сключва договори с лечебни заведения за СИМП/лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ за извършване на всички общомедицински и всички специализирани медицински дейности от дадена специалност от съответния пакет съгласно Наредба № 9 от 2019 г.

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

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

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

**Чл. 112.** (1) Лечебно заведение за СИМП/лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ може да кандидатства и за извършване на високоспециализирани медицински дейности по специалности, посочени в Наредба № 9 от 2019 г., само в случай, че кандидатства и за специализираните медицински дейности, включени в пакета по съответната специалност, с изключение на високоспециализираните дейности по пакет "Анестезиология и интензивно лечение".

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

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

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



## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 113.** Националната здравноосигурителна каса сключва договори за извършване на всички специализирани медико-диагностични изследвания от съответния пакет по специалности съгласно Наредба № 9 от 2019 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 № 10.

**Чл. 114.** (1) Лечебните заведения по чл. 113 могат да кандидатстват и за извършване на високоспециализирани медико-диагностични изследвания, посочени в Наредба № 9 от 2019 г., само в случай, че лечебните заведения кандидатстват и за специализираните медико-диагностични изследвания, включени в пакета по съответната специалност и изпълнявани от съответния лекар специалист, работещ в лечебното заведение. В тези случаи се прилага чл. 112, ал. 2.

(2) Лечебните заведения по ал. 1, които кандидатстват за извършване на ВСМДИ "Ядрено-магнитен резонанс" или "Компютърна аксиална или спирална томография" на деца под обща анестезия към пакет "Образна диагностика" по приложение № 2 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г., трябва да отговарят на медицинския стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

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

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

## **Раздел II**

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

**Чл. 117.** (1) Лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ, желаещи да сключат договор със съответната РЗОК, на чиято територия е регистриран в ИАМН/РЗИ адрес, на който се осъществява дейността, подават заявление по образец, утвърден от управителя на НЗОК, към което прилагат:

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

2. удостоверение за регистрация на лечебното заведение в ИАМН/РЗИ;

3. удостоверение за актуално членство в БЛС с номер от националния регистър (УИН) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (ЗСОЛЛДМ), издадено от съответната РК на БЛС или генерирано и отпечатано от електронната система на националния регистър, съдържащо уникален буквено-цифров код, баркод и сканиран подпис - за лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение;

4. договор по чл. 19, ал. 1 и декларация на хартиен или електронен носител по образец, посочен в приложение № 9, относно: осигуряване на достъп на ЗОЛ до медицинска помощ извън

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

обявения работен график съгласно Наредба № 9 от 2019 г., като в декларацията задължително се посочва УИН на наетите медицински сестри, акушерки или асоциирани медицински специалисти; график за обслужване на пациентите; изискуемото оборудване, обзавеждане и нает персонал по чл. 138 (за лечебните заведения - изпълнители на ПИМП);

5. декларация на хартиен или електронен носител по образец, посочен в приложение № 10, за дейността на лечебното заведение за СИМП, като в декларацията задължително се посочва УИН на наетите медицински сестри, акушерки или асоциирани медицински специалисти;

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

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

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

9. 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;

10. 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 клинична лаборатория, микробиология, вирусология, медицинска паразитология, микология и клинична имунология - в случаите, когато в структурата на лечебното заведение има съответния вид/видове лаборатории;

11. 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;

12. 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. 1216. (2)** Лечебните заведения - изпълнители на ПИМП, кандидатстващи за изпълнение на пакета дейности, включени в приложение № 1а "Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., подават заявления, към които прилагат:

1. сертификат за квалификация по професията от БАПЗГ с номер от националния регистър (УИН) по смисъла на § 1, т. 2 от допълнителната разпоредба на Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите (ЗСОМСААМСЗПФ), издаден от съответната РК на БАПЗГ - за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти, които работят в лечебното заведение;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

2. диплома за придобито висше образование с образователно-квалификационна степен "бакалавър" по специалностите "Медицинска сестра"/"Акушерка"/"Лекарски асистент" от професионално направление "Здравни грижи";

3. копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, издадено от министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации - за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти чужденци.

**Чл. 118.** Лечебните заведения, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г., подават заявление, към което прилагат:

1. документи по чл. 117, т. 1, 2, 4 (договор по чл. 19, ал. 1), 8, 11 и 12 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 117, т. 7 - на хартиен носител, и т. 4 и 5 - декларация на хартиен и електронен носител;

3. документи по чл. 117, т. 3, 9 и 10.

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

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

2. декларация по образец, посочен в приложение № 10, на хартиен и/или 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 клинична лаборатория, 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 2020 - 2022 г., представят нови документи в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени.

**Чл. 120.** (1) В случаите по чл. 14, ал. 2 лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на ПИМП, подават заявление, към което прилагат: копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документите по чл. 117, с изключение на тези по т. 2, 5, 7, 9, 10 и 12.

(2) Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г. и желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на ПИМП, подават заявление, към което прилагат:

1. копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документи по чл. 117, т. 1 и 4 - договор по чл. 19, ал. 1, и по чл. 117, т. 8, в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

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

(3) В случаите по чл. 14, ал. 2, лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на СИМП, подават заявление, към което прилагат: копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документите по чл. 117, с изключение на тези по т. 2, 4 и 6.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(4) Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г. и желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на СИМП, подават заявление, към което прилагат:

1. копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документи по чл. 117, т. 1, 8, 11 и 12 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 117, т. 7 - на хартиен носител, и т. 5 - декларация на хартиен **и** или електронен носител;

3. документ по чл. 117, т. 9 и 10.

**Чл. 121.** В случаите по чл. 14, ал. 3 лечебните заведения за болнична помощ, желаещи да сключат договор с РЗОК, подават заявление, към което прилагат: копие на разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването, и документите по чл. 117, с изключение на тези по т. 2, 4, 6 и 9.

(2) В случаите по чл. 14, ал. 3 лечебните заведения за болнична помощ, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г. и желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на СИМП, подават заявление, към което прилагат:

1. копие на разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването, и документи по чл. 117, т. 1, 8, 11 и 12 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 117, т. 7 - на хартиен носител, и т. 5 - декларация на хартиен и електронен носител;

3. документ по чл. 117, т. 10.

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

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

(3) При отсъствие изпълнителят на медицинска помощ е длъжен в срок до три работни дни, считано от деня на отсъствието, да уведоми РЗОК за отсъствието си писмено или по електронна поща, подписано с електронен подпис. Отсъствието следва да бъде обявено на видно място в амбулаторията на изпълнителя на медицинска помощ.

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

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

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

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

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

## **Раздел III**

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

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

**Чл. 127.** (1) Здравноосигурените лица могат да променят избора си на ОПЛ всяка календарна година в периода от 1 до 30 юни и от 1 до 31 декември.

(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.

(2а) При промяна на правно-организационната форма на лечебно заведение - изпълнител на ПИМП, довела да сключване на нов договор с НЗОК, не е необходимо ЗОЛ от регистъра на съотв. ОПЛ да осъществят нов избор на вече избрания от тях ОПЛ. В този случай, ако някое от ЗОЛ желае да промени избора си на избрания ОПЛ, същият осъществява нов избор по реда на ал. 2.

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

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

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

3. попълнена регистрационна форма за постоянен избор.

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

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

**Чл. 128.** (1) В случаите на първоначален, постоянен или временен избор на ОПЛ ЗОЛ могат да осъществят правото си на избор, като попълнят **регистрационни форми по образци, разпечатани** 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 електронните удостоверителни услуги (ЗЕДЕУУ) чрез електронна услуга, предоставяна от НЗОК.

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

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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

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

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

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

**Чл. 129а.** (1) Директорът на съответната РЗОК и председателят на съответната РК на БЛС оказват необходимото съдействие с цел съевременно осъществяване на избор на ОПЛ на следните категории, които не са упражнили и имат затруднения свободно да упражнят правото си на избор на лекар в лечебно заведение за ПИМП:

1. лица в производство за предоставяне на хуманитарен статут или право на убежище;
2. лица с предоставена временна закрила и лицата по чл. 39, ал. 6, т. 2 от ЗЗО;
3. здравноосигурени лица, които нямат избран лекар в лечебно заведение за ПИМП.

(2) Съдействието по ал. 1 се осъществява по писмено искане до директора до съответната РЗОК от категориите лица по ал. 1.

(3) За малолетните и непълнолетните лица искането по ал. 2 се извършва от техните родители или настойници, съответно със съгласието на техните родители или попечители.

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

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

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

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

(5) В случаите по ал. 4, при необходимост от предписване на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни, изборът на ЗОЛ следва да бъде отразен в информационната система на НЗОК, като за целта ОПЛ уведомява РЗОК в деня на избора по електронен път чрез ССЕВ, но не по-късно от 3 работни дни.

~~(5)~~ (6) 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.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

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

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

2. броя и имената на новорегистрираните лица;

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

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

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

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

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

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

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

**Чл. 133.** (1) Общопрактикуващият лекар оказва ПИМП в обхват съгласно Наредба № 9 от 2019 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. 4 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 11 "Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО".

**Чл. 134.** (1) Общопрактикуващият лекар от лечебно заведение - изпълнител на ПИМП, провежда диспансеризация на ЗОЛ съгласно Наредба № 9 от 2019 г. и Наредба № 8 от 2016 г. за заболяванията, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ по приложение № 8 "Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ".

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ съгласно Наредба № 9 от 2019 г.;

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

(2) Профилактичният преглед по ал. 1, т. 1, извършен от ОПЛ, се отразява в амбулаторен лист, в който се посочва МКБ кодът за профилактика. В тези случаи ОПЛ попълва "Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване", включена в медицинския софтуер на лекаря, осъществил прегледа, изготвена по образец съгласно приложение № 4 към Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 2, с цел формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(3) В случай че ЗОЛ са включени в групите от лица с рискови фактори за развитие на заболяване, ОПЛ отразява в амбулаторния лист по ал. 2 и МКБ код на състоянието на лица с рискови фактори за развитие на заболяване. В случай че ЗОЛ е включено в повече от една група с рискови фактори за развитие на заболяване, ОПЛ отразява всички рискови фактори за това ЗОЛ в амбулаторния лист по ал. 2.

(4) По отношение на ЗОЛ, включени в групите от лица с рискови фактори за развитие на заболяване, за които резултатите от извършените прегледи и изследвания са отразени в "Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване", ОПЛ осъществява профилактични дейности и посочва необходимостта от консултация със специалист съгласно приложение № 5 към чл. 9, ал. 3 на Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 12, които отразява в амбулаторния лист по ал. 2 или в друг амбулаторен лист.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Чл. 138а.** (1) За изпълнение на пакета дейности, включени в приложение № 1а "Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., изпълнителите на ПИМП наемат медицинска/и сестра/и, акушерка/и или лекарски асистент/и с образователно-квалификационна степен "бакалавър" по съответната

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

специалност "Медицинска сестра"/"Акушерка"/"Лекарски асистент" от професионално направление "Здравни грижи".

(2) Всяка медицинска сестра, акушерка или лекарски асистент по ал. 1 осъществява здравни грижи в дома за новородени, като първото посещение е в ранния неонатален период на новороденото до 7 дни след изписване от лечебното заведение, а второто посещение е до 14 дни след изписване от лечебното заведение.

(3) Здравните грижи по ал. 1 се осъществяват за новородени ЗОЛ, включени в регистъра на съответния ОПЛ след осъществен избор от родителите/законните настойници на детето.

(4) Оказаните здравни грижи се отразяват от медицинската сестра, акушерката или лекарския асистент в "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1).

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

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

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

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

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

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

(2) Общопрактикуващият лекар и заместникът/заместниците му могат да представят в РЗОК договор за заместване за условията, при които се извършва заместването - срок, място, ~~разплатителна сметка~~, помощен персонал и др., който се приподписва от директора на РЗОК. В този случай РЗОК заплаща по сметката на титуляря на практиката.

(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~~ са правоспособни лекари 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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

УИН на титуляря, подписва ги ~~и подпечатва с личния си печат и/или печата на лечебното заведение със своя електронен подпис.~~ Във всички случаи се вписва регистрационният номер на практиката на замествания ОПЛ.

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

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

**Чл. 141.** (1) При възникнала необходимост от преглед или консултация на болни или пострадали лица, които се нуждаят от медицинска помощ, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяването, изпълнителят на ПИМП извън обявения график осигурява необходимите медицински грижи по един от начините, определени в Наредба № 9 от 2019 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. 142.** Общопрактикуващият лекар създава и съхранява здравно (медицинско) досие на пациентите, което съдържа:

1. амбулаторни листове от извършени от него прегледи и дейности;

1а. амбулаторни листове от медицинските сестри/акушерките/лекарските асистенти - в случай, че в изпълнение на договора му с НЗОК е включен пакет "Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти" по приложение № 1а към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.;

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.

(2) Здравното (медицинско) досие по ал. 1 се поддържа от ОПЛ, както следва:

1. в електронен формат в специализирания медицински софтуер на ОПЛ - за документите по ал. 1, издадени само електронно и тези издадени и подписани електронно по реда на раздел IX;

2. на хартиен носител - за документите по ал. 1, издадени от ОПЛ и подписани от пациента на хартиен носител, както и тези, издадени от друг изпълнител на хартиен носител и такива подписани от пациента на хартиен носител.

(3) Направените от ОПЛ ЕКГ се съхраняват на хартиен носител, при невъзможност за съхранението им в електронен вид.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 143.** (1) Наред с първичните документи за работа с НЗОК ОПЛ издава и/или заверява и документи на записаните в неговия регистър ЗОЛ съгласно Наредба № 9 от 2019 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 № 5.

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

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

(2) За осигуряване необходимостта от специализирана извънболнична медицинска помощ ОПЛ издава "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3) за провеждането на профилактични и диспансерни прегледи по реда на Наредба № 8 от 2016 г. и Наредба № 9 от 2019 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“, „Ехография на млечна жлеза“ от пакет „Образна диагностика“, „Хормони: fT4, TSH“, „Туморен маркер: PSA - общ и свободен“ и „Изследване на урина – микроалбминурия“ от пакет "Клинична лаборатория";
3. за ВСМДИ, които фигурират и като МДИ в друг пакет по друга специалност.

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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

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

(12) В случаите по ал. 11 направленията се издават по реда на раздел девети.

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

(2) Амбулаторния лист по ал. 1 се предоставя на лечебното заведение за болнична помощ чрез пациента.

(2) (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 и 4 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 съхранява от изпращащия го ОПЛ.

(4) (3) 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) (4) Общопрактикуващият лекар се съобразява с данните в болничната епикриза и състоянието на ЗОЛ при прегледа.

(6) (5) В случай на хоспитализиране на ЗОЛ и когато това е удостоверено с подписа му в амбулаторния лист или е регистрирана хоспитализацията в НЗИС, 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 № 9 от 2019 г. и приложения № 8 и № 12;
2. прегледи и изследвания, необходими за основното заболяване, за което е хоспитализирано лицето;
3. прегледи и изследвания, необходими за придружаващи заболявания по време на стационарното лечение.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

## Условия и ред за оказване на СИМП

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

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

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

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

(5) "Медицинско 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. 147а.** (1) При преценка на необходимостта от извършване на ВСМДИ "Ядрено-магнитен резонанс" или "Компютърна аксиална или спирална томография" на дете под обща анестезия лекарят със специалност "Педиатрия" извършва обстоен преглед на детето и издава "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1), в който вписва диагнозата и обосновава необходимостта от извършване на изследването под обща анестезия. В този случай лекарят по педиатрия издава "Медицинско направление за медико-диагностични дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 4), към което прилага екземпляр от издадения от него амбулаторен лист.

(2) При преценка на необходимостта от извършване на ВСМДИ "Ядрено-магнитен резонанс" или "Компютърна аксиална или спирална томография" на деца под обща анестезия лекар със специалност, различна от "Педиатрия", насочва ЗОЛ към специалист по педиатрия за

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

извършване на обстоен преглед на детето с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3).

(3) В случаите по ал. 2 лекарят по педиатрия издава "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1), в който обосновава необходимостта от извършване на изследването под обща анестезия.

(4) Лекарят по ал. 2 издава "Медицинско направление за медико-диагностични дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 4), към което прилага екземпляр от издадения по ал. 3 амбулаторен лист от лекаря по педиатрия.

(5) Условието за определяне на стойността на медико-диагностичните дейности - ВСМДИ "Ядрено-магнитен резонанс" или "Компютърна аксиална или спирална томография", на деца под обща анестезия се определят в правилата по чл. 3 от ЗБНЗОК за 2022 г.

**Чл. 148.** (1) Лекарите от лечебните заведения за СИМП обявяват в амбулаторията на място, достъпно за здравноосигурените лица, своя седмичен график, който включва не по-малко от 2 часа дневно часове за амбулаторен прием в обявените дни, в които работи съответният специалист, и часове за домашни посещения, както и телефон за връзка.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(3) За обстоятелството по ал. 1 лечебното заведение уведомява РЗОК писмено или по електронна поща, подписано с електронен подпис на представляващия лечебното заведение, в



## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

срок до 3 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 **със своя електронен подпис** за срока на заместването, като вписва и регистрационния номер на лечебното заведение, в което е заместник.

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

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

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

(3) Първичният и вторичният преглед на едно ЗОЛ не могат да бъдат извършени в рамките на един и същи ден.

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

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

(3) Направление за хоспитализация се издава и в случаите на отказ на пациента, документиран писмено срещу подпис или друг инициализиращ знак на пациента и подпис на лекаря в амбулаторния лист, съгласно чл. 21, ал. 3 и 4 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ.

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

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

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

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

**Чл. 153.** (1) За физиотерапевтичен курс на лечение на определено заболяване се приема комплексно лечение, включващо първоначален преглед на лекаря - специалист по "Физикална и

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

рехабилитационна медицина", с оценка на обективното състояние на пациента с назначени видове и общ брой процедури до 20 в курс от група 1 и/или 2, или 3 по преценка на лекаря специалист, промените на лечението, както и заключителен преглед с оценка на резултатите от проведеното лечение и отразени вид и брой на проведените процедури.

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

1. група 1 - процедури с физикални фактори от апаратната терапия;

2. група 2 - процедури с кинезитерапевтични техники;

3. група 3 - процедури с физикални фактори от апаратната терапия и кинезитерапевтични техники.

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

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

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

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

1. при необходимост от консултация или провеждане на съвместно лечение със специалист от същата или от друга специалност (бл. МЗ-НЗОК № 3);

2. при необходимост от извършване на ВСМД с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А);

3. при необходимост от извършване на МДИ и/или ВСМДИ с "Медицинско направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4).

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

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

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

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

1. профилактични и диспансерни прегледи по реда на Наредба № 8 от 2016 г. и Наредба № 9 от 2019 г. и приложение № 13, приложения № 8 и № 13 и № 14;

2. основното заболяване, за което е хоспитализирано лицето;

3. придружаващи заболявания по време на стационарното лечение.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

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

**Чл. 158.** (1) Видът и честотата на дейностите по диспансеризация са посочени в приложение № 13 и в съответствие с Наредба № 9 от 2019 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 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други - при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от лекар - специалист от СИМП, съгласно приложение № 8 и приложение № 13.

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

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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(5) В случаите на задължително апаратно отчитане медико-диагностичната лаборатория следва да съхранява първичната лабораторна документация - оригиналните апаратни данни (на хартиен или електронен носител), с които се документира реалното извършване на съответното МДИ, за срок не по-малко от 1 година.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 167.** (1) Медико-диагностичната лаборатория осъществява договорената дейност в съответствие с медицинските стандарти, в т.ч. и с общите изисквания към преданалитичния етап на лабораторната дейност в структурата по клинична лаборатория 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.

(2) При временно отсъствие на лекаря - специалист от медико-диагностичната лаборатория, се прилагат разпоредбите на чл. 149.

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

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

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

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

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

**Чл. 168а.** (1) В случаите по чл. 147а изпълнителят извършва ВСМДИ "Ядрено-магнитен резонанс" или "Компютърна аксиална или спирална томография" на дете под обща анестезия въз основа на "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4) и съвместно заключение на специалиста по образна диагностика и лекаря по педиатрия.

(2) Изпълнителят по ал. 1 извършва ВСМДИ при спазване на описаните по-горе условия и ред, както и в съответствие с медицинския стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

(3) Изпълнителят по ал. 1 осигурява 24-часово активно наблюдение на детето при необходимост след обща анестезия.

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

## **Раздел IV**

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

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

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

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

степен на обхващане - не по-малко от 33-45 % от подлежащите;

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

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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

степен на обхващане - не по-малко от 83 80 %;

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;

(3) Критерии за качество на резултата са:

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

1.1. компенсирано състояние на гликемията в над 50 % от периода на наблюдение - отчита се времето, през което пациентът е бил 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 прегледи по повод на диспансерно наблюдение или по друг повод;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

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

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

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

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

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

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

1. изпълнение на профилактични прегледи на ЗОЛ с рискови фактори за развитие на заболяване в случай на насочване от ОПЛ и достигнали до лекар - специалист в СИМП;

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

степен на обхващане - не по-малко от 85 %;

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

степен на обхващане - не по-малко от 85 %;

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

5. минимална продължителност на профилактичен преглед, включително и извършването на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации - 10 минути;

6. минимална продължителност на диспансерен преглед, включително и извършването на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации - 10 минути;

7. минимална продължителност на първичен преглед на дете по повод остро състояние - 15 минути;

(3) Критерии за качество на резултата са:

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



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(4) Стойностите за HbA1c, LDL холестерол и артериално налягане, посочени в критериите за качество и достъпност по ал. 3, са прицелни и са насочени към мониториране и проследяване на здравословното състояние на диспансеризирани пациенти за сърдечносъдови заболявания

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

и/или захарен диабет и резултатите от проведеното лечение. В тези случаи е необходимо да се предприемат мерки, включващи: препоръки за начин на живот, двигателна активност, хигиенно-диетичен режим, преустановяване на вредни навици от пациента, промяна в терапията и/или назначаване на консултация със специалист и др., и не са основание за налагане на санкция.

### ***Критерии за качество и достъпност на специализираните медико-диагностични изследвания***

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

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

1. изпълнение на задължителните нормативни изисквания съгласно медицинските стандарти по специалности;
2. лекарско присъствие в рамките на обявения график;
3. осъществяване и документиране на текущ лабораторен контрол и предприетите коригиращи действия;
4. документирана преценка на резултата от изследванията (интерпретация на резултатите или референтни стойности) от лекар с придобита специалност по профила на лабораторията.

## **Раздел V**

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

**Чл. 173.** (1) Националната здравноосигурителна каса закупува медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО, оказвана на ЗОЛ при условията и по реда на НРД, определена като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба № 9 от 2019 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 1.01.2023 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2023 г. по ЗБНЗОК за 2023 г. съгласно чл. 174, 174а, 175, 175а, и 176 и 176а.

(3а) (Нова — ДВ, бр. 4 от 2021 г., в сила от 01.01.2021 г.) Договорените обеми и цени от 1.01.2021 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2021 г. по ЗБНЗОК за 2021 г. съгласно чл. 174б, 175б и 176б.

(3б) (Нова — ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 01.01.2022 г.) Договорените обеми и цени от 1.01.2022 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2022 г. по ЗБНЗОК за 2022 г. съгласно чл. 174в, 175в и 176в.

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

### **Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности в първичната извънболнична медицинска помощ След приемане на ЗБНЗОК за 2023 г.**

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 174.** Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. – 31.12.2020 г. следните обеми и цени за дейностите в ПИМП, включени в приложение № 1 "Първична извънболнична медицинска помощ" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.:

(1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. - 31.12.2023 г. закупуването на следните обеми дейностите в ПИМП, включени в приложение № 1 „Първична извънболнична медицинска помощ“ и приложение № 1а „Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти“ към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., по цени, както следва:

.....  
.....

(2) Договорената в ал. 1 цена на ред GP05 "Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г." се заплаща ежемесечно в сроковете и по реда на чл. 206.

(3) Изравнително калкулиране за процента на обхванатите лица по ал. 2 се определя, както следва:

1. за извършена профилактика на до 46 % от ЗОЛ над 18 г. цената на извършените годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. е 20 лв. 90% от цената по ал. 1;

2. за извършена профилактика на над 46 % до 60 % от ЗОЛ над 18 г. цената на извършените годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. е 25 лв. 100% от цената по ал. 1;

3. за извършена профилактика на над 60 % от ЗОЛ над 18 г. цената на извършените годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. е 26 лв. 110% от цената по ал. 1

(4) Процентът на обхванатите с годишни профилактични прегледи ЗОЛ над 18 г. се определя за всеки ОПЛ месечно, считано от 30.06.2022 г., като съотношение между общия брой на одобрените за заплащане годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. в рамките на съответния период и средномесечния пропорционален брой прегледи за същия период, определен спрямо подлежащите на обхващане лица за този период. Годишното изравняване се извършва въз основа на дейностите по ал. 2 за периода м. януари 2022 г. – м. ноември 2022 г. януари 2023 г. – м. декември 2023 г. За всеки от посочените периоди се извършва кумулативно изравняване спрямо параметрите по ал. 3 в рамките на съответния период и при необходимост преизчисляване на стойностите по ал. 3, т. 1 – 3.

(5) Подлежащите на обхващане лица се определят от броя на одобрените за заплащане лица по редове GP01 18-65Y "Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст от 18 до 65 години" и GP01 65-200Y "Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст над 65 години".

(6) Размерът на заплащането по ал. 3 се определя като разлика между заплатените средства по ал. 2 и определените цени по ал. 3, т. 1 – 3.

(7) Дейностите за GP05 "Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г." се заплащат на цена 25 лв., която подлежи на месечна корекция след изравняване по реда на ал. 4.

(7) В месечното известие по чл. 206 изпълнителите на ПИМП получават информация по ОПЛ за показателите по определяне на изравнителната сума за процент обхванати с годишни профилактични прегледи ЗОЛ над 18 г. по ал. 6.

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

След приемане на ЗБНЗОК за 2023 г.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 175.** Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. – 31.12.2020 г. следните обеми и цени за дейностите в СИМП, включени в приложение № 2 към чл. 1 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" и приложение № 6 към чл. 1 "Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение" на Наредба № 9 от 2019 г.:

Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. - 31.12.2023 г. закупуването на следните обеми за дейностите в СИМП, включени в приложение № 2 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" и приложение № 6 "Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение" към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г., по цени, както следва:

**НЗОК Мотив:** Формулировката на текста е уеднаквена за всички видове медицинска помощ по НРД – ПИМП, СИМП, МДД, КП, КПр и АПр

Предлагаме договаряне на цени за 2023 г. – без ценови нива и без допълнителни алинеи и колони в таблицата.

**Чл. 175а.** (Нов – ДВ, бр. 77 от 2020 г., в сила от 01.08.2020 г.) (1) (Изм. – ДВ, бр. 101 от 2020 г., в сила от 01.11.2020 г.) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.08. – 31.12.2020 г. следните обеми и цени за дейностите в СИМП, включени в приложение № 2 към чл. 1 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" и приложение № 6 към чл. 1 "Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение" на Наредба № 9 от 2019 г.:

(2) Представителите по чл. 54, ал. 1 от ЗЗО ежесечно до 20-о число на месеца, следващ отчетния, на базата на информацията от отчетите по чл. 206 наблюдават и анализират договорените в ал. 1 цени и обеми и параметрите на разходите за здравноосигурителните плащания за СИМП.

(3) При констатиране при анализа по ал. 2 отклонения двете страни до 30-о число на месеца, следващ отчетния, предприемат мерки и действия с цел недопускане на преразход по заложените в ЗБНЗОК за 2020 г. средства за здравноосигурителните плащания за СИМП.

(4) Когато отчетената от изпълнителите на СИМП дейност, за заплащане до 31.12.2020 г., надвишава средствата по чл. 12, ал. 1, т. 2 и допълнителните средства от 3 000 хил. лв. от "Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи", заложен по ЗБНЗОК за 2020 г., цените по ал. 1 се намаляват процентно в рамките на оставащите средства за здравноосигурителните плащания за СИМП и заложените допълнителни средства.

(5) (Изм. – ДВ, бр. 4 от 2021 г., в сила от 01.12.2020 г.) За дейност декември 2020 г., подлежаща на заплащане от бюджета на НЗОК за 2021 г., се прилага ал. 1.

**Чл. 175б.** (Нов – ДВ, бр. 4 от 2021 г., в сила от 01.01.2021 г.) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. – 31.12.2021 г. следните обеми и цени за дейностите в СИМП, включени в приложение № 2 към чл. 1 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" и приложение № 6 към чл. 1 "Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение" на Наредба № 9 от 2019 г.:

**Чл. 175в.** Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01.2022 г. – 31.12.2022 г. следните обеми и цени за дейностите в СИМП, включени в приложение № 2 към чл. 1 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" и приложение № 6 към чл. 1 "Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение" на Наредба № 9 от 2019 г.:

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

### След приемане на ЗБНЗОК за 2023 г.

**Чл. 176.** Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. – 31.12.2020 г. следните обеми и цени за специализирани и високоспециализирани медико-диагностични изследвания, включени в т. V, буква "Б" на приложение № 2 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.:

**Чл. 176.** Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. - 31.12.2023 г. закупуването на следните обеми специализирани и високоспециализирани медико-диагностични изследвания, включени в т. V, буква "Б" на приложение № 2 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., по цени, както следва:

НЗОК Мотив: Формулировката на текста е уеднаквена за всички видове медицинска помощ по НРД – ПИМП, СИМП, МДД, КП, КПр и АПр

Предлагаме договаряне на цени за 2023 г. – без ценови нива и без допълнителни алинеи и колони в таблицата.

(2) Представителите по чл. 54, ал. 1 от ЗЗО ежесечно до 20-о число на месеца, следващ отчетния, на базата на информацията от отчетите по чл. 206 наблюдават и анализират договорените в ал. 1 цени и обеми и параметрите на разходите за здравноосигурителните плащания за МДД.

(3) При констатиране при анализа по ал. 2 отклонения двете страни до 30-о число на месеца, следващ отчетния, предприемат мерки и действия с цел недопускане на преразход по заложените в ЗБНЗОК за 2020 г. средства за здравноосигурителните плащания за МДД.

(4) Когато отчетените изследвания от изпълнителите на МДД, за заплащане до 31.12.2020 г., надвишават средствата по чл. 12, ал. 1, т. 3 и допълнителните средства от 3 000 хил. лв. от "Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи", заложен по ЗБНЗОК за 2020 г., цените по ал. 1 се намаляват процентно в рамките на оставащите средства за здравноосигурителните плащания за МДД и заложените допълнителни средства.

(5) За дейност декември 2020 г., подлежаща на заплащане от бюджета на НЗОК за 2021 г., се прилага ал. 1.

**Чл. 176б.** Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. – 31.12.2021 г. следните обеми и цени за специализирани и високоспециализирани медико-диагностични изследвания, включени в т. V, буква "Б" на приложение № 2 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.:

**Чл. 176в.** Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01.2022 г. – 31.12.2022 г. следните обеми и цени за специализирани и високоспециализирани медико-диагностични изследвания, включени в т. V, буква "Б" на приложение № 2 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.:

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

.....  
Чл. 177. (1) В съответствие с чл. 55а ЗЗО НЗОК и БЛС планира, договаря и закупува за ЗОЛ медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО в рамките на договорените обеми по чл. 174, 174а, 175, 175а, и 176 и 176а за 2023 г. и чл. 174б, 175б и 176б за 2021 г., както и в съответствие с параметрите на разходите по бюджета на НЗОК, определени в ЗБНЗОК за съответната календарна година.

(2) В изпълнение на чл. 3, ал. 4 ЗБНЗОК за съответната календарна година представителите по чл. 54, ал. 1 ЗЗО НЗОК извършват текущо наблюдение и анализ за изпълнението на договорените обеми, както и за изпълнение на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания към 31.03, 30.06, 30.09 и към 31.12. БЛС получава на тримесечие информация за касовото изпълнение на здравноосигурителните плащания по бюджета на НЗОК.

(2) В изпълнение на чл. 3, ал. 4 от ЗБНЗОК за съответната календарна година представителите по чл. 54, ал. 1 от ЗЗО извършват текущо наблюдение и анализ за изпълнението на договорените обеми, както и за изпълнение на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания към 31 март, 30 юни, 30 септември и 31 декември на съответната календарна година по месеците на извършване на дейността. Българският лекарски съюз получава на тримесечие информация за касовото изпълнение на здравноосигурителните плащания по бюджета на НЗОК.

(3) В случай че при анализа по ал. 2 към 30.09 септември се установи очаквано превизиране на договорените обеми и/или очакван преразход на средства за здравноосигурителни плащания за ПИМП, СИМП и/или МДД към 31 декември, надхвърлящ е повече от 3 на сто предвидените средства, в срок до 20-о число на месеца, следващ анализа, НЗОК и БЛС договарят коригирани обеми и цени 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.

Не сме предлагали да отпадне текста на ал. 3 и ал. 4, а само да се обсъди текста „с повече от 3 на сто“.

Предвид че БЛС искат тези алинеи да отпадат изцяло, процентът не е обсъждан, но пък същият процент присъства в ал. 5, която БЛС не предлага да отпадне, тъй че явно няма да променяме процента.

Предвид че БЛС не са принципно против промяната на цените в следствие на анализите, ние считаме че е резонно текстът на ал. 3 да остане.

Под въпрос е практическата и юридическа приложимост на ал. 4.

НЗОК не е съгласна да отпадне ал. 3, защото е резонно след като в следствие на анализите може да се договори увеличаване на цените (ал.5) да може да се договори и намаляване на цените

За УС на БЛС и НС на НЗОК - ал. 3 и 4

(5) В случай че при анализа по ал. 2 към 30.09 септември 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 на съответната календарна година с повече от 3 на сто от предвидените средства, в едномесечен срок от анализа страните 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 ИМП.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

(7) Надзорният съвет на НЗОК може да одобрява компенсирани промени между елементите на разходите по отделните видове дейност в случай на отклонение от параметрите по чл. 174, 174а, 175, 175а, 176 и 176а за 2020 г. и чл. 174б, 175б и 176б за 2021 г. в рамките на средствата по бюджета на НЗОК за съответните периоди.

(8) Националната здравноосигурителна каса осъществява контрол по реда на глава двадесета на изпълнителите на извънболничната медицинска помощ за дейностите, за които при анализа по ал. 2 се наблюдава превишение на обемите по чл. 174, 174а, 175, 175а, и 176 и 176а за 2020 г. и чл. 174б, 175б и 176б за 2021 г., водещо до преразход на средства за здравноосигурителни плащания.

**Чл. 177а.** Със средствата от увеличението на цените по настоящия Договор за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности за 2020 – 2022 г. изпълнителите на ПИМП и СИМП осигуряват приоритетно увеличение на разходи за персонал, нает от лечебните заведения.

**Чл. 177б.** (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. 174в, 175в и 176в за 2022 г., както и в съответствие с параметрите на разходите по ЗБНЗОК за 2022 г.

(2) В изпълнение на чл. 3, ал. 4 от ЗБНЗОК за 2022 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, 30.09 и към 31.12.2022 г., БЛС получава информация за касовото изпълнение на здравноосигурителните плащания по бюджета на НЗОК.

(3) В случай че при анализа към 31.08.2022 г. НС на НЗОК констатира превишение на средствата за здравноосигурителни плащания за ПИМП и СИМП спрямо утвърденото от НС на НЗОК месечно разпределение на бюджета за съответния период, надхвърлящо предвидените средства по бюджета на НЗОК за съответния вид медицинска помощ, в срок до 20-о число на месеца, следващ анализа, автоматично се намаляват цените на медицинските дейности с процента на превишението до размера на определената цена съответно по чл. 174в, ал. 1, колона "цена по реда на чл. 177б, ал. 3" или чл. 175в, колона "цена по реда на чл. 177б, ал. 3", с изключение на дейностите по чл. 174в на ред GP05 "Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г.". В тези случаи в срок до 20.09.2022 г. НЗОК информира БЛС. Коригираните цени се публикуват на официалните интернет страници на НЗОК и БЛС и влизат в сила считано от 1.09.2022 г.

(4) В случай че след изпълнение на дейностите по ал. 3 НС на НЗОК констатира прогнозно превишение на бюджета на НЗОК за ПИМП и СИМП, към 31.12.2022 г. цените на видовете медицински дейности се намаляват пропорционално с процента на превишението на бюджета на месечна база след 30.09.2022 г.

(5) 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 средствата за здравноосигурителни плащания.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

*НЗОК: Не предлагаме запазване на условията по чл.177б за намаляване на цените с процента на текущото превишение на разходите спрямо месечното разпределение.*

## **Раздел VI**

### **Методики за остойносттаване на видовете извънболнична медицинска помощ**

**Чл. 178.** Методиката на образуване на стойностите, за които НЗОК има финансов капацитет да закупи дейностите по пакета медицинска помощ по чл. 45, ал. 2 ЗЗО за съответната календарна година от периода на действие на настоящия НРД: 2023 - 2025 г., 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 съответната календарна година от периода на действие на настоящия НРД: 2023 - 2025 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 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 съответната календарна година съобразно:

3.1. информацията за отчетения и заплатен годишен брой дейности от съответния вид през предходен тригодишен период;

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, подлежаща на заплащане през съответната календарна година;

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. становище от експертните съвети по медицински специалности за очакваните/необходимите годишни обеми за нови (незаплащани през предходните години) дейности по пакета за календарна година;

4. определяне на прогнозните стойности на необходимите средства за закупуване на прогнозните обеми по т. 3 по действащите през предходната година цени и становище от експертните съвети по медицински специалности за цените за нови (незаплащани през предходните години) дейности по пакета за текущата календарна година;

5. формиране на стойности, за които НЗОК има финансов капацитет да закупи обемите дейности по т. 3, подлежащи на заплащане през календарна година по този НРД, с цел балансиране на прогнозните стойности по т. 4 с размера на финансовата рамка за съответните здравноосигурителни плащания по ЗБНЗОК за съответната календарна година чрез прилагане на:

а) еднакви коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през предходната календарна година цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни



## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

плащания (включително и предложените от експертните съвети по медицински специалности цени на новите дейности);

б) различни коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през предходната календарна година цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (включително и предложените от експертните съвети по медицински специалности цени на новите дейности), съобразени с налични данни за оценяване на съответната дейност.

## **Раздел VII**

### **Методики за закупуване на дейностите в извънболничната медицинска помощ**

#### ***Методика за закупуване на медицинските дейности в първичната извънболнична помощ***

**Чл. 179.** (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, заплаща договорената и извършената дейност на изпълнителите на ПИМП съгласно Наредба № 9 от 2019 г. по следните елементи:

1. медицинско обслужване на ЗОЛ, включени в регистъра на изпълнител на ПИМП, по пакета за ПИМП съгласно Наредба № 9 от 2019 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. и приложение № 12;

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

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

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

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

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

Нова 7. за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения за ПИМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, съгласно методика, приета от НС на НЗОК и УС на БЛС, неразделна част от настоящото НРД;

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 № 9 от 2019 г.;

~~10. (нова – ДВ, бр. 36 от 2020 г., в сила от 13.03.2020 г., изм. – ДВ, бр. 77 от 2020 г., в сила от 01.09.2020 г.) работа при неблагоприятни условия, свързани с обявено извънредно положение, съответно извънредна епидемична обстановка, съгласно методика, приета от НС на НЗОК и съгласувана е представителите на БЛС, определени по реда на чл. 54, ал. 3 от ЗЗО;~~

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 10.** посещение в дома на новородено ЗОЛ до 14 дни след изписване от лечебното заведение за осъществяване на здравни грижи от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти от амбулатория на изпълнителя на ПИМП.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на ОПЛ за всяко поставяне на препоръчителна ваксина по национални програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ съгласно ЗБНЗОК за съответната календарна година.

(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 здравето 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 (към датата на издаване на амбулаторния лист) - за задължително осигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО;

3. осигуреното в друга държава лице, спрямо което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от допълнителните разпоредби на ЗЗО/двустранна спогодба за социално осигуряване и което има право на медицинска помощ, предоставяна от НЗОК към датата на оказване на медицинската помощ, е представило удостоверителен документ за право на обезщетения в натура.

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на ПИМП дейностите по ал. 1 и 2 по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

**Чл. 180.** (1) Заплащането по чл. 179, ал. 1, т. 1 се определя в зависимост от възрастта и броя на:

1. ЗОЛ с постоянен избор - при изпълнителя на ПИМП;

2. ЗОЛ, осъществили временен избор - при изпълнителя на ПИМП.

(2) Броят на ЗОЛ по ал. 1, т. 1 се намалява с броя на лицата по ал. 1, т. 2, които са направили временен избор при друг изпълнител на ПИМП, за периода на временния избор.

(3) Броят на ЗОЛ по ал. 1 се определя към последното 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. 179, ал. 1, т. 1 се отчита със:

1. първите екземпляри на регистрационните форми на хартиен носител/електронните форми за избор за новорегистрирани ЗОЛ;

2. електронен отчет, в определен от НЗОК формат, за включените в регистъра на изпълнител на ПИМП ЗОЛ;

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

**Чл. 181.** (1) Заплащането по чл. 179, ал. 1, т. 2 и 10 се дължи:

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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;

3. за извършени до две посещения за осъществяване на здравни грижи за новородено до 14 дни след изписване от лечебното заведение съгласно приложение № 1а "Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.

(2) Дейността по чл. 179, ал. 1, т. 2 и т. 4+10 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторните листове.

**Чл. 182.** (1) Заплащането по чл. 179, ал. 1, т. 3 се дължи за извършен преглед на лице, включено в програмата "Майчино здравеопазване" при изпълнителя на ПИМП.

(2) Включването на ЗОЛ, осъществили правото си на избор на ОПЛ за изпълнител на програмата "Майчино здравеопазване", се извършва след доказване на бременността.

(3) Дейността по чл. 179, ал. 1, т. 3 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове.

(4) Общият брой на заплатените профилактични прегледи за една бременност не може да надвишава максималния брой в съответствие с изискванията на приложение № 6 към Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 12.

**Чл. 183.** (1) За медицинската помощ по чл. 179, ал. 1, т. 4 се заплаща за извършен преглед на:

1. ЗОЛ с едно заболяване, подлежащо на диспансерно наблюдение от ОПЛ;
2. ЗОЛ с две заболявания, подлежащи на диспансерно наблюдение от ОПЛ;
3. ЗОЛ с повече от две заболявания, подлежащи на диспансерно наблюдение от ОПЛ.

(2) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други — при лекар-специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, обем и честота) за всички заболявания изцяло от ОПЛ съгласно приложение № 8 и приложение № 13, като в тези случаи ЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение за всички заболявания изцяло от ОПЛ.

(3) Изключение за случаите по ал. 2 се допуска за пациентите с инсулинозависим захарен диабет, неинсулинозависим захарен диабет на инсулинолечение и пациенти, претърпели сърдечни интервенции и/или операции до края на първата година след интервенцията/операцията, при които диспансерното наблюдение се осъществява от лекар-специалист от СИМП.

(4) В случаите по ал. 2 е препоръчително извършването на два консултативни прегледа от съответния лекар-специалист от СИМП, за съответната календарна година по преценка на ОПЛ, но не по-малко от един, като ОПЛ насочва пациента за консултативен преглед. В тези случаи на ОПЛ се заплаща по реда на ал. 1.

(2) Прегледите на ОПЛ, извършени по реда на чл. 134, ал. 3 и 4, се заплащат по реда на ал.

1.

(5) (3) Дейността по чл. 179, ал. 1, т. 4 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(6) (4) Заплащането по чл. 179, ал. 1, т. 4 се осъществява в случаите, в които са извършени дейностите от пакет ПИМП и са назначени всички медицински дейности съгласно изискванията на приложения № 12 и 13 на Наредба № 8 от 2016 г., Наредба № 9 от 2019 г. и приложение № 8 или приложения № 8 и № 13.

(7) (5) Националната здравноосигурителна каса заплаща за не повече от предвидения максимален брой прегледи за заболяването с най-висока честота на наблюдение.

(8) (6) При първоначална диспансеризация за дадено заболяване общият брой прегледи за пациента за съответната календарна година се заплаща пропорционално на оставащите месеци до края на годината.

**Чл. 184.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща по чл. 179, ал. 1, т. 5 и 6:

1. един годишен профилактичен преглед на ЗОЛ над 18 години съгласно приложения № 2, 3 и 4 към Наредба № 8 и приложение № 12;

2. 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. 179, ал. 1, т. 5 и 6 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове, и електронен отчет на „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“. Резултатите от извършените изследвания, налични в НЗИС, се импортират автоматично в специализирания медицински софтуер на лечебното заведение от НЗИС в „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“. Отчитането на „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“ се допуска и в месеца, следващ месеца на отчитане на профилактичния преглед по ал. 1, т. 1 на съответното ЗОЛ.

(4) „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“ се отчита задължително, включително и когато ЗОЛ не предостави резултати от извършените изследвания. Случаите, при които резултатите от извършените изследвания не са предоставени от ЗОЛ, респ. не са отразени от ОПЛ в картата, не са основание за отказ от заплащане на профилактичния преглед по ал. 1, т. 1.

**Чл. 185.** (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 179, ал. 1, т. 7, когато населеното място, в което е регистриран адрес на лечебното заведение, отговаря на критериите, обуславящи го като неблагоприятно.

(2) Месечните суми, заплащани от НЗОК за работа на практики в населени места с неблагоприятни условия, се определят от управителя на НЗОК съгласно методика.

(3) При наличие на повече от един изпълнител на ПИМП с месторазположение на практиката в населеното място по ал. 2 сумата се разпределя пропорционално на броя регистрирани при ОПЛ от лечебното заведение изпълнители 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 договарът е сключен или е прекратен през текущия месец, сумата се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(6) Изпълнителят на ПИМП получава ~~еднократно плащане за работа в неблагоприятни условия при наличие на следните две условия:~~

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

2. ~~декларирано осигуряване на достъп на ЗОЛ на медицинска помощ извън обявения работен график по начина, посочен в т. IX, т. 1.4 от приложение № 1 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г.~~

**Нов Чл. 185.** (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 179, ал. 1, т. 7, когато лечебното заведение отговаря на критериите на методика за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения за ПИМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, приета от НС на НЗОК и представителите на БЛС, определени по реда на чл. 54, ал. 3 от ЗЗО.

(2) Месечните суми по ал.1, заплащани от НЗОК за всеки изпълнител на ПИМП се определят по ред и начин, посочени в методиката по ал. 1,

(3) Месечната сума по ал. 2 се включва в месечното известие по чл.206 срещу позиция GP-55-2-3v-ZZO „Заплащане по методика по чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО“.

(4) Когато договарят е сключен или е прекратен през текущия месец, сумата се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.

(5) Заплащането на сумите по чл. 179, ал. 1, т. 7 се извършва до изчерпване на определените за този вид плащане средствата, договорени на ред GP-55-2-3v-ZZO от таблицата в чл.174.

**Чл. 186.** (1) Заплащането по чл. 179, ал. 1, т. 8 е за извършен преглед на ЗОЛ с регистрация в друг здравен район - при лекаря, при следните условия:

1. ЗОЛ временно е извън здравния район, където е осъществило избор на ОПЛ, или ако е осигурено в друга държава лице, потърсило помощ по повод на остро възникнало състояние и при посещението си:

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

б) попълни "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК";

2. изпълнителят отчита не повече от две посещения на едно и също ЗОЛ за месеца.

(2) Дейността по чл. 179, ал. 1, т. 8 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове, а за осигурени в друга държава лица и с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

**Чл. 187.** (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 179, ал. 1, т. 9, в случай че осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ по един от начините, посочени в Наредба № 9 от 2019 г.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 17.05.2022 г.) Заплащането за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения му работен график на ЗОЛ от изпълнителя на ПИМП се осъществява след представяне на декларация по образец съгласно приложение № 9.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(3) Заплащането по чл. 179, ал. 1, т. 9 се извършва, когато изпълнителят на ПИМП осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ по един от следните начини:

1. чрез дежурен кабинет на груповата практика за ПИМП, в която е 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" от ЗЛЗ, което е разкрило дежурен кабинет;
  - 3.3. лечебно заведение по чл. 10, т. 1 ЗЛЗ с разкрити филиали за спешна медицинска помощ;
4. индивидуално чрез 24-часово осигуряване на консултации по телефона, осъществяване на необходимите дейности в амбулаторията или в дома на пациента по преценка на ОПЛ;
5. лечебните заведения, с които ОПЛ може да сключи договор по т. 3.1 и 3.2, както и съответният обслужващ филиал по т. 3.3 трябва да се намират на отстояние не повече от 40 км от месторазположението на практиката на ОПЛ (относимо за всеки един от адресите на практиката едновременно).

(4) Дежурните кабинети извършват само диагностично-лечебните дейности по приложение № 1 към чл. 1, т. VI от Наредба № 9 от 2019 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. 179, ал. 1, т. 9 се определя в зависимост от броя на:

1. ЗОЛ с постоянен избор - при изпълнителя на ПИМП;
2. ЗОЛ, осъществили временен избор - при изпълнителя на ПИМП.

**Чл. 187а.** (Нов – ДВ, бр. 36 от 2020 г., в сила от 13.03.2020 г.) (1) (Изм. – ДВ, бр. 77 от 2020 г., в сила от 01.09.2020 г.) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 179, ал. 1, т. 10, когато е акт на Народното събрание е обявено извънредно положение или е решение на Министерския съвет е обявена извънредна епидемична обстановка и изпълнителят на ПИМП изрично не е заявил, че не желае да получава такова заплащане.

(2) (Изм. – ДВ, бр. 77 от 2020 г., в сила от 01.09.2020 г.) Месечните суми, заплащани от НЗОК за работа при неблагоприятни условия, свързани с обявено извънредно положение, съответно извънредна епидемична обстановка, се определят индивидуално за всеки изпълнител на ПИМП по ред и начин, посочени в методика, приета от НС на НЗОК и съгласувана с представителите на БЛС, определени по реда на чл. 54, ал. 3 от ЗЗО, и се изплащат за период, определен със закон.

(3) Сумите по ал. 2 се актуализират ежемесечно.

**Чл. 187б.** (1) Изпълнителите на първична извънболнична медицинска помощ получават сума в размер на 10 лв. за поставена доза на препоръчителна ваксина срещу COVID-19, в която се включва и издаване на документ/и за поставянето, например сертификат за ваксинация срещу COVID-19, отговарящ на изискванията на държавите - членки на Европейския съюз.

(2) Дейността по ал. 1 се извършва по реда на Наредба № 15 от 12.05.2005 г. за имунизациите в Република България и се подава в НЗИС.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(3) Общопрактикуващите лекари не могат да отказват препоръчителна ваксина срещу COVID-19 на желаещи да се имунизират лица, вписани в техните регистри, при отсъствие на противопоказания за прилагане на съответната ваксина.

(4) Отчитането на дейността по ал. 1 за лица, записани в техните регистри, от изпълнителите на ПИМП се извършва с "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1), като кодът на имунизацията срещу COVID-19 по КСМП е 92192-00.

(5) Отчитането и заплащането на дейността по ал. 1 се извършват при условията и в сроковете, регламентирани в раздел VIII, глава седемнадесета.

(6) След окончателната обработка в информационната система на НЗОК на месечните електронни отчети по реда на ал. 5 НЗОК с цел осъществяване на предварителен контрол извършва сравнение между постъпилите в НЗИС данни и данните от месечните електронни отчети.

(7) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите по ал. 1 след установено съответствие при сравнението по ал. 6.

(8) Установено несъответствие при сравнението по ал. 6 е основание за отхвърляне от заплащане на отчетена дейност по ал. 1, за която е установено несъответствието.

(9) Общопрактикуващите лекари могат да извършват дейността по ал. 1 и на здравноосигурени лица, които не са записани в техните регистри.

(10) Дейността по ал. 9 се извършва, отчита и заплаща при условията и по реда на ал. 1 - 8.

**Чл. 188.** (1) Дейността по чл. 179, ал. 2 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове.

(2) Дейността по чл. 179, ал. 3 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат.

**Чл. 189.** (1) По предложение на директорите на РЗОК съгласувано с РЛК на БЛС управителят на НЗОК утвърждава списък на населените места с неблагоприятни условия за работа на изпълнителите на ПИМП и сумите за заплащане за работа в тях.

(2) Включването на населено място в списъка по ал. 1 и определянето на съответните суми за работа при неблагоприятни условия се извършват по реда и критериите, установени в методиката по чл. 179, ал. 1, т. 7.

## Методика за закупуване на медицинските дейности в специализираната извънболнична помощ

**Чл. 190.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнители на СИМП съгласно Наредба № 9 от 2019 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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

болести", "Урология", "Хирургия", "Детска хирургия", "Медицинска паразитология", "Клинична имунология" и "Медицинска онкология";

2. преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по: "Педиатрия", "Детска гастроентерология", "Детска ендокринология и болести на обмяната", "Детска кардиология", "Педиатрия" и "Клинична алергология", "Детска клинична хематология и онкология", "Детска неврология", "Детска нефрология и хемодиализа", "Детска пневмология и фтизиатрия", "Детска психиатрия", "Детска ревматология" и "Детска хирургия", по повод на остро възникнало състояние и по назначение на ОПЛ;

3. профилактичен преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по "Педиатрия", съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 14;

4. профилактичен преглед на ЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по "Акушерство и гинекология" (по програма "Майчино здравеопазване"), извършващ профилактични прегледи на бременни, съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 14;

5. профилактичен преглед на ЗОЛ над 18-годишна възраст от групи с риск от развитие на заболяване, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по: "Акушерство и гинекология", "Урология", "Кардиология", "Ендокринология и болести на обмяната", "Гастроентерология", "Вътрешни болести" или "Хирургия", съгласно приложение № 14;

6. специализиран преглед на ЗОЛ съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 13, извършен от специалиста, водещ диспансерното наблюдение;

7. общомедицински и специализирани медицински дейности съгласно пакета по "Физикална и рехабилитационна медицина";

8. високоспециализирани медицински дейности по съответните специалности от пакета СИМП;

9. специализирани и/или високоспециализирани медико-диагностични изследвания по пакети: "Вирусология", "Клинична имунология", "Клинична лаборатория", "Клинична микробиология", "Медицинска паразитология", "Трансфузионна хематология", "Обща и клинична патология" и "Образна диагностика";

10. общомедицински и специализирани дейности по медицинска експертиза;

11. (нова – ДВ, бр. 36 от 2020 г., в сила от 13.03.2020 г., изм. – ДВ, бр. 77 от 2020 г., в сила от 01.09.2020 г.) работа при неблагоприятни условия, свързани с обявено извънредно положение, съответно извънредна епидемична обстановка, съгласно методика, приета от НС на НЗОК и съгласувана с представителите на БЛС, определени по реда на чл. 54, ал. 3 от ЗЗО.

11. за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения за СИМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, съгласно методика, приета от НС на НЗОК и УС на БЛС, неразделна част от настоящото НРД.

(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 пакета 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



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

лица съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО, с изключение на здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ;

3. осигуреното в друга държава лице, спрямо което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранна спогодба за социално осигуряване и което има право на медицинска помощ, предоставяна от НЗОК, към датата на извършване на медицинската помощ е представило удостоверителен документ за право на обезщетения в натура.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на СИМП дейностите по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

(4) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в Постановление № 193 на Министерския съвет от 2012 г., от държавния бюджет чрез МЗ НЗОК заплаща на изпълнителите на СИМП разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

**Чл. 191.** (1) За дейностите, оказани на здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ, НЗОК заплаща на изпълнителите на СИМП **един четири** профилактични прегледи 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. 192.** (1) За видовете специализирана медицинска помощ по чл. 190, ал. 1, т. 1 се заплаща за:

1. реализиран първичен преглед при специалист по повод заболявания и състояния;
2. реализиран вторичен преглед по повод заболявания и състояния.

(2) Първичните посещения по ал. 1, т. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3) и с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица - и 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, като за тримесечието се заплащат отчетените вторични посещения, но не повече 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.

**Чл. 193.** (1) За видовете специализирана помощ по чл. 190, ал. 1, т. 2 се заплаща за:

1. реализиран първичен преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст при лекар с придобита специалност по: "Педиатрия", "Детска гастроентерология", "Детска ендокринология и болести на обмяната", "Детска кардиология", "Педиатрия", "Клинична алергология", "Детска клинична хематология и онкология", "Детска неврология", "Детска нефрология и хемодиализа", "Детска пневмология и фтизиатрия", "Детска психиатрия", "Детска ревматология" и "Детска хирургия", по повод на остри състояния;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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 с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест и майчинство, и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

(3) Вторичният преглед по ал. 1, т. 2 се отчита с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(4) За видовете специализирана помощ по ал. 1 се заплащат отчетените вторични посещения за ЗОЛ до 18-годишна възраст по повод на остри състояния, но не повече от броя на отчетените през месеца първични посещения по ал. 1, т. 1.

**Чл. 194.** (1) За видовете специализирана помощ по чл. 190, ал. 1, т. 3 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст от лекар с придобита специалност "Педиатрия".

(2) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ без придобита специалност по "Педиатрия", когато на лицето е оказана медицинска помощ по програма "Детско здравеопазване" при първо посещение, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи по програма "Детско здравеопазване" на ЗОЛ съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 14.

**Чл. 195.** (1) За видовете специализирана помощ по чл. 190, ал. 1, т. 4 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ, включено в програма "Майчино здравеопазване" и избрало специалист по "Акушерство и гинекология" за наблюдение на бременността, както следва:

1. за реализиран първичен преглед на ЗОЛ, направило първоначален избор на специалист по "Акушерство и гинекология";

2. за реализиран вторичен преглед по повод на същото състояние или за реализирано посещение при преизбор на специалист.

(2) Профилактичните прегледи по програма "Майчино здравеопазване" се заплащат като първични по ал. 1, т. 1 в следните случаи:

1. когато при прегледа от лекар специалист на основание издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за състояния, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 14, и бременните подлежат на профилактика - в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист;

2. когато при преизбор на специалист по "Акушерство и гинекология" на основание издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за ново състояние на бременната или за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 14.

(3) Профилактичните прегледи по програма "Майчино здравеопазване" се заплащат като вторични по ал. 1, т. 2 в следните случаи:

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

1. при извършен вторичен преглед по повод същото състояние на бременната при същия специалист или преизбор на специалист на основание издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3);

2. когато при прегледи по диспансерно наблюдение или по програма "Майчино здравеопазване", провеждани от един и същ лекар специалист по "Акушерство и гинекология", се установи, че се касае за ново заболяване (състояние), включено в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 14 - в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист и не се изисква ново направление;

3. когато при извършен вторичен преглед при лекар специалист по "Акушерство и гинекология" се установи, че се касае за състояние (заболяване), включено в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 15 - в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

(4) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове, и с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, когато на лицето е оказана медицинска помощ по програма "Майчино здравеопазване" при първичен преглед или при преглед по повод на преизбор на специалист по "Акушерство и гинекология", а за осигурени в друга държава лица - и копие от 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 № 14.

**Чл. 196.** За профилактичен преглед на неосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 33 се заплаща по реда на чл. 195, ал. 1, т. 1 като за първичен преглед.

(1) За профилактичен преглед на неосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от 33 се заплаща по реда на чл. 195, ал. 1, т. 1 и т. 2 - първият преглед се заплаща като първичен, а последващите - като вторични прегледи.

(2) 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, а за осигурени в друга държава лица - и с копие от удостоверение за регистрация към НЗОК.

**Чл. 197.** (1) За видовете специализирана помощ по чл. 190, ал. 1, т. 5 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ над 18-годишна възраст.

(2) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверение за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи на ЗОЛ, но за не повече от един годишен преглед при всеки един от посочените специалисти.

**Чл. 198.** (1) За видовете специализирана помощ по чл. 190, ал. 1, т. 6 се заплаща за извършен преглед на ЗОЛ с едно или повече заболявания на диспансерно наблюдение от лекар специалист:

1. за реализиран първичен преглед на ЗОЛ, направили първоначален избор на лекар специалист, извършващ диспансерното наблюдение;

2. за реализиран вторичен преглед или посещение при преизбор на специалист.

(2) Прегледите за оказаната медицинска помощ по диспансерно наблюдение се заплащат като първични по ал. 1, т. 1 в следните случаи:

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

1. когато при първоначален преглед при лекар специалист на основание издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 13, ЗОЛ подлежат на диспансеризация - в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист;

2. когато при преизбор на лекар специалист на основание издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за ново заболяване, включено в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 13.

(3) Прегледите за оказаната медицинска помощ по диспансерно наблюдение се заплащат като вторични по ал. 1, т. 2 в следните случаи:

1. при реализиран вторичен преглед по повод на същото заболяване при същия специалист или при преизбор на специалист на базата на издадено направление от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3) по повод на същото заболяване;

2. когато при прегледи по диспансерно наблюдение, провеждани от един и същ лекар специалист, се установи, че се касае за ново заболяване от същия клас по МКБ 10, включено в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 13 - в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист и не се изисква ново направление;

3. когато едно диспансеризирано ЗОЛ до 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други - при лекар специалист, ЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, обем и честота) за всички заболявания само от лекар специалист съгласно приложение № 13 или приложения № 8 и 13 - в тези случаи ЗОЛ вече е диспансеризирано при специалиста за съответното заболяване от същия клас;

4. когато едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 години е със заболявания в един клас, но с различни МКБ кодове, подлежащи на диспансеризация от лекар - специалист от СИМП, в случаите на изключенията по чл. 158, ал. 4.

~~(4) В случаите по чл. 158, ал. 5 е препоръчително извършването на два консултативни прегледа от съответния лекар - специалист от СИМП, за съответната календарна година по преценка на ОПЛ, но не по-малко от един, като ОПЛ насочва пациента за консултативен преглед. В тези случаи на лекаря-специалист се заплаща по реда на ал. 1.~~

(4) Консултативните прегледи по реда на чл. 134, ал. 5 се заплащат 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 № 9 от 2019 г. и приложение № 13 или приложения № 8 и № 13, но за не повече от предвидения оптимален брой прегледи за заболяването с най-висока честота на наблюдение.

(6) Дейността по ал. 2 за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, при първичен преглед или при посещение по повод на преизбор на диспансеризиращ специалист, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК; "Медицинско направление за консултация или провеждане на

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, не се изисква, когато ЗОЛ се диспансеризира при посещение по друг повод.

(7) При първоначална диспансеризация за дадено заболяване през текущата година НЗОК заплаща отчетените диспансерни прегледи на пациента, но не повече от общия брой прегледи, определен пропорционално на оставащите месеци до края на годината.

**Чл. 199.** (1) Специализираната медицинска помощ по чл. 190, ал. 1, т. 7 се заплаща за реализиран физиотерапевтичен курс на лечение за определено заболяване, който включва комплексно лечение от:

1. първоначален преглед;

2. проведени процедури от физиотерапевтичния курс на лечение за следните групи:

2.1. група 1 - процедури с физикални фактори от апаратната терапия;

2.2. група 2 - процедури с кинезитерапевтични техники;

2.3. група 3 - процедури с физикални фактори от апаратна терапия и кинезитерапевтични техники;

3. заключителен преглед, извършен не по-късно от **5-ия 10-тия** работен ден, следващ деня, в който е извършена последната процедура.

(2) При неотчитане на заключителния преглед се заплаща отчетената дейност по ал. 1, т. 1 и 2.

(3) Дейността по ал. 1 за месеца се отчита пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3), а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест и майчинство, и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

**Чл. 200.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за ВСМД на изпълнителите на медицинска помощ по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

(2) Заплащането за ВСМД се извършва в случаите, в които е налице интерпретация на резултатите, отразени в амбулаторния лист.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща за ВСМД, ако дейността е назначена от лекар специалист с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бланка МЗ-НЗОК № 3А), а за дейностите по пакет "Анестезиология и интензивно лечение" и за дейностите, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ - съгласно приложение № 8 или приложения № 8 и № 13 - и от изпълнител на ПИМП; за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания.

(4) С едно "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бланка МЗ-НЗОК № 3А) може да бъде отчетена само една ВСМД.

(5) Високоспециализираната медицинска дейност за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бланка МЗ-НЗОК № 3А).

(6) Високоспециализирани медицински дейности по пакет "Физикална и рехабилитационна медицина" се отчитат след приключване на физиотерапевтичните процедури със следните документи: "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бланка МЗ-НЗОК №

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

ЗА) и електронен отчет за извършен преглед и назначени процедури на ЗОЛ, отразени в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

**Чл. 201.** (1) На изпълнители на СИМП се заплаща за извършена и отчетена дейност по чл. 190, ал. 1, т. 10 по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

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

(3) Експертизата по ал. 2 се отчита с отрязък от "Талон за медицинска експертиза" (бланка МЗ-НЗОК № 6) за всеки член на ЛКК и с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, издаден от председателя на ЛКК, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злоупотреби 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 злоупотреби или професионални заболявания.

**Чл. 201а.** (Нов - ДВ, бр. 36 от 2020 г., в сила от 13.03.2020 г.) (1) (Изм. - ДВ, бр. 77 от 2020 г., в сила от 01.09.2020 г.) Изпълнителят на СИМП има право на заплащане по чл. 190, ал. 1, т. 11, когато с акт на Народното събрание е обявено извънредно положение или с решение на Министерския съвет е обявена извънредна епидемична обстановка и изпълнителят на СИМП изрично не е заявил, че не желае да получава такова заплащане.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 77 от 2020 г., в сила от 01.09.2020 г.) Месечните суми, заплащани от НЗОК за работа при неблагоприятни условия, свързани с обявено извънредно положение, съответно извънредна епидемична обстановка, се определят индивидуално за всеки изпълнител на СИМП по ред и начин, посочени в методика, приета от НС на НЗОК и съгласувана с представителите на БЛС, определени по реда на чл. 54, ал. 3 от ЗЗО, и се изплащат за период, определен със закон.

(3) Сумите по ал. 2 се актуализират ежемесечно.

**Чл. 201а.** (1) Изпълнителят на СИМП има право на заплащане по чл. 190, ал. 1, т. 11, когато лечебното заведение отговаря на критериите на методика за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения за СИМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, приета от НС на НЗОК и представителите на БЛС, определени по реда на чл. 54, ал. 3 от ЗЗО.

(2) Месечните суми по ал.1, заплащани от НЗОК за всеки изпълнител на СИМП се определят по ред и начин, посочени в методиката по ал. 1,

(3) Месечната сума по ал. 2 се включва в месечното известие по чл.206 срещу позиция SOMC-55-2-3v-ZZO „Заплащане по методика по чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО“.

(4) Когато договарът е сключен или е прекратен през текущия месец, сумата се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.

(5) Заплащането на сумите по чл. 190, ал. 1, т. 11 се извършва до изчерпване на определените за този вид плащане средствата, договорени на ред SOMC-55-2-3v-ZZO от таблицата в чл.175.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 201б.** (Нов – ДВ, бр. 101 от 2020 г., в сила от 01.11.2020 г.) (1) Изпълнителят на СИМП (ДКЦ/МЦ) има право на заплащане за работа при неблагоприятни условия, свързани с обявено извънредно положение, съответно извънредна епидемична обстановка, в случай че отговаря на определени условия, посочени в методиката по чл. 201а, ал. 2.

(2) При наличие на условията, посочени в методиката по чл. 201а, ал. 2, изпълнителят на СИМП (ДКЦ/МЦ) представя в РЗОК необходимите документи, удостоверяващи спазването им (декларации, списъци и графици), и сключва допълнително споразумение с РЗОК за заплащане за работа при неблагоприятни условия по ал. 1.

**Чл. 202.** (1) Регулацията на броя на СМД и стойността на МДД в извънболничната помощ се осъществява в съответствие с чл. 3 от ЗБНЗОК за съответната календарна година.

(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.

В протоколите за брой на назначаваните специализирани медицински дейности и стойност на назначаваните медико-диагностични дейности за изпълнителите на ПИМП и СИМП не се включват, тези медико-диагностични изследванията и консултации, определени в НРД като задължителни за назначаване по програмите за профилактика и диспансеризация, както и медико-диагностични изследванията и консултации, необходими за явяване на ТЕЛК /по искане на ТЕЛК/ НЕЛК.

**Пояснение: в регулация да останат само изследванията и консултациите за остри и хронични недиспансерни са в регулация.**

Протоколите за брой на назначаваните специализирани медицински дейности и стойност на назначаваните медико-диагностични дейности за изпълнителите на ПИМП и СИМП се определят за шестмесечие.

**НЗОК:** По принцип броят на назначаваните специализирани медицински дейности и стойност на назначаваните медико-диагностични дейности за изпълнителите на ПИМП и СИМП се определят за тримесечие със ЗБНЗОК. Поради това, ако законът превдига това да се прави за тримесечие, то не е допустимо НРД да променя законовия период от тримесечия на шестмесечие.

Останалото е предмет на Правилата по чл. 3 от ЗБНЗОК за съответната година, а не на НРД. В действащите Правила по чл. 3 от ЗБНЗОК за 2022 г. съществува текст, изключващ дейностите по профилактика от контрола на надвишението по ал. 2.

Не се приема от НЗОК.

По същество темата остава за обсъждане от НС на НЗОК и УС на БЛС.

**Чл. 202а.** Ръководителите на лечебните заведения, изпълнители на извънболнична медицинска помощ (МЦ/ДКЦ/МДЦ), използват не по-малко от 50 % от приходите на лечебното заведение от НЗОК за извършените медицински дейности за разходи за персонал. При установено несъответствие НЗОК заплаща на съответното лечебно заведение по цени на медицинските дейности, намалени до нивото на действащите цени по чл. 175в, колона "цена по реда на чл. 177б, ал. 3".

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

### **Методика за закупуване на медико-диагностичните дейности**

**Чл. 203.** (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща за медико-диагностичната дейност, в съответствие с Наредба № 9 от 2019 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 здравноосигурените 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“, „Ехография на млечна жлеза“ от пакет „Образна диагностика“, „Хормони: fT4, TSH“, „Туморен маркер: PSA - общ и свободен“ и „Изследване на урина – микроалбуминурия“ от пакет „Клинична лаборатория“;

- за ВСМДИ, които фигурират и като МДИ в друг пакет по друга специалност.

(4) По искане на ТЕЛК (НЕЛК) НЗОК закупува само ВСМДИ, свързани с процеса на медицинската експертиза на работоспособността, в рамките на годишния бюджет.

(5) Дейността по ал. 1 и 3 се отчита с "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4) и електронен отчет в определен от НЗОК формат за назначената и извършената медико-диагностична дейност.

(6) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в ПМС № 193 от 2012 г., от държавния бюджет чрез МЗ НЗОК заплаща на изпълнителите на медико-диагностична дейност разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

(7) Алинея 6 не се прилага в случаите, в които лицата са заплатили на лечебното заведение цена за биологичен материал.

(8) (Нова ДВ, бр. 36 от 2020 г., в сила от 13.03.2020 г., изм. ДВ, бр. 77 от 2020 г., в сила от 01.09.2020 г.) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на МДД за работа при неблагоприятни условия, свързани с обявено извънредно положение, съответно извънредна епидемична обстановка, съгласно методика, приета от НС на НЗОК и съгласувана с представителите на БЛС, определени по реда на чл. 54, ал. 3 от ЗЗО.

(8) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на МДД за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

общината, съгласно методика, приета от НС на НЗОК и УС на БЛС, неразделна част от настоящото НРД.

**Чл. 203а.** (Нов ДВ, бр. 40 от 2020 г., в сила от 05.05.2020 г.) (1) Отчитането и заплащането на ВСМДИ "Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19" се извършва при условията и в сроковете, регламентирани в раздел VIII.

(2) Заплащането на дейността по ал. 1 включва и използваните медицински консумативи.

**Чл. 203б.** (Нов ДВ, бр. 40 от 2020 г., в сила от 05.05.2020 г.) (1) Изпълнителите на ВСМДИ "Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19" ежедневно в срок до 11,00 ч. подават файл по електронен път в утвърден от министъра на здравеопазването формат, съдържащ резултатите от извършените изследвания от предходния ден, през Националната информационна система за борба с COVID-19.

(2) След окончателната обработка в информационната система на НЗОК на месечните електронни отчети по реда на чл. 203а НЗОК с цел осъществяване на предварителен контрол извършва сравнение между постъпилите в Националната информационна система за борба с COVID-19 данни и данните от месечните електронни отчети.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите по ал. 1 отчетено ВСМДИ "Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19" след установено съответствие при сравнението по ал. 2.

(4) Установено несъответствие при сравнението по ал. 2 е основание за отхвърляне от заплащане на отчетено ВСМДИ "Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19".

**Чл. 204.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за медико-диагностичната дейност, назначена на неосигурените жени, на които се оказва наблюдение на бременността по реда на чл. 82, ал. 1, т. 2 33, 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 33.

**Чл. 205.** Националната здравноосигурителна каса заплаща медико-диагностични дейности по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

**Чл. 205а.** (Нов ДВ, бр. 36 от 2020 г., в сила от 14.04.2020 г.) (1) (Изм. ДВ, бр. 77 от 2020 г., в сила от 01.09.2020 г.) Изпълнителят на МДД има право на заплащане по чл. 203, ал. 8, когато е акт на Народното събрание е обявено извънредно положение или с решение на Министерския съвет е обявена извънредна епидемична обстановка и изпълнителят на МДД изрично не е заявил, че не желае да получава такова заплащане.

(2) (Изм. ДВ, бр. 77 от 2020 г., в сила от 01.09.2020 г.) Месечните суми, заплащани от НЗОК за работа при неблагоприятни условия, свързани с обявено извънредно положение, съответно извънредна епидемична обстановка, се определят индивидуално за всеки изпълнител на МДД по ред и начин, посочени в методиката, приета от НС на НЗОК и съгласувана с представителите на БЛС, определени по реда на чл. 54, ал. 3 от ЗЗО, и се изплащат за период, определен със закон.

(3) Сумите по ал. 2 се актуализират ежемесечно.

**Чл. 205а.** (1) Изпълнителят на МДД има право на заплащане по чл. 203, ал. 8, когато лечебното заведение отговаря на критериите на методика за осигуряване на медицинския

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети. персонал в лечебни заведения-изпълнители на МДД, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, приета от НС на НЗОК и представителите на БЛС, определени по реда на чл. 54, ал. 3 от ЗЗО.

(2) Месечните суми по ал.1, заплащани от НЗОК за всеки изпълнител на МДД се определят по ред и начин, посочени в методиката по ал. 1,

(3) Месечната сума по ал. 2 се включва в месечното известие по чл.206 срещу позиция MDA-55-2-3v-ZZO „Заплащане по методика по чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО“.

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

(5) Заплащането на сумите по чл. 203, ал. 8, се извършва до изчерпване на определените за този вид плащане средствата, договорени на ред MDA-55-2-3v-ZZO от таблицата в чл.176.

## **Раздел .....**

**Методика за финансиране осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината**

**Чл. ....**

## **Раздел VIII**

### **Условия и срокове за заплащането на дейностите в извънболничната помощ**

**Чл. 206.** (1) Лекарите, работещи в лечебни заведения - изпълнители на извънболнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК, отчитат месечно по електронен път в утвърдени от НЗОК формати оказаната през месеца извънболнична медицинска дейност, включена в предмета на договора, през интернет портала на НЗОК или чрез WEB услуга.

(2) Електронният отчет по ал. 1 съдържа информацията за извършената медицинска дейност по чл. 179 или чл. 190, отразена в амбулаторните листове в определен от НЗОК формат, и/или за извършената медико-диагностична дейност по чл. 203 в определен от НЗОК формат. При представяне на електронен отчет на лекаря в направлението за МДД (бл. МЗ-НЗОК № 4) на хартиен носител може да не се посочва УИН на лекаря, извършил изследването.

(3) Електронните отчети се подписват от лекарите, извършили дейността с КЕП по смисъла на чл. 13, ал. 2 ЗЕДЕУУ.

(4) За оказана извънболнична медицинска помощ на правоимащи лица, осигурени в друга държава, спрямо които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби за социално осигуряване, регистрационните данни на пациента трябва да съответстват на тези в удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания.

(5) Оказаната от ИМП дейност по ал. 2 се отчита най-късно до 17 ч. на третия работен ден на месеца, следващ отчетния. Лекарите, работещи в ИМП, не могат да представят отчетни файлове по ал. 1 за даден отчетен месец, който вече е отчетен от лечебното заведение.

(6) При констатиране на грешки в електронния отчет, свързани с регистрационни данни и реквизити, изпълнителят на извънболнична медицинска помощ получава автоматична

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

нотификация от информационната система на НЗОК и електронният отчет не се обработва от НЗОК до получаване на отчет с коректни данни.

(7) Грешки по ал. 6 могат да са:

1. регистрационен номер на лечебно заведение, УИН на лекар, код на специалност, отразени в първичните медицински документи, номер на договора с НЗОК, регистрационните данни на ЗОЛ;

2. отчетена дейност извън предмета на договора с НЗОК;

3. несъответствия с установените реквизити и съответните им номенклатури, относими към заплащаната от НЗОК извънболнична медицинска дейност.

(8) В информационната система на НЗОК се обработва последният, подаден в сроковете по ал. 5, отчет с коректни данни.

(9) При необходимост от корекции на отчетените в електронните отчети данни при установяване на фактически грешки, свързани с неправилно въвеждане в софтуера на лекари и правилно отразени на хартиен носител, се подава нов електронен отчет с коригирани данни чрез системата в периода на отчитане. Корекции се допускат при:

1. фактически грешки при отчитане на СИМП:

а) егрешен код по МКБ на заболяване при правилно попълване на диагноза;

б) неточно посочени номер и дата на амбулаторния лист;

в) егрешен код на здравен район в електронен отчет при вярно изписан на хартиен носител;

2. фактически грешки при отчитане на медико-диагностичните дейности:

а) неточно посочени номер и дата на издаване на направление за медико-диагностична дейност в електронен отчет при вярно изписани такива на хартиен носител;

б) егрешен код по МКБ на заболяване при вярно изписан код на хартиен носител;

в) егрешен 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) егрешен код на здравен район в електронен отчет при вярно изписан на хартиен носител.

(9а) В информационната система на НЗОК се извършва контрол за:

1. точно и правилно попълване на електронните първични медицински документи съгласно изискванията на този договор;

2. пълно и точно изпълнение на дейността съгласно изискванията на този договор;

3. изпълнение на условията по чл. 206а;

4. съответствие между подадената с електронните отчети на лекарите, работещи в лечебни заведения - изпълнители на извънболнична медицинска помощ, оказана медицинска помощ и извършена медико-диагностична дейност (МДД) с подадената информация към Националната здравна информационна система (НЗИС) по отношение на: регистрационните данни на ЗОЛ, ИАМН/РЗИ номер на лечебно заведение и НРН номер на издаден електронен документ.

(10) След окончателната обработка за отчетен месец директорът на РЗОК или упълномощени от него служители изпраща/изпращат по електронен път през информационната система на НЗОК месечно известие, съдържащо отхвърлената и одобрената за заплащане дейност и съответните основания за отхвърляне. Известието се изпраща в срок до 17-о число на месеца.

(11) Месечното известие по ал. 10 се подписва от директора на РЗОК или от упълномощено от него длъжностно лице с КЕП съгласно чл. 13, ал. 2 ЗЕДЕУУ.

(12) Не се допуска подаване на нови електронни отчети за отчетния период от страна на ИМП след изпращане на месечното известие по ал. 10.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(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.

(14) Възражения във връзка с ал. 10 се подават до 3 работни дни след получаване на месечното известие и се разглеждат и решават от РЗОК в едномесечен срок само след последващ контрол. За одобрените за заплащане след контрол дейности директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице изпраща по електронен път през информационната система на НЗОК "Известие след контрол", подписано с електронен подпис.

(15) За заплатените от НЗОК дейности по чл. 179, ал. 1, т. 5, за които изпълнителят на ПИМП не е изпълнил изискването по чл. 184, ал. 3 и 4, директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице изпраща по електронен път през информационната система на НЗОК "Известие след контрол", подписано с електронен подпис.

**Чл. 206а.** (1) Лекарите, работещи в лечебни заведения - изпълнители на извънболнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК, подават по електронен път към НЗИС информация за извършената от тях извънболнична медицинска дейност.

(2) При приключване на всеки проведен преглед лекарите по ал. 1 подават информацията от електронния амбулаторен лист чрез своя медицински софтуер към НЗИС. За всеки електронен амбулаторен лист НЗИС генерира уникален национален референтен номер (НРН) на амбулаторен лист.

(3) "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), "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6) и "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) се издават електронно и се изпращат чрез медицинския софтуер на лекарите, работещи в лечебни заведения - изпълнители на извънболнична медицинска помощ, към НЗИС.

(4) При електронно издаване на направленията по ал. 3 същите се регистрират в НЗИС, откъдето получават НРН.

(5) При електронно издаване на направленията по ал. 3 избраният от ЗОЛ изпълнител на извънболнична или болнична медицинска помощ проверява в НЗИС за наличието на издадено електронно направление по идентификатор на пациента (ЕГН, ЛНЧ, ССН и осигурителен номер на чуждестранно лице), на когото е издадено направлението, и дата на издаване на електронното направление.

(6) Не се допуска едновременно издаване на първичните медицински документи по ал. 2 и 3 по електронен път с въведен НРН и на хартиен носител с въведен № на документа, генериран от медицинския софтуер на лекаря.

(7) В случаите по ал. 1 лекарите, работещи в лечебни заведения - изпълнители на МДД, след завършване на дейността по "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4) подават по електронен път към НЗИС информация за извършените МДД и резултатите от тях.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(8) Генерираните от НЗИС НРН номера се подават от лекарите, работещи в лечебни заведения - изпълнители на извънболнична медицинска помощ, с електронните отчети по чл. 206, ал. 1.

(9) За издадените по реда на ал. 3 направления не се прилага изискването на чл. 207, ал. 4.

(10) До 1.11.2022 г. редът по ал. 1 – 9 не се прилага по отношение на издадените на хартиен носител първични медицински документи от лекари по дентална медицина, сключили договор с НЗОК.

(11) Редът по ал. 1 – 9 не се прилага по отношение на издадените на хартиен носител първични медицински документи от лекарите, назначени да обелужват категориите лица по чл. 144, ал. 11.

(12) (10) Редът за предоставяне на електронните здравни записи е в съответствие с този договор и Наредбата по чл. 28г, ал. 6 от 33.

**Чл. 207.** (1) Изпълнителите на ПИМП представят ежемесечно в РЗОК в срок до 17 ч. на 3-тия работен ден на месеца, следващ отчетния, списък в утвърден от НЗОК формат с новоизбралите ги ЗОЛ и първите екземпляри от регистрационните форми за избор на новозаписаните пациенти в пациентска листа на ОПЛ на хартиен носител и в случаите, когато не отчитат дейност. Подадените по електронен път форми съгласно чл. 128, ал. 2 се съхраняват в информационната система на НЗОК.

(2) При предоставяне на регистрационни форми за избор на ОПЛ формите могат да се предоставят сканирани, подписани с електронен подпис от ОПЛ през портала на НЗОК. Размерът на файла на предоставените по този начин форми не може да надхвърля 15 МБ.

(3) В случаите по ал. 2 първите екземпляри на хартиен носител се предоставят в РЗОК в срок до 20-о число на месеца, следващ отчетния.

(4) Изпълнителите на СИМП предоставят в РЗОК първичните медицински документи: "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ НЗОК № 3), "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ НЗОК № 3А), "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ НЗОК № 4) и "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ НЗОК № 6) най-късно до третия 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 четвъртия работен ден на месеца, следващ отчетния, в случаите, когато отчитат такава дейност.

*Мотиви : Тези документи се издават от НЗОК. Няма логика и основание при отчет към НЗОК да се изискват копия на документи, които самата тя е издала.*

*НЗОК: не приема отпадането на ал. 5. Ако отпадне, ще се отхвърлят плащания при неправилно попълнени данни.*

*НЗОК не разполага с информация за издадените от институциите в другите държави ЕЗОК, а основната част от оказаната медицинска помощ на чужди осигурени лица е на основание ЕЗОК. Освен това дори и за регистрираните в РЗОК удостоверения за пребиваване на територията на РБългария, НЗИК не разполага с електронен регистър, който може да се ползва за автоматично попълване на данните за осигуреното лице и осигурителната му институция, която следва да възстанови разхода на НЗОК. Проверките на подадените от ИМП данни за удостоверителните документи се извършват ръчно от РЗОК на база на*

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети. *представените копия от удостоверителните документи. Ако отпадне представянето на копията от документите, следва да се отхвърлят плащания до получаване на потвърждения за правилно попълнени данни – т.е. до заплащане от другата държава на разхода. Копията на удостоверителните документи са необходими на НЗОК за доказване пред другите институции че е лекувано тяхно осигурени лице, за да възстановят извършения разход.*

За УС на БЛС и НС на НЗОК.

(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 или при промяна на удостоверителен документ.

~~(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.~~

*НЗОК: не приема отпадането на ал. 7, съгласно мотивите, посоеени към ал. 5.*

За УС на БЛС и НС на НЗОК.

**Чл. 208.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената медицинска дейност на изпълнителя на ИМП след представяне на финансово-отчетни документи (фактури или дебитни/кредитни известия към тях) в електронен вид, в утвърден от НЗОК формат през интернет портала на НЗОК или чрез WEB услуга и документи по чл. 207.

(2) Електронна фактура по ал. 1 се подава в срок до два работни дни след изпращане на месечното известие, но не по-късно от 19-о число на месеца, и включва само договорената и извършената медицинска дейност, одобрена за заплащане в това месечно известие.

(3) Дебитно известие към фактура по ал. 1 се подава в срок до два работни дни след изпращане на известие след контрол по чл. 206, ал. 14 и включва само одобрената за заплащане медицинска дейност в това известие.

(4) Кредитно известие към фактура по ал. 1 се подава в срок до два работни дни след изпращане на известие след контрол по чл. 206, ал. 15 и медицинските дейности, за които изпълнителят на ПИМП не е изпълнил изискването по чл. 184, ал. 3 и 4.

(5) Електронните финансово-отчетни документи се подписват с КЕП по смисъла на чл. 13, ал. 2 от ЗЕДЕУУ от управителя на ИМП или упълномощено лице.

(6) Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се заплаща от НЗОК след представяне на отделни документи по ал. 1 за оказана медицинска помощ на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, придружена с документите по чл. 207, ал. 5.

(7) Дейностите по поставяне на препоръчителни ваксини по национални програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ се заплащат от НЗОК след представяне на отделни документи по ал. 1, придружени със съответната отчетна документация.

(8) Дейностите, извършени на здравноосигурените жени, на които се оказва наблюдение на бременността по реда на чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ, се заплащат от НЗОК след представяне на отделни документи по ал. 1 и отчетна документация.

(9) Отчитането на разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 от 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.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(10) Предоставянето на финансов отчет съгласно ПМС № 193 от 2012 г. за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО се извършва в сроковете по чл. 206, ал. 5 заедно с отчетената дейност за месеца.

~~(11) Ако финансово-отчетните документи по ал. 1 и 3 не бъдат представени до края на 2-рия месец, следващ месеца на получаване на известията по чл. 206, на ИМП не се заплаща по тези известия.~~

**Чл. 209.** (1) При подаване на електронен финансов документ по чл. 208 информационната система на НЗОК извършва автоматична проверка.

(2) При констатиране на грешки в електронните финансово-отчетни документи, свързани с регистрационни данни и реквизити, ИМП получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и документите не се обработват от НЗОК до получаване на коректни електронни финансово-отчетни документи в сроковете по чл. 208, ал. 2, 3 и 4.

**Чл. 210.** (1) При успешно обработен електронен финансов документ от информационната система на НЗОК се извършва проверка и от РЗОК.

(2) При констатиране на грешки в електронен финансово-отчетен документ ИМП получава нотификация чрез профила на ИМП в информационната система на НЗОК и документът не се приема от НЗОК до получаване на коректен електронен финансово-отчетен документ в срок от един работен ден след получаване на нотификацията.

**Чл. 211.** (1) За приет финансово-отчетен документ се счита документът, подписан с електронен подпис от директора на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице.

(2) Изпълнителят на медицинска помощ получава нотификация чрез профила на ИМП в информационната система на НЗОК за приетия финансово-отчетен документ.

**Чл. 212.** (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилното попълване на документите съгласно настоящите условия и пълно и точно изпълнение на дейността.

**(1а)** Приетият финансово-отчетен документ по реда на чл. 211 е задължително условие за плащане на ИМП.

(2) Плащанията на ИМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния.

(3) Плащанията се извършват в левове, по банков път, по обявена от ИМП банкова сметка.

**Чл. 213.** (1) При писмено заявен отказ от страна на ИМП да изпълни указанията в срока по чл. 210, ал. 2 РЗОК не заплаща отчетената дейност.

(2) При неспазване на посочените в чл. 208, 209 и 210 срокове за представяне на финансово-отчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период на отчитане.

(3) Ако ИМП не представи финансово-отчетните документи по чл. 208 и 210 или исканите поправки по чл. 209 и 210 до края на втория месец, следващ отчетния, на изпълнителя не се заплаща по този ред.

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

**Чл. 214.** Плащанията за отчетената дейност по чл. 208, ал. 7, 8 и 9 се извършват чрез РЗОК до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ.

**Чл. 215.** За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на НРД.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 216.** Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на ИМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

## **Раздел IX**

### **Документация и документооборот за изпълнители на извънболнична помощ**

**Чл. 217.** Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки ИМП, включва първични медицински и финансови документи съгласно приложение № 2 и глава десета.

**Чл. 218.** (1) Първичните медицински документи са:

1. „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1);
2. „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3);
3. „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А);
4. „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4);
5. „Рецептурна бланка - НЗОК“ (бл. МЗ-НЗОК № 5 и бл. МЗ-НЗОК № 5А);
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. „Електронна рецептурна книжка на хронично болния“;
9. „Рецептурна книжка на военноинвалид/военнопострадал“;
10. „Рецептурна книжка на ветеран от войните“;
11. „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“;
12. „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7);
13. „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8);
14. „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А).
15. „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10);
16. „Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология“ (бл. МЗ-НЗОК № 12);
17. „Решение на специализирана комисия“ (бл. МЗ-НЗОК № 13).

(2) Документооборотът по ал. 1 е, както следва:

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

А. От общопрактикуващия лекар:

Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, подписан от ОПЛ и ЗОЛ, се прилага към здравното (медицинското) 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 ИМП, амбулаторен лист за извършения преглед се предоставя на пациента.

Амбулаторен лист за всеки проведен преглед се издава от ОПЛ като електронен документ. Пациентът подписва амбулаторния лист, с което удостоверява, че е информиран за необходимите



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

медицински дейности, назначената терапия и очакваните резултати, като с подписа си декларира, че към момента на прегледа не е хоспитализиран.

За нуждите на предоставянето на амбулаторния лист на пациента, амбулаторният лист може да бъде генериран и отпечатан и на хартиен носител, при спазване на изискванията, реквизитите и стандарта на документа, посочени в приложение № 2.

Б. От лекаря от лечебното заведение за СИМП:

Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, подписан от лекаря специалист и ЗОЛ, се води по ред, определен от лечебното заведение, 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.

Амбулаторен лист за всеки проведен преглед се издава от лекаря специалист като електронен документ. Пациентът подписва амбулаторния лист, с което удостоверява, че е информиран за необходимите медицински дейности, назначената терапия и очакваните резултати, като с подписа си декларира, че към момента на прегледа не е хоспитализиран.

За нуждите на предоставянето на амбулаторния лист на пациента, амбулаторният лист може да бъде генериран и отпечатан и на хартиен носител, при спазване на изискванията, реквизитите и стандарта на документа, посочени в приложение № 2.

В. От председателя на ЛКК - за всяка извършена експертиза на едно ЗОЛ:

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.

Амбулаторен лист се издава от председателя на ЛКК - за всяка извършена експертиза на едно ЗОЛ. Пациентът подписва амбулаторния лист, с което удостоверява, че е информиран за необходимите медицински дейности, назначената терапия и очакваните резултати, като с подписа си декларира, че към момента на прегледа не е хоспитализиран.

За нуждите на предоставянето на амбулаторния лист на пациента, амбулаторният лист може да бъде генериран и отпечатан и на хартиен носител, при спазване на изискванията, реквизитите и стандарта на документа, посочени в приложение № 2.

Електронните отчети на лекарите по букви „А“, „Б“ и „В“ за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, подписани с електронен подпис КЕП съответно: на ОПЛ, извършил прегледа, на лекаря специалист, извършил прегледа, или на председателя на ЛКК, се изпращат през портала на НЗОК.

Националната здравноосигурителна каса определя електронния формат и информацията, съдържаща се в него, която изпълнителят на ПИМП и СИМП ежесечно изпраща през портала на НЗОК при отчитане на дейността си съгласно тези изисквания.

II. „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) - ~~съставя се в един екземпляр~~ издава се по преценка на изпълнителя на извънболнична медицинска помощ при необходимост от провеждане на специализирана медицинска консултация или лечение.

III. „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) - ~~съставя се в един екземпляр~~ издава се от изпълнителя на СИМП, а при необходимост от провеждане на ВСМД, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложение №

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

8 или приложения № 8 и № 13, и ВСМД от пакет „Анестезиология и интензивно лечение“ и от изпълнител на ПИМП.

IV. „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) - съставя се в един екземпляр издава се за извършване на МДИ и ВСМДИ, както следва:

1. за МДИ - издава се от изпълнител на ПИМП/СИМП; резултатите се изпращат от медико-диагностичната лаборатория чрез пациента или по служебен път на лекаря, назначил изследванията;

2. за ВСМДИ - издава се от:

2.1. изпълнител на СИМП;

2.2. изпълнител на ПИМП;

- по искане на ТЕЛК или НЕЛК;

- за ВСМДИ: „Мамография на двете млечни жлези“, „Ехография на млечна жлеза“ от пакет „Образна диагностика“, „Хормони: fT4, TSH“, „Туморен маркер: PSA - общ и свободен“ и „Изследване на урина – микроалбуминурия“ от пакет „Клинична лаборатория“;

- за ВСМДИ, които фигурират и като МДИ в друг пакет по друга специалност.

Пациентът подписва направлението за медико-диагностична дейност, с което удостоверява, че му е взет биологичен материал или е извършено образно изследване.

„Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) може да бъде генерирано и отпечатано и на хартиен носител от лечебното заведение - изпълнител на МДИ и ВСМДИ, при спазване на изискванията, реквизитите и стандарта на документа, посочени в приложение № 2.

V. „Рецептурни бланки“ (бл. МЗ-НЗОК № 5 и бл. МЗ-НЗОК № 5А) - издават се електронни предписания чрез медицинския софтуер на ОПЛ/специалист, които се изпращат към НЗИС. Издадените електронни предписания се регистрират в НЗИС и получават НРН. Данните от електронните предписания и НРН номерата се вписват в съответния електронен амбулаторен лист съгласно приложение № 2.

VI. „Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК или РЗОК“ (образец МЗ-НЗОК № 1), се съставя в два екземпляра издава по електронен път от лицата по чл. 53, ал. 2. Първият екземпляр се предоставя на ЗОЛ, вторият се съхранява от лекаря, който го е издал, за срок от 12 месеца. Редът за издаването му е съгласно глава единадесета.

VII. „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6) - документът се попълва в един екземпляр. Използва се издава 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 и го подписва; откъсва го и го изпраща в РЗОК, Отрязъкът се съхранява в електронен вид в медицинския му софтуер. отразен в електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат. Извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, се отчита с електронния отчет на лекаря.

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;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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. „Електронната рецептурна книжка на хронично болния“ (ЕРК) е електронен документ, който обединява историческа информация за вписаните за ЗОЛ диагнози в Национален регистър „Рецептурни книжки“ в Интегрираната информационна система (ИИС) на НЗОК и издадените и изпълнени електронни предписания на ЗОЛ. Указанията за работа с ЕРК са съгласно приложение № 2.

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) - ~~се съставя в два екземпляра от лекар~~ издава се 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~~ издава се 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~~ издава се 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.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

XIV. „Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология“ (бл. МЗ-НЗОК № 12) се съставя в три екземпляра изготвя се от лекар от лечебно заведение - изпълнител на СИМП, КОЦ или БП.

XV. „Решение на специализирана комисия по специалност“ (бл. МЗ-НЗОК № 13) за насочване се попълва в два екземпляра изготвя се от лекар от лечебно заведение - изпълнител на СИМП, ЦПЗ или БП.

(3) Документите по ал. 2, т. I, II, III, IV, V, VII, VIII и X се издават електронно като електронни документи чрез медицинския софтуер на ОПЛ/специалиста. Издадените електронни медицински документи се регистрират в НЗИС и получават НРН по реда на чл. 206а. В електронния амбулаторен лист по ал. 2, т. I се съхранява информация за НРН номерата на издадените електронни медицински документи. Получените от НЗИС НРН номера се подават от лекарите, работещи в лечебни заведения - изпълнители на извънболнична медицинска помощ, с електронните отчети по чл. 206, ал. 1. Не се допуска едновременно издаване на първичните медицински документи по електронен път с въведен НРН и на хартиен носител с въведен № на документа, генериран от медицинския софтуер на лекаря.

(4) Документите по ал. 2, т. I и IV, в които е предвиден подпис на пациента, могат да бъдат подписани от него по едни от следните начини:

1. чрез подписване от пациента във формата на електронен документ с КЕП;
2. посредством генериран от НЗИС и изпратен на посочен от пациента телефонен номер еднократен код, който има силата на положен електронен подпис от лицето;
3. чрез техническо средство за полагане на електронен подпис (електронна писалка, таблет, който пренася подписа в цифров вид върху електронен документ и подписът може да се приравни на саморъчно положен такъв, и др.);
4. чрез подписване от пациента на отпечатан на хартиен носител документ.

(4) (5) Изпълнителите на СИМП отчитат по електронен път документите по ал. 2, т. II, III, IV и VII в РЗОК в сроковете по чл. 207. Всяко отчетено „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), подписано от лекаря, извършил дейността (СМД, ВСМД или МДД), се отразява в електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат. В тези случаи същите на хартиен носител не се предоставят в РЗОК, а се съхраняват в лечебните заведения – изпълнители на СИМП.

(6) Изпълнителите на ПИМП и СИМП съхраняват първични медицински документи, издадени от тях като електронни документи и подписани електронно, в своя специализиран медицински софтуер.

(7) Първични медицински документи, в които е предвиден подпис на пациента и същият е положен на хартиен носител, се съхраняват на хартия в лечебните заведения - изпълнители на ПИМП и СИМП.

(8) Отпечатването на документите по ал. 1, издадени по електронен път и подадени към НЗИС се извършва на хартиен носител съгласно изискванията, реквизитите и стандарта, посочени в приложение № 2. Като номера на документите се вписват задължително НРН номерата от НЗИС.

(9) Отпечатването на документите по ал. 1, издадени чрез медицинския софтуер и за които не се изисква подаване към НЗИС, се извършва на хартиен носител съгласно изискванията,

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

реквизитите и стандарта, посочени в приложение № 2. Като номера на документите се вписват номерата, генерирани от медицинския софтуер на лекаря.

(5) (10) В случаите на издаден болничен лист същият се отразява в амбулаторния лист (бл. МЗ-НЗОК № 1), като задължително се вписва уникалният номер на болничния лист съгласно формата, определен от Националния осигурителен институт (НОИ).

(11) Информацията, която се съхранява в електронен вид, задължително се записва и на външни електронни носители.

**Чл. 219.** (4) Документите по чл. 218, ал. 1 се изготвят съгласно изискванията, реквизитите и стандарта, посочени в приложение № 2.

(2) Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ осигуряват за своя сметка формуляри на документите по чл. 218, ал. 1, с изключение на "Рецептурна книжка на хронично болния", "Рецептурна книжка на военноинвалид/военнопострадал" и "Рецептурна книжка на ветеран от войните".

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

**Чл. 220.** (1) Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ могат да използват разпечатани образци на следните документи:

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

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

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

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

5. „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6);

6. „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7);

7. „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8);

8. „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А);

9. „Рецептурни бланки“ (бл. МЗ-НЗОК № 5 и бл. МЗ-НЗОК № 5А).

**Чл. 221.** Електронните първични медицински и финансово-отчетни документи се изготвят в утвърден от НЗОК формат, подписват се с КЕП и се съхраняват съгласно изискванията на Регламент (ЕС) № 910/2014 на Европейския парламент и на Съвета от 23 юли 2014 г. относно електронната идентификация и удостоверителните услуги при електронни трансакции на вътрешния пазар и за отмяна на Директива 1999/93/ЕО (ОВ, L 257/73 от 28 август 2014 г.) и на ЗЕДЕУУ, и се съхраняват съгласно изискванията на ЗЕДЕУУ.

**Чл. 222.** (1) Националната здравноосигурителна каса осигурява на изпълнителите на ПИМП чрез електронния портал на НЗОК достъп с електронен подпис на ОПЛ до информация за:

1. диспансеризирани при него пациенти с МКБ код на заболяванията и дата на диспансеризация; включени и изключени от регистър диспансеризирани ЗОЛ от пациентската листа на ОПЛ за отчетения месец;

2. регистъра на рецептурните книжки на записаните при него пациенти;

3. пациентска листа на ОПЛ.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(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.

(4) Националната здравноосигурителна каса осигурява на изпълнителите на ПИМП (за лицата от пациентската им листа) и на изпълнителите на СИМП по чл. 53, ал. 2, достъп с електронен подпис, чрез електронна услуга, до регистъра на протоколи за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК.

**Чл. 223.** За представени неверни данни в отчетите по договора се прилагат разпоредбите на глава двадесета и глава двадесет и първа.

## **Раздел X.**

~~Изпълнение на висококвалифицирано медико-диагностично изследване "Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19", когато е акт на министъра на здравеопазването са въведени противоепидемични мерки на територията на цялата страна (Нов - ДВ, бр. 40 от 2020 г., в сила от 05.05.2020 г. (\*))~~

## **Раздел XI**

~~Назначаване от общопрактикуващ лекар и изпълнение на висококвалифицирани медико-диагностични изследвания "Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19", когато е акт на министъра на здравеопазването са въведени противоепидемични мерки на територията на цялата страна (Нов - ДВ, бр. 101 от 2020 г., в сила от 01.11.2020 г.)~~

## **Глава осемнадесета**

### **КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО (АМБУЛАТОРНО) НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПРИЛОЖЕНИЕ № 6 КЪМ ЧЛ. 1 НА НАРЕДБА № 9 ОТ 2019 Г.**

#### **Раздел I**

**Условия и ред за сключване на договори за изпълнение на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г.**

**Чл. 224.** (1) Страна по договор с НЗОК за изпълнение на КДН на лица с кожно-венерически заболявания по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 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 на Наредба № 9 от 2019 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.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 225.** (1) Лечебните заведения по чл. 224 следва да отговарят на следните специални условия:

1. съответствие на устройството на лечебното заведение с разрешението за осъществяване на лечебна дейност и съответното ниво на компетентност;

2. в лечебното заведение са разкрити необходимите структурни звена със съответните нива на компетентност, посочени в приложение № 15 "Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиници/отделения по кожно-венерически заболявания и центрове за кожно-венерически заболявания" и съответно в приложение № 16 "Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиници/отделения по психични заболявания и центрове за психично здраве", за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства;

3. наличие в лечебното заведение на функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване, посочени в приложение № 15, съответно в приложение № 16, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства;

4. лечебното заведение е осигурило дейността на липсващите му структурни звена с необходимата медицинска апаратура и оборудване чрез договор с друго лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, в случаите, в които това се допуска в съответното КДН;

5. в лечебното заведение работят съответни лекари с придобити специалности, посочени в приложение № 15, съответно в приложение № 16, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства;

6. наличие на удостоверения и/или сертификати на специалиста за извършване на определени дейности за работа със съответна медицинска апаратура съгласно утвърдените медицински стандарти, които са в съответствие с наредбата по чл. 181, ал. 1 33 за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, съгласно изискванията на съответното КДН;

7. в лечебното заведение работят специалист/и на основен трудов договор, за които е предвиден такъв в приложение № 15, съответно в приложение № 16, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства.

(2) Центровете за психично здраве и ЦКВЗ, в чиито разрешения за дейност не е посочено ниво на компетентност, не се изисква ниво на компетентност, а съответствие с условията за сключване на договор и изискванията, посочени в съответното КДН, за което се кандидатства.

## **Раздел II**

### **Необходими документи за сключване на договори за извършване на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г.**

**Чл. 226.** Лечебните заведения, желаещи да сключат договор за изпълнение на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 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;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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

4. декларация от управляващия лечебното заведение по образец съгласно приложение № 15, съответно приложение № 16 - за функционираща и изправна налична медицинска апаратура и оборудване;

5. копие от договора по чл. 225, ал. 1, т. 4 - за лечебните заведения, които кандидатстват за изпълнение на съответното КДН;

6. копия на документи по чл. 225, ал. 1, т. 5 за придобити специалности по наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването - за лекарите, които ще осъществяват съответното КДН, за което кандидатства лечебното заведение;

7. копие на удостоверения и/или сертификати на специалиста за извършване на определени дейности за работа със съответна медицинска апаратура съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести"/"Психиатрия", които са в съответствие с наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването - за лекарите, които ще изпълняват съответното КДН;

8. копие на сертификат от участие в национална или чуждестранна нетърговска система за външна оценка на качеството по медицински стандарт "Клинична лаборатория" и/или копие на сертификат за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на БНСВОК по **клинична лаборатория**, микробиология, вирусология, медицинска паразитология, микология и клинична имунология - за съответния вид/видове лаборатории, които ще извършват дейността;

9. копие от трудов договор по чл. 225, ал. 1, т. 7;

10. удостоверение за актуално членство в БЛС с номер от Националния регистър (УИН) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от ЗСОЛЛДМ, издадено от съответната РК на БЛС или генерирано и отпечатано от електронната система на Националния регистър, съдържащо уникален буквено-цифров код, баркод и сканиран подпис - за лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение;

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

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

13. график за работа за изпълнение на КДН;

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

**Чл. 227.** Лечебните заведения, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за **2020-2022 г.**, представят:

1. документи по чл. 226, т. 1, 2, 3, 6, 7, 9, 12 и 14 - в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 226, т. 4, 10 и 11 - на хартиен носител;

3. документ по чл. 226, т. 5 - договор по чл. 226, ал. 1, т. 4, и документи по чл. 226, т. 8 и 13.



## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 228.** При промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документите по чл. 226 и 227, изпълнителят на КДН е длъжен да уведоми РЗОК и да представи в срок до 5 календарни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ.

**Чл. 229.** Заявления за сключване на договори с НЗОК с приложени към тях документи и декларации по чл. 226 и 227, както и документи по чл. 228, могат да се подават и чрез използване на услугата за електронна препоръчана поща, а именно Система за електронно връчване, съгласно разписаните правила за използване на услугата, предоставена от ДАЕУ и публикувана на <https://edelivery.gov.bg>.

**Чл. 230.** В случаите, когато лечебно заведение едновременно кандидатства за оказване на КП, АПр, КПр и/или КДН, изискуемите документи за сключване на договор, които се дублират, се представят в един екземпляр.

**Чл. 231.** Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва, респ. отказва сключване на договор, при условията и по реда на глава седма.

**Чл. 232.** Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответното лечебно заведение всички документи, 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 на Наредба № 9 от 2019 г.**

**Чл. 233.** (1) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с кожно-венерически заболявания се извършва в полза на лица, на които е издадено "Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 10) от ОПЛ, от лекар - специалист от лечебно заведение за СИМП, или от лекар - специалист по "Кожно-венерически заболявания" от лечебно заведение за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания/ЦКВЗ, работещ в изпълнение на договор с НЗОК.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за срока на комплексното диспансерно наблюдение.

**Чл. 234.** (1) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с психични заболявания се извършва в полза на лица, на които е издадено "Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 10) от лекар - специалист по "Психиатрия"/"Детска психиатрия" от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за срока на комплексното диспансерно наблюдение.

**Чл. 235.** Изпълнителят обявява на видно място, достъпно за пациента, месечен график за изпълнение на съответното КДН.

**Чл. 236.** (1) Видът, периодичността и честотата на дейностите по КДН са посочени в приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 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).

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(3) Диспансеризацията е доброволна с изключение на случаите, в които същата е част от постановено от съда задължително лечение по реда на чл. 155 и сл. от ЗЗ или принудително лечение по реда на чл. 427 и сл. от НПК.

**Чл. 237.** За оказаната медицинска помощ потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО не се заплаща от категориите лица по чл. 37, ал. 4 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 11 "Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО".

**Чл. 238.** (1) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания се счита за завършено, когато е извършен пълният обем от задължителни дейности съгласно приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 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 на Наредба № 9 от 2019 г. и приложения № 16 и № 17 на Наредба № 8 от 2016 г.

## Раздел IV

### Методики за закупуване на дейностите по комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически и психични заболявания

**Чл. 239.** (1) Тази методика урежда закупуването, респ. заплащането на КДН на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания за:

1. здравноосигурени лица с непрекъснати здравноосигурителни права;
2. здравнонеосигурени лица съгласно § 2, ал. 1 ЗБНЗОК за 2023 г.

(2) Заплащането по ал. 1, т. 2 се извършва чрез трансфери от МЗ по реда на § 2, ал. 1 ЗБНЗОК за 2023 г.

**Чл. 240.** (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща на изпълнителите на КДН за договорената и извършената дейност за КДН, оказана на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания.

(2) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща, когато са спазени всички нормативни изисквания и са изпълнени всички изисквани медицински дейности съгласно НРД, Наредба № 9 от 2019 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.

(4) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на КДН за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, съгласно методика, приета от НС на НЗОК и УС на БЛС, неразделна част от настоящото НРД.

**Чл. 241.** Прегледът се отчита с "Направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бланка МЗ-НЗОК № 10) от първото посещение на пациента, с "Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение" (бланка МЗ-НЗОК № 11) и с електронен отчет за извършената дейност на пациента, отразена в амбулаторния лист в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица - и с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 241а.** (1) Изпълнителят на КДН има право на заплащане по чл. 240, ал. 4, когато лечебното заведение отговаря на критериите на методика за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения-изпълнители на КДН, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, приета от НС на НЗОК и представителите на БЛС, определени по реда на чл. 54, ал. 3 от ЗЗО.

(2) Месечните суми по ал. 1, заплащани от НЗОК за всеки изпълнител на КДН се определят по ред и начин, посочени в методиката по ал. 1,

(3) Месечната сума по ал. 2 се включва в месечното известие по чл.206 срещу позиция CDC-55-2-3v-ZZO „Заплащане по методика по чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО“.

(4) Когато договарът е сключен или е прекратен през текущия месец, сумата се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.

(5) Заплащането на сумите по чл. 240, ал. 4, се извършва до изчерпване на определените за този вид плащане средствата, договорени на ред CDC-55-2-3v-ZZO от таблицата в чл.175.

**Чл. 242.** (1) Изпълнителите на медицинска помощ се отчитат, като представят ежемесечно в РЗОК фактура (хартиена или електронна), финансовоотчетни документи и документите по чл. 241, по утвърден график, до третия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(2) Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се представя на отделна фактура (хартиена или електронна), спецификация (хартиена или електронна), за оказана медицинска помощ на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, придружена с документите по чл. 207, ал. 5.

(3) Отчитането на дейностите за здравнонеосигурени лица се извършва на отделна фактура (хартиена или електронна), придружена със съответната отчетна документация по ал. 1. Плащанията се извършват чрез РЗОК до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ.

**Чл. 243.** (1) Електронните отчети по чл. 241 се връщат за корекция на ИМП, в случай че след обработките им се установят следните фактически грешки:

1. сгрешен код по МКБ на заболяване при правилно попълване на диагноза;
2. неточно посочен номер и дата на амбулаторния лист (бланка МЗ-НЗОК № 11);
3. грешни данни на пациента (ЕГН, ЛНЧ, осигурителен номер).

(2) При нарушена структура на файла, водеща до невъзможност за обработка на електронния отчет по вина на ИМП, РЗОК връща електронния отчет на ИМП. Изпълнителят на медицинска помощ коригира електронния отчет.

(3) Плащанията на ИМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния.

**Чл. 244.** При неспазване на посочения в чл. 242, ал. 1 срок за представяне на отчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период за отчитане.

**Чл. 245.** (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилно попълване на документите съгласно настоящите условия и пълното и точно изпълнение на дейността.

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

(3) Не се заплаща по предвидения ред за извършена от ИМП дейност за период, който изпълнителят вече е отчетел.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 246.** При констатиране на фактическите грешки по чл. 243, ал. 1 РЗОК връща електронния отчет на ИМП за отстраняването им. Изпълнителят на медицинска помощ предоставя коригирания електронен отчет в срок до един работен ден.

**Чл. 247.** (1) При необходими 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. основанието за анулирането;
2. номера и датата на документа, който се анулира;
3. номера и датата на издадения нов документ;
4. подпис на лицата - за всяка от страните, върху съставения протокол.

(6) След като получи екземпляр от протокола по ал. 5, РЗОК връща на изпълнителя на ИМП екземпляра от фактура за анулиране и получава новосъставената.

(7) При писмено заявен отказ от страна на изпълнителя на ИМП да изпълни указанията в срока по ал. 3 РЗОК не заплаща отчетената дейност.

(8) Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определените срокове в текущия или в следващия отчетен период.

**Чл. 248.** Плащанията се извършват по банков път, в левове, по обявена от ИМП в индивидуалния договор банкова сметка.

**Чл. 249.** (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилното попълване на документите съгласно настоящите условия и пълно и точно изпълнение на дейността.

(2) Плащанията на ИМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния.

**Чл. 250.** За неверни данни, посочени в отчетите и в справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на глава двадесета и глава двадесет и първа.

**Чл. 251.** Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на ИМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

## **Раздел .....**

**Методика за финансиране осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения, които извършват комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически и психични заболявания в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината**

**Чл. ...**

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

## **Раздел V**

### **Документация и документооборот на изпълнителите на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г.**

**Чл. 252.** Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки изпълнител на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г., включва първични медицински документи по приложение № 2 и финансовоотчетни документи по приложение № 4.

**Чл. 253.** (1) Първичните медицински документи по приложение № 2 са:

1. "Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 10);

2. "Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 11).

(2) Документооборотът по ал. 1 е:

I. "Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 10) се съставя в един екземпляр:

1. от лекар - специалист по "Психиатрия"/"Детска психиатрия" от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на КДН на лица с психични заболявания в лечебно заведение за БП с клиника/отделение по психиатрия или ЦПЗ;

2. от ОПЛ, лекар - специалист от лечебно заведение за СИМП, или лекар - специалист по "Кожно-венерически заболявания" от лечебно заведение за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ, работещи в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на КДН на лица с кожно-венерически заболявания в лечебно заведение за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ.

Изпълнителят на КДН отчита документа при първо посещение заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК до третия работен ден от месеца, следващ отчетния. Всяко отчетено "Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 10) се придружава от амбулаторен лист (бл. МЗ-НЗОК № 11) или електронен отчет за извършената дейност на пациента, отразена в амбулаторни листове за КДН в определен от НЗОК формат.

II. "Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 11) се съставя от изпълнителя на КДН.

1. Отчет на хартиен носител или електронен отчет за осъществено КДН на пациенти, отразено в амбулаторни листове за КДН в определен от НЗОК формат, подписан с електронен подпис на представляващия лечебното заведение, се предоставя в РЗОК до третия работен ден от месеца, следващ отчетния. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, подписан от представляващия лечебното заведение, началника на отделение, лекаря специалист и пациента, се води по ред, определен от лечебното заведение, като към него се прилагат всички медицински документи и се съхранява в лечебното заведение. Екземпляр се изпраща чрез пациента до ОПЛ за прилагане към здравното (медицинско) досие.

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

**Чл. 254.** Изпълнителите на КДН могат да използват разпечатани образци на документите по чл. 253.

**Чл. 255.** (1) Финансовоотчетните документи по приложение № 4 са:

1. фактура;

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

2. спецификация;
3. отчети за месечно отчитане на дейността.

(2) Финансовоотчетните документи се подготвят в два екземпляра от всички лечебни заведения, сключили договор с НЗОК. Първият екземпляр, придружен с фактура, се отчита в РЗОК в срок съгласно условията и сроковете на заплащане, установени по реда на глава осемнадесета, раздел VI. Вторият екземпляр остава в ИМП.

**Чл. 256.** (1) При констатиране на неправилно попълнени данни във финансовите отчетни документи на ИМП РЗОК ги връща за корекция в посочения срок.

(2) За представени неверни данни в отчетите по този договор се прилагат разпоредбите на глава двадесета и глава двадесет и първа.

## **Раздел VI**

### **Обеми и цени на закупуването от НЗОК дейности по комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически и психични заболявания**

**Чл. 257.** 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.

## **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. 259.** Националната здравноосигурителна каса сключва договори за оказване на БМП, както следва:

1. по КП от приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., както и приложение № 17 "Клинични пътеки";

2. по АПр от приложение № 7 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., както и приложение № 18 "Амбулаторни процедури";

3. по КПр от приложение № 8 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 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 и чл. 2 от Наредба № 9 от 2019 г., както и приложение № 17;

5. по АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по клинична пътека ..." от приложение № 11 към чл. 1 и чл. 3 от Наредба № 9 от 2019 г., както и приложение № 18;

6. по приложение № 12 към чл. 1 и чл. 4 от Наредба № 9 от 2019 г. "Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)".

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 260.** (1) Договорите по чл. 259 се сключват за всички заболявания, диагнозите на които са кодирани по МКБ 10 и/или процедури, както и за всички дейности, установени в диагностично-лечебния алгоритъм на всяка КП, АПр и КПр съгласно приложения № 17, 18 и 19.

(2) В случай че изрично е упоменато в съответния диагностично-лечебен алгоритъм (ДЛА), се допуска сключване на договор за отделни диагнози и/или процедури, включени в КП, АПр и КПр.

**Чл. 261.** 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. 262.** (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 ИАМН/РЗИ;

2. в лечебното заведение са разкрити необходимите структурни звена, посочени в приложения № 17, 18 и 19 на съответните КП, АПр и КПр, за които то кандидатства, когато тези структурни звена са клиници и/или отделения със специалностите, по които са разкрити, фигурират в разрешението за осъществяване на лечебна дейност със съответното ниво на компетентност, съгласно ЗЛЗ;

3. наличие в лечебното заведение на функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване, посочени в приложения № 17, 18 и 19 на съответните КП, АПр и КПр, за които то кандидатства;

4. в лечебното заведение функционира документална система за проследяване на лекарствените продукти, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и АПр, от постъпването им в лечебното заведение до отпускането и прилагането им на пациентите;

5. в лечебното заведение работят съответни специалисти с придобити специалности, посочени в приложения № 17, 18 и 19 на съответните КП, АПр и КПр, за които то кандидатства;

6. в лечебното заведение работи/ят специалист/и на основен трудов договор, посочени в приложение № 1 „Списък на специалистите, работещи по КП/АПр/КПр” към договора на лечебното заведение;

7. в лечебното заведение могат да работят и специализанти по същите специалности и лекари без специалност, посочени в приложение № 1а „Списък на специализантите и лекари без специалност, работещи по КП/АПр/КПр” към договора на лечебното заведение;

7. 8. лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ, осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицински специалности съгласно разрешението за осъществяване на лечебна дейност;

8. 9. лечебното заведение е осигурило дейността на липсващите му структурни звена с необходимата медицинска апаратура и оборудване чрез договор с друго лечебно заведение за болнична или извънболнична помощ в случаите, когато съответният алгоритъм допуска това, както следва:

а) с лечебни заведения, които се намират на територията на същата област, или с по-близко лечебно заведение в съседна област;

б) с лечебни заведения на територията на друга област, когато на територията на областта липсват имунологична, цитогенетична, генетична лаборатория за метаболитен, ензимен и ДНК

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

анализ, вирусологична, паразитологична, химико-токсикологична, нуклеарномедицинска лаборатория (вкл. радиоизотопна лаборатория) клинична патология и микробиология, магнитно-резонансна томография/компютърна томография;

9. 10. наличие на документи за придобита квалификация за продължаващо медицинско обучение след придобиване на специалност, необходими за извършване на определени процедури за работа със съответна медицинска апаратура, се прилагат към заявлението за сключване на договор в съответствие с чл. 182 ЗЗ и съответните утвърдени медицински стандарти;

10. 11. 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. 12. 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;

13. 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 № 9 от 2019 г., самостоятелно или по договор/и с друго лечебно заведение/я, за реализиране на пълния обем дейности по чл. 326, 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) В случай че лекар със специалност, посочен в приложение № 1, ползва последователно повече от 30 работни дни неплатен или платен отпуск, същият се изключва (заличава) от приложение № 1.

(4) В случаите по ал. 3, при уведомяване от страна на лечебното заведение за прекратяване на отпуска, РЗОК включва лекаря в приложение № 1 в срок от 3 работни дни от датата на уведомяването.

(4) (5) Работният график на специалистите по ал. 1, т. 6, както на специализантите и лекарите без специалност, които работят и в други лечебни заведения, следва да осигурява изпълнението на изискванията за работа по КП, АПр и КПр.



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

~~(5)~~ (6) 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. 263.** По изключение лечебните заведения за болнична помощ, които не отговарят на изискването на чл. 262, ал. 1, т. 6, предложение първо, могат да сключат договор по чл. 259 по решение на НС на НЗОК след отправяне на мотивирано предложение от директора на съответната РЗОК в случаите, когато достъпът до медицинска помощ на територията на съответната РЗОК е затруднен поради недостиг на съответни медицински специалисти, съобразно потребностите на населението към момента на подаване на заявлението за сключване на договор по чл. 259.

**Чл. 264.** За 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. 265.** (1) В случай че лекар със специалност, работещ в лечебно заведение, изпълнител на БМП, оказва медицинска помощ по КП, АПр и КПр, за които същото лечебно заведение има договор с НЗОК, то по отношение на дадения специалист е налице един договор с НЗОК.

(2) В случаите, при които в алгоритъма на КП, АПр и КПр е записано, че е необходима консултация със специалист извън посочените изискуеми специалисти за изпълнение на КП, АПр и КПр, договорът на консултиращия специалист не следва да се счита като договор с НЗОК.

**Чл. 266.** (1) Общопрактикуващи лекари със специалност, различна от "Обща медицина", могат да сключват договор за оказване на медицинска помощ в центрове за спешна медицинска помощ.

(2) Общопрактикуващи лекари със специалност, различна от "Обща медицина", могат да сключват договор с лечебни заведения за болнична помощ за оказване на медицинска помощ по тази специалност.

(3) Общопрактикуващи лекари, които притежават специалност само "Обща медицина", могат да сключват договор с лечебни заведения за болнична помощ за оказване на медицинска помощ само в отделение по "Вътрешни болести".

(4) Общопрактикуващите лекари по ал. 2 и 3 се посочват в приложение № 1в към договора на лечебното заведение с РЗОК.

**Чл. 267.** (1) При необходимост се сформира съвместна комисия, в която влизат равен брой представители на БЛС и НЗОК, за срока на този НРД.

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

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

## Раздел II

### Необходими документи за сключване на договори за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 268.** (1) 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 и диализен център;

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

4. копие на удостоверение с регистриран в ИАМН/РЗИ адрес, на който лечебното заведение осъществява дейността си, на територията, обслужвана от РЗОК - за лечебните заведения за СИМП с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа;

5. документи, удостоверяващи обстоятелствата по чл. 262, 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. 262, ал. 1, т. 6, т. 7 и ал. 2;

7. копие на договора по чл. 262, ал. 1, т. 9;

8. копия на документи за придобити специалности по наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, които ще изпълняват КП, АПр и КПр съобразно квалификационните изисквания, посочени във всяка КП, АПр и КПр;

9. документи, удостоверяващи обстоятелствата по чл. 262, ал. 1, т. 10 и 11;

10. удостоверение за актуално членство в БЛС с номер от Националния регистър (УИН) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от ЗСОЛЛДМ, издадено от съответната РК на БЛС или генерирано и отпечатано от електронната система на Националния регистър, съдържащо уникален буквено-цифров код, баркод и сканиран подпис - за лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение;

11. декларация от управляващия лечебното заведение по образец съгласно приложение № 20 "Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ" за функционираща и изправна налична медицинска апаратура, оборудване и декларация за функционираща документална система за проследяване на лекарствените продукти, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и АПр - за всички видове лечебни заведения;

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

13. декларация по приложение № 20 "Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ" за наличие и поддържане на софтуер за въвеждане и отчитане на договорената и извършена болнична медицинска дейност по НРД;

14. декларация по чл. 21, 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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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 „Списък на специалистите, работещи по КП/АПр/КПр”, в което ~~носещат~~ са посочени всички лекари на основен трудов договор, оказващи медицинска помощ по КП, АПр и КПр;

18. приложение № 1а „Списък на специализантите и лекари без специалност, работещи по КП/АПр/КПр”, в което са посочени 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;

19. приложение № 1б „Списък на лекари, оказващи консултативна медицинска помощ в съответствие с чл. 364“.

20. приложение № 1в „Общопрактикуващи лекари“.

~~18а.~~ 21. списък на наетите медицински сестри, акушерки, асоциирани медицински специалисти или помощник-фармацевти с посочен УИН;

~~19.~~ 22. копие от правилника за устройството, дейността и вътрешния ред за лечебните заведения за БП, КОЦ и ЦКВЗ и диализен център и копие от актуални към датата на подаване на документите правила (предоставени и в ИАМН) за разпределение на разходите за персонал с конкретни параметри на структурата на разходите по конкретни категории персонал - общо за лечебното заведение;

*НЗОК - редакция на текста в съответствие с чл. 55, ал. 2, т. 3б 330*

~~20.~~ 23. копия от договор/договори по чл. 262, ал. 1, т. 14;

~~21.~~ 24. декларация от управляващия лечебното заведение за наличие на видеоконтрол на входа и изхода на ангиографските зали и в болничните структури, в които се осъществяват съдови инвазивни и интервенционални процедури.

(2) Допълнителна професионална квалификация след придобиване на специалност, необходима за изпълнение на КП, АПр и КПр, може да се удостовери и с документ, издаден от държава - членка на ЕС (извън Република България), и признат от европейска асоциация по съответната специалност.

**Чл. 269. (4)** Лечебните заведения, сключили договор/допълнително споразумение с НЗОК за оказване на БМП в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г., представят:

1. документи по чл. 268, ал. 1, т. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 15 и 19 (правилника за устройството, дейността и вътрешния ред за лечебните заведения за БП, КОЦ и ЦКВЗ и диализен център) и ал. 2 - само в случай на настъпили промени в обстоятелствата, отразени в тях, или декларация за липса на промени;

2. документи по чл. 268, ал. 1, т. 7, 12, 16, 17, 18, 19 (правилата за разпределение на разходите за персонал) и 20;

*НЗОК редакция в съответствие с чл. 268, ал. 1, т. 22*

3. декларации по чл. 268, ал. 1, т. 10, 11, 13, 14 и 21.

(2) При прилагане на ал. 1 управителят на НЗОК и председателят на УС на БЛС издават указание.

**Чл. 270.** Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва, респ. отказва сключване на договор по реда на глава седма.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. ... (1)** Общият брой на леглата, с които лечебните заведения сключват договор, не може да надвишава общият брой легла, посочен в договора през 2020 г. или 2021 или 2022 г., сключен в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г.

*НЗОК: По същество темата за броя на леглата, с които лечебните заведения ще сключват договор през 2023 г., остава за обсъждане от УС на БЛС и НС на НЗОК.*

*За УС на БЛС и НС на НЗОК.*

**(2)** В случаите, в които лечебните заведения по ал. 1 са преминали през процедурата по чл. 37б от ЗЛЗ до влизане в сила на този НРД и не са били изпълнители на новите дейности, общият брой на леглата за тези дейности, с които сключват договор, не може да надвишава броя на леглата, посочени по реда на чл. 37б от ЗЛЗ.

**(3)** За лечебните заведения, които до влизане в сила на този НРД не са били изпълнители на медицинска помощ, общият брой на леглата, с които сключват договор, не може да надвишава общия брой легла, посочени по реда на чл. 37а от ЗЛЗ.

**(4)** В областите, в които броят на леглата за болнично лечение надвишава конкретните потребности по брой легла по видове, определени с Националната здравна карта, директорът на РЗОК сключва договори след осъществен избор по реда на Наредбата за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори.

**Чл. ....** В случаите на проведена процедура по чл. 37а или чл. 37б от ЗЛЗ след срока по чл. 23, общият брой на легла по видове, за които лечебното заведение сключва договор/допълнително споразумение, следва да съответства на определените с Националната здравна карта.

~~Чл. .... В случаите на проведена процедура по чл. 37а или чл. 37б от ЗЛЗ след срока по чл. 23, общият брой на легла по видове, за които лечебното заведение сключва договор/допълнително споразумение, следва да съответства на определените с Националната здравна карта.~~

*НЗОК не е съгласна с предложението на БЛС за отпадане на текста. При сключване на договори или допълнителни споразумения (извън сроковете), в случаите в които лечебните заведения са преминали през процедурата по чл. 37а, съответно 37б от ЗЛЗ, броя на леглата следва да е в съответствие с определените по Националната здравна карта.*

*За УС на БЛС и НС на НЗОК*

**Чл. 271.** При наличие на сключен договор изпълнителят на БМП е длъжен:

1. при промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл. 268 ~~и 269~~, 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. 268, ал. 1, т. 6, да уведоми РЗОК и да представи в срок до 5 работни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ;

3. ежемесечно през отчетния период да представя в РЗОК отработен за предходния месец график на специалистите, работещи по КП, АПр и КПр;

4. при всяко изтичане на срока на валидност на документа по чл. 268, ал. 1, т. 12 да предоставя в РЗОК актуален сертификат в срок до 14 работни дни от издаването му.

**Чл. 272.** Заявления за сключване на договори с НЗОК с приложени към тях документи и декларации по чл. 268 ~~–269~~, както и документи по чл. 271 могат да се подават и чрез използване на услугата за електронна препоръчана поща, а именно Системата за електронно връчване,

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

съгласно разписаните правила за използване на услугата, предоставена от ДАЕУ и публикувана на <https://edelivery.egov.bg>.

**Чл. 273.** Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответното лечебно заведение всички документи, приложени към заявлението за сключване на договор.

**Чл. 274.** (1) 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.

(2) Общият брой на леглата, с които лечебното заведение сключва договор, не може да надвишава общият брой легла, посочени в договора през 2019 г., сключен в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2018 г.

(3) (Нова – ДВ, бр. 4 от 2021 г., в сила от 01.01.2021 г.) За лечебните заведения, които през 2020 г. не са били изпълнители на медицинска помощ по НРД за медицинските дейности за 2020 – 2022 г., общият брой на леглата, с които се сключва договор/допълнително споразумение през 2021 г., не може да надвишава общия брой легла, посочени по реда на чл. 37а и чл. 37б от ЗЛЗ, а в случаите, когато в областите, в които броят на леглата за болнично лечение надвишава конкретните потребности от брой легла по видове, определени с Националната здравна карта, по реда на Наредбата за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори.

(4) (Нова – ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 17.05.2022 г.) За лечебните заведения, които до влизане в сила на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2020 – 2022 г. не са били изпълнители на медицинска помощ, общият брой на леглата, с които се сключва договор/допълнително споразумение, не може да надвишава общия брой легла, посочени по реда на чл. 37а и 37б от ЗЛЗ, а в случаите, когато в областите, в които броят на леглата за болнично лечение надвишава конкретните потребности от брой легла по видове, определени с Националната здравна карта, общият брой на леглата се определя по реда на Наредбата за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори.

**Чл. 274а.** (Нов – ДВ, бр. 4 от 2021 г., в сила от 01.01.2021 г.) (1) През 2021 г. общият брой на леглата, с които лечебното заведение сключва допълнително споразумение по чл. 23г, ал. 1, не може да надвишава общия брой легла, посочен в договора през 2020 г.

(2) Приемът на пациенти следва да бъде съобразен с капацитета на лечебното заведение, разписан като брой болнични легла по видове, съгласно правилника за устройството и дейността на лечебното заведение за 2021 г.

**Чл. 274б.** (Нов – ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 17.05.2022 г.) (1) През 2022 г. общият брой на леглата, с които лечебното заведение сключва допълнително споразумение по чл. 23з, ал. 1, не може да надвишава общия брой легла, посочен в договора през 2020 г. или 2021 г., с изключение на случаите, в които лечебните заведения са преминали през процедурата по чл. 37б от ЗЛЗ. В случаите на проведена процедура по чл. 37б от ЗЛЗ, когато в областите, в които броят на леглата за болнично лечение надвишава конкретните потребности от брой легла по видове, определени с Националната здравна карта, общият брой на леглата се определя по реда на Наредбата за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори.

(2) Приемът на пациенти следва да бъде съобразен с капацитета на лечебното заведение, разписан като брой болнични легла по видове, посочени в индивидуалния му договор, и съгласно правилника за устройството и дейността на лечебното заведение за 2022 г.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(3) (Нова – ДВ, бр. 72 от 2022 г., в сила от 09.09.2022 г.) Разпоредбите на ал. 1 и 2 не се прилагат при сключване на допълнително споразумение към индивидуалния договор за интензивните легла, разкрити през 2020 и 2021 г. по реда на чл. 94а, ал. 2 от ЗЛЗ.

(4) (Нова – ДВ, бр. 72 от 2022 г., в сила от 09.09.2022 г.) Лечебните заведения – изпълнители на болнична медицинска помощ, могат да заявят сключване на допълнително споразумение с НЗОК за промяна в реда и условията за закупуване на дейност по КПр за интензивните легла, разкрити през 2020 и 2021 г. по реда на чл. 94а, ал. 2 от ЗЛЗ, в 14 дневен срок от влизане в сила на настоящия Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2020–2022 г.

(5) (Нова – ДВ, бр. 72 от 2022 г., в сила от 09.09.2022 г.) В случаите на ал. 3 и 4 броят на интензивните легла се заявява от съответния изпълнител на болнична медицинска помощ и не може да надвишава максималния брой на интензивните легла, разкрити въз основа на заповед на директора на регионалната здравна инспекция, издадена на основание чл. 94а, ал. 2 от ЗЛЗ до 31 март 2022 г.

(6) (Нова – ДВ, бр. 72 от 2022 г., в сила от 09.09.2022 г.) Броят на заявените по реда на ал. 4 интензивни легла се посочва компенсирано в договора на лечебното заведение с НЗОК, без да се променя общият брой болнични легла за съответния изпълнител и без да се нарушават утвърдените от НЗОК стойности в договора със съответното лечебно заведение. Приемът на пациенти следва да е съобразен с капацитета на лечебното заведение в рамките на общия брой легла, посочен в индивидуалния договор с НЗОК.

(7) (Нова – ДВ, бр. 72 от 2022 г., в сила от 09.09.2022 г.) Директорът на РЗОК в срок от 30 дни от подаване на заявлението сключва допълнително споразумение с изпълнителите, които отговарят на условията на ал. 4 и 5.

## **Раздел III**

### **Условия и ред за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури Управление на болничния прием**

**Чл. 275.** (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;
3. приемът на пациенти да е съобразен с капацитета на лечебното заведение, разписан като брой и вид болнични легла (съгласно правилника за устройството и дейността на лечебното заведение), посочени в договора на лечебното заведение, с които ще се осигури изпълнението му.

(2) В случаите, когато лицето е с прекъснати здравноосигурителни права, същото се хоспитализира/приема, като му се оказва БМП, ако възстанови правата си при условията и по реда на ЗЗО.

(3) При неизпълнение на условието по ал. 2 се прилага чл. 109, ал. 1 ЗЗО.

(4) При хоспитализация/лечение на осигурените лица в друга държава членка, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност, както и лицата по международни спогодби за социално осигуряване, по които Република България е страна, представят копие от съответния удостоверителен документ

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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.

(5) В случаите по ал. 1, т. 3 изпълнителят на БМП е длъжен да осигурява не по-малко от 10 на сто от общия брой болнични легла за активно лечение във всяка болнична структура, с изключение на болничните структури по медицинска онкология, лъчелечение и нуклеарна медицина, за прием на пациенти в спешно състояние.

**Чл. 276.** (1) На основание чл. 50 от ЗЗО при всяко ползване на БМП осигурените лица са длъжни да представят документ, удостоверяващ самоличността им съгласно Закона за българските лични документи.

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

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

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

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

(6) Лечебното заведение - изпълнител на БМП, събира данните от документа за самоличност по ал. 1 и 4, както и информация за датата и часа на постъпване и на напускане на лечебното заведение - изпълнител на БМП, в клиентската част на информационна система на НЗОК "Регистрационна система на събития по хоспитализация и дехоспитализация". Данните от документите с машинночитаема зона се събират чрез електронен четец, а тези от документите без машинночитаема зона се въвеждат ръчно.

(7) При оказване на БМП на малолетно лице лечебното заведение - изпълнител на БМП, събира в клиентската част на информационната система по ал. 6 трите имена и единния граждански номер на лицето, както и данните от документа по ал. 1 на лицето, което може да изразява информирано съгласие за осъществяване на медицински дейности, съгласно изискванията на ЗЗ.

(8) Информационната система по ал. 6 на база събраните от лечебното заведение - изпълнител на БМП, данни за всяко лице генерира електронен документ, който се подписва от упълномощено от изпълнителя на БМП лице чрез валидно удостоверение за квалифициран електронен подпис по смисъла на чл. 13, ал. 3 от ЗЕДЕУУ. Удостоверението следва да бъде издадено от акредитиран доставчик на удостоверителни услуги и да съдържа ЕИК по чл. 23 от Закона за търговския регистър и регистъра на юридическите лица с нестопанска цел/код по БУЛСТАТ, наименование на лечебното заведение, ЕГН/ЛНЧ и трите имена на упълномощеното лице.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(9) Лечебното заведение - изпълнител на БМП, незабавно изпраща чрез клиентската част на информационната система по ал. 6 електронния документ по ал. 8 в съвърнатата част на системата, разположена в ЦУ на НЗОК.

(10) Националната здравноосигурителна каса изготвя и публикува на интернет страницата си инструкции за ползване на клиентската част на информационната система по ал. 6.

(11) При прием на новородени деца, на които не е издаден ЕГН се извършва служебно вписване от приемащото лечебното заведение.

**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. 4 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 11 "Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО".

(5) Районната здравноосигурителна каса и нейните поделения по общини предоставят информацията по ал. 1 на:

1. изпълнителите на извънболнична помощ - при поискване;
2. здравноосигурените лица - при поискване.

**Чл. 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. да спазва условията за управление на плановия прием;
4. да съобразява приема на пациенти по договора с НЗОК с капацитета на лечебното заведение, разписан като брой и вид болнични легла (съгласно правилника за устройството и дейността на лечебното заведение и за срока на договора), посочени в договора на лечебното заведение, с които ще се осигури изпълнението му.

(2) Всички изследвания и консултации, необходими за извършване на задължителните контролни прегледи след дехоспитализация, се извършват от лечебното заведение за БМП - изпълнител на КП, по преценка на лекуващия лекар.

(3) Изпълнителят на БМП не може необосновано да отказва прием на пациенти (насочени от център за спешна медицинска помощ или на самонасочили се) при наличие на медицински показания за диагностика и лечение в болнични условия, като насочва същите тези пациенти към друго лечебно заведение, без предварителното му съгласие.

(4) (Нова – ДВ, бр. 101 от 2020 г., в сила от 01.11.2020 г.) По време на въведените е акт на министъра на здравеопазването противоепидемични мерки на територията на цялата страна е оглед осигуряване на достъп до болнична медицинска помощ на ЗОЛ след проверка и разрешение



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети. от съответната районна здравна инспекция (РЗИ) изпълнителят на болнична помощ може да реструктурира и увеличи броя на разкритите легла, в т.ч. и тези за интензивно лечение, за пациенти с COVID-19.

(4) По време на въведените с акт на министъра на здравеопазването противоепидемични мерки на територията на цялата страна или от директора на РЗИ - за съответната област, с оглед осигуряване на достъп до болнична медицинска помощ на ЗОЛ след проверка и разрешение от съответната районна здравна инспекция (РЗИ) изпълнителят на болнична помощ може да реструктурира и увеличи броя на разкритите легла, в т.ч. и тези за интензивно лечение, за пациенти с COVID-19.

*НЗОК не се приема*

*За УС на БЛС и НС на НЗОК*

(5) (Нова ДВ, бр. 101 от 2020 г., в сила от 01.11.2020 г.) Реструктурираните и новоразкритите болнични легла се отразяват в информационната система на НЗОК със самостоятелен код в номенклатурата на клиниките/отделенията и се използват за отчитане само на пациенти с COVID-19.

(5) Реструктурираните и новоразкритите болнични легла се отразяват в информационната система на НЗОК със самостоятелен код в номенклатурата на клиниките/отделенията и се използват за отчитане само на пациенти с COVID-19 със съответната заразна болест.

БЛС иска ал. 4 и 5 да останат.

*НЗОК не е съгласна ал. 4 и ал. 5 да продължат своето действие.*

*НЗОК - лечебните заведения могат временно да увеличават броя на разкритите легла при възникване на бедствие и при обявяване на извънредна епидемична обстановка в съответствие с Наредба № 49 от 18.10.2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи,*

*За УС на БЛС и НС на НЗОК*

**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.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(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.** ~~Лекар без специалност, посочен в приложение № 1а, може да извършва медицински процедури под ръководството на лекар със съответна специалност и посочен в приложение № 1. В този случай медицинската документация се поддържа от лекаря без специалност и лекаря със специалност и/или от завеждащия клиника/отделение.~~

Лекар без специалност, съответно лекар - специализант, посочен в приложение № 1а, може да извършва лечебни дейности и манипулации 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. В тези случаи лекаря без специалност или лекаря - специализант се посочват в медицинската документация, която се подписва от тях, както и от лекаря със специалност и/или от завеждащия клиника/отделение.

**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 календарната година.

(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 броят като пролежан.

**Чл. 285.** ~~(4)~~ Лечебните заведения, изпълнители на болнична медицинска помощ, задължително осъществяват видеоконтрол в ангиографските зали и болничните структури, в които се осъществяват съдови инвазивни и интервенционални процедури, като в обхвата на видеокамерите влиза наблюдение само на входовете и изходите на същите. Записите от видеокамерите се съхраняват за срок не по-малко от един месец от датата на извършване на интервенция.

~~(2) (Отм. — ДВ, бр. 4 от 2021 г., в сила от 1.01.2021 г.).~~

~~(3) При осъществяване на оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност от диагностично-лечебния алгоритъм на КП № 132 и 135 (с изключение на хирургични процедури с код 42809-00, 90080-00, 42773-01 и 42776-00), изпълнителите на БМП задължително правят видеозапис чрез оперативния микроскоп. Записът се съхранява от лечебното заведение. За определени оперативни интервенции се генерира QR код, който се прилага към медицинската документация и е достъпен за контролните органи на НЗОК/РЗОК за срок от три години.~~

~~(4) При констатирани несъответствия между генерираните по ал. 3 записи и отчетените случаи в електронната система на НЗОК същите се отхвърлят от заплащане от НЗОК/РЗОК след проверка.~~

**Чл. 286.** (1) При осъществяване на съдови инвазивни и интервенционални процедури задължително се прави видеозапис на същите. Образните изследвания се регистрират и съхраняват в PACS система (picture archiving and communication system) за срока на съхранение на "История на заболяването" съгласно Наредба № 9 от 2018 г. за утвърждаване на медицински стандарт по "Образна диагностика".

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(2) При поискване от контролните органи на НЗОК лечебното заведение предоставя видеоинформация за съдови инвазивни и интервенционални процедури, конвенционални рентгенови изследвания, рентгенологични изследвания на гърда, ултразвукови изследвания чрез специализирани ехографски методи, компютърно-томографски изследвания, магнитно-резонансни томографски образни изследвания и хибридни образни изследвания на електронен носител. При получаване на електронния носител се изготвя приемно-предавателен протокол.

**Чл. 287.** (1) Всички медицински изделия, използвани за осъществяването на основни диагностични и оперативни процедури, посочени в диагностично-лечебния алгоритъм на КП/КПр/АПр, които НЗОК не заплаща извън стойността на КП/КПр/АПр, се доставят от лечебното заведение, заприходяват се и се отпускат от болничната аптека.

(2) В случаите, когато няма открита аптека в структурата си, лечебното заведение се снабдява от аптека на друго лечебно заведение по чл. 222, ал. 4 от ЗЛПХМ, с което е сключило договор, при условия и по ред, определени с Наредба № 28 от 9.12.2008 г. за устройството, реда и организацията на работата на аптеките и номенклатурата на лекарствените продукти (Наредба № 28 от 2008 г.)

(3) Осигуряването на медицинските изделия от лечебните заведения, изпълнители на КП/КПр/АПр, както и заприходяването и отпускането на същите от болничната аптека, се доказва със съответните документи.

(4) Лечебното заведение отчита код на производител/и или търговец/ци на едро с МИ или техни упълномощени представители и код на медицинско/и изделие/я в отчетните файлове.

(5) При грешно отчетен от лечебното заведение код на производител/и или търговец/ци на едро с МИ или техни упълномощени представители и/или код на медицинско/и изделие/я в отчетните файлове, НЗОК/РЗОК извършва проверка в лечебното заведение.

## **Условия и ред за диагностика и лечение по клинични пътеки**

**Чл. 288.** (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. 326.

**Чл. 289.** (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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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), **се предоставя на лечебното заведение за болнична помощ чрез пациента и става неразделна част от неговата 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.

(7) При електронно издаване на "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) по реда на чл. 206, ал. 3, чл. 366, ал. 2 и електронно издаване на амбулаторния лист от извършения преглед на пациента по реда на чл. 206, ал. 2 първичните медицински документи не се отпечатват на хартиен носител. В тези случаи избраният от ЗОЛ изпълнител на болнична медицинска помощ проверява в НЗИС за наличието на издадено електронно направление по идентификатор на пациента (ЕГН, ЛНЧ, ССН и осигурителен номер на чуждестранно лице), на когото е издадено направлението, и дата на издаване на електронното направление. **Електронно издадените документи се разпечатват при поискване от контролните органи и се валидират с подпис и печат от лечебното заведение - изпълнител на БМП.**

**Чл. 290.** (1) При планов прием приемащото лечебно заведение вписва ЗОЛ и издаденото му "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) в амбулаторния журнал в ДКБ на болницата.

(2) При наличието на индикации за хоспитализация, регламентирани в КП, приемащият лекар в **ДКБ на болницата** осъществява или планува приема на ЗОЛ. **Приемащият лекар може да бъде и без специалност.**

**Чл. 291.** (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.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(4) При хоспитализация (планов прием) по КП или АПр ЗОЛ може да представи предварително извършени изследвания от групата на образната диагностика и клинично-лабораторни изследвания, реализирани от друго лечебно заведение преди датата на хоспитализация, но ако няма, приемащото лечебно заведение не може да ги изисква. Приемащото лечебно заведение може да зачете тези изследвания, както и да ги използва при отчитане на КП като част от диагностично-лечебния алгоритъм на същата. Давността на предварително извършените клинично-лабораторни изследвания е 7 дни, като за тези от групата на образната диагностика може да е и по-дълга (но не повече от 30 дни или по-дълга от посочения в алгоритъма на съответната КП) преди датата на хоспитализация в зависимост от вида им и клиничната преценка на лекуващия лекар. Изключение от последното се прави за МДИ по КП/АПр за диагностика и лечение на пациенти със злокачествени заболявания и муковисцидоза, като всички необходими МДИ се правят от приемащото лечебно заведение.

(4а) При хоспитализация по спешност ЗОЛ може да представи предварително извършени изследвания от групата на клинично-лабораторни изследвания, реализирани от друго лечебно заведение, като изследванията трябва да са от същия ден.

(5) При последващи планови хоспитализации по КП № 240, 241.3, 241.4, 241.5 и 241.6 "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) се издава от лечебните заведения, в които се извършва дейността.

(6) При хоспитализации - планов прием, изпълнителите за извънболнична медицинска помощ издават само "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) и приемащите лечебни заведения не могат да изискват от тях да назначават допълнителни консултации и/или изследвания, изискуеми за изпълнение на КП.

**Чл. 292.** 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;

2.1. кодове на болести по МКБ 10;

2.2. основни диагностични процедури;

2.3. 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 и/или договори;

3. 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;

4. 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 и изисквания за допълнителна квалификация;

5. индикации за хоспитализация, диагностично-лечебен алгоритъм, поставяне на окончателна диагноза и критерии за дехоспитализация, включващи:

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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. 264, ал. 1, т. 4 ЗЛПХМ), за тези които са приети;

6. поставяне на окончателна диагноза;

7. дехоспитализация при определяне на следболничен режим; обективните критерии за дехоспитализация се съпоставят с обективните критерии при хоспитализация и съгласно алгоритъма на всяка КП;

8. документиране на дейностите по съответната КП;

**Чл. 293.** (1) При дехоспитализация изпълнителят на БМП предоставя на пациента епикриза с машинен текст, която се издава в три еднообразни екземпляра, като и се подписва от пациента, или на членовете на семейството му, или на придружаващите го лица, 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. третият екземпляр от епикризата се прилага добавя към историята на заболяването на пациента и се съхранява на електронен или хартиен носител 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; хистологичен резултат, потвърждаващ окончателната диагноза;

7. консултативни прегледи;

8. терапевтична схема - задължително вписване на използваните в хода на лечението на ЗОЛ вид лекарства;

9. задължително вписване на използваните в хода на лечението на ЗОЛ лекарства, които НЗОК заплаща извън цената на КП и АПр (вид, доза - еднократна и/или дневна, продължителност курс на лечение), назначени от лекуващия лекар и/или лекар консултант;

10. ход на заболяването;

11. настъпили усложнения;

12. проведени инвазивни диагностични и терапевтични процедури;

13. дата на оперативната интервенция с оперативна диагноза;

14. извадка от оперативния протокол - вид анестезия, находка, извършена интервенция;

15. постоперативен статус и ход на заболяването след операцията;

16. статус при изписването;

17. изход от заболяването;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

18. препоръки за хигиенно-диетичен режим след изписването и назначено медикаментозно лечение след изписването и препоръки за такова;

19. необходимост от контролни прегледи в болницата след изписването;

20. препоръки към ОПЛ на пациента;

21. описание на съпровождащите епикризата изследвания и други документи за служебно ползване;

22. имена и подписи на лекуващия лекар и началника на съответното отделение или негов заместник, като лекуващият лекар може и да не бъде изписващият лекар;

23. печат на лечебното заведение върху екземплярите на епикризите, предоставени на пациента и/или ОПЛ.

(4) Копия от изследванията, резултатът от които се получава след изписването на пациента, при поискване му се предоставят в писмен вид лично или на членове на семейството или на упълномощени от пациента лица.

(5) Лечебното заведение удостоверява за платените от пациента услуги и медицински изделия, както и получена потребителска такса със съответните финансовоотчетни 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. 294.** (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 **прилага към "История на заболяването" (ИЗ)** на пациента, като става неразделна част от него;

2. документ № 2 "Предоперативна анестезиологична консултация" е задължителен за всяка КП с оперативна дейност, извършена с обща или регионална анестезия и е неразделна част от ИЗ на пациента; документ № 2 "Предоперативна анестезиологична консултация" се попълва от този, който изпълнява локалната (инфилтративна) анестезия - оператор или анестезиолог;

~~2.~~ 3. 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.~~ 4. 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 прилага** към ИЗ на пациента, като става неразделна част от него;

4. документ "Физиопроцедурна карта" (бл. МЗ № 509-89) за физикална терапия и рехабилитация за КП № 112 и КП № 257 - 265 включително, в който се регистрират само процедурите, отразени като основни в "Блок основни терапевтични процедури" във всяка КП; извършените процедури по КП се кодират съобразно посочените в "Блок основни диагностични/терапевтични процедури" кодове и следва да съответстват на заложения обем и сложност в същата КП, както и на процедурите по обем и сложност, посочени в съответните утвърдени медицински стандарти или консенсусни протоколи за лечение; този документ се **прикрепва прилага** към ИЗ на пациента и стават неразделна част от него.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

### Чл. 295. 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 (съгласно изисквания и реквизити, посочени в приложение № 2) и в част II на "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7);

3. в медицинската документация - в 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. резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика съгласно медицински стандарт "Образна диагностика" и се прикренват прилагат към ИЗ; в случай че оригиналните рентгенови филми или друг носител на рентгенови образи са необходими на пациента за продължение на лечебно-диагностичния процес или за експертиза на здравословното му състояние, същите се предоставят на пациента срещу подпис, като това обстоятелство се вписва в ИЗ и в епикриза;

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, собственооръчно положено име и подпис или (е-подпис) автентификация 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 собственооръчно положено име и подпис или (е-подпис) автентификация на осъществилия изследването;

10. при извършване на изследвания с графично изображение - ЕМГ, ЕЕГ и др., същите съдържат апаратната дата на извършването, име на пациента и собственооръчно положено име и подпис или (е-подпис) автентификация на 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, собственооръчно положено име и подпис или (е-подпис) автентификация на 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



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

на извършване, собственоръчно положено име и подпис или (е-подпис) автентификация на специалиста, осъществил изследването;

14. при взет материал за хистологично изследване в медицинската документация се прилага резултатът (със собственоръчно положено име и подпис или /е-подпис/ автентификация от специалиста, осъществил изследването) с посочената диагноза и пореден номер от патологоанатомичния журнал;

15. използваните в хода на лечението на ЗОЛ лекарства осигурени от изпълнителя на БМП (вид, доза - еднократна и/или дневна, курс на лечение) задължително се отбелязват в лекарствен и температурен и/или реанимационен лист на пациента и в ИЗ; в епикриза се отразява информация за проведеното лекарствено лечение;

16. с "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клинична процедура" ("Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр) се отчитат медицинските изделия, вложени при лечението на ЗОЛ по определени КП/АПр/КПр, заплащани извън цената на същите; екземпляр от формуляра става неразделна част от ИЗ, а друг екземпляр се представя и се съхранява в РЗОК; по един стикер от вложените медицински изделия по КП/АПр/КПр се поставя върху първия лист на "История на заболяването" който се разпечатва, на екземпляра на епикриза за пациента, върху "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр"; в случай че са налични неизползвани стикери от вложеното медицинско изделие (съгласно подадените от производител/търговец на едро общ брой стикери за конкретното медицинско изделие върху оригиналната опаковка), същите се поставят върху "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр";

17. превеждането към друго лечебно заведение се документира в ИЗ, в част III на "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) и в епикриза, съдържаща причините за превеждане;

18. превеждането към друга структура в същото лечебно заведение се документира в ИЗ и в етапна епикриза;

19. дехоспитализацията/превеждането към друго лечебно заведение на пациента се документира в ИЗ, в част III на "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) и в епикриза или етапна епикриза;

20. в случай че пациентът се изписва с диагноза за заболяване, включено в Наредба № 8 от 2016 г., същият се насочва за диспансерно наблюдение;

21. при извършване на алогенна трансплантация на тъкани в ИЗ на пациента задължително се поставя стикер с уникалния номер на импланта; в ИЗ се отбелязва видът на импланта, датата на поставяне и анатомичната част, където е имплантиран, както и наименованието на тъканната банка, от която е получен.

22. контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение - изпълнител на БМП.

**Чл. 296.** (1) Изпълнителят на КП по приложение № 17 "Клинични пътеки" задължително сключва договор и за изпълнение на АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ..." по приложение № 18.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(2) Алинея първа не се прилага за изпълнителя 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. 297.** (1) Амбулаторна процедура е система от определени с този НРД изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности по отношение на пациенти, чието състояние не налага непрекъснат престой в лечебното заведение.

(2) В алгоритъма на АПр се посочва минималното ниво на компетентност, на което следва да отговаря съответната структура на лечебното заведение.

(3) Амбулаторни процедури № 5, 6, 7, 8, 9, 16, 17, 27, 39 и 42 се изпълняват само в условията на комплексно лечение по чл. 326.

**Чл. 298.** Лечебните заведения попълват документ № 2 "Предоперативна анестезиологична консултация", който е задължителен за всяка АПр с оперативна дейност, извършена с обща или регионална анестезия. Този документ се прикрепва към ИЗ и е неразделна част от същата.

**Чл. 299.** (1) Амбулаторни процедури № 1, 2, 3, 6, 8, 10, 27, 32 и 45 се изпълняват в полза на ЗОЛ, на които е издадено "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8).

(2) Амбулаторни процедури № 7, 9, 39, 40, 41, 42 и 43 се извършват в полза на ЗОЛ, на които е издаден "Лист за диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 9) от лекар от лечебно заведение, изпълнител на АПр.

(3) Амбулаторни процедури № 4, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 31, 34, 46 и 47 се извършват в полза на ЗОЛ, на които е издадено "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7).

(4) Амбулаторни процедури № 25, 26, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37 и 44 се извършват в полза на ЗОЛ, на които е издадено "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А).

**Чл. 300.** (1) За АПр № 1 направлението по чл. 299, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват всички проведени хроничемодиализни процедури по брой, дата и час на започване и завършване на всяка отделна АПр.

(2) За АПр № 2 и № 3 направлението по чл. 299, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразява броят дни.

**Чл. 301.** (1) Амбулаторна процедура № 5 приключва с "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" съгласно съответните медицински стандарти. Изготвя се план за поведение в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства.

(2) Решението по ал. 1 съдържа задължително и следните реквизити: дата на вземане на решението, пореден номер, име и положен собственоръчен подпис на членовете на комисията. Поредният номер на решението започва с началото на всяка календарна година.

(3) Екземпляр от решението по ал. 1 е неразделна част от медицинската документация на пациента и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК/РЗОК при поискване, друг екземпляр от решението се съхранява от комисията.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 302.** (1) За АПр № 6 направлението по чл. 299, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват всички проведени процедури по брой.

(2) При последващи планови приеми по АПр № 6 "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) се издава от лечебните заведения, в които се извършва дейността.

**Чл. 303.** (1) Дейностите по АПр № 7 се извършват на ЗОЛ, на които е издадено решение от обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология.

(2) Диспансеризацията/диспансерното наблюдение при лица с онкологични заболявания започва след приключване на активното лечение (системно лекарствено лечение или лъчелечение, или оперативно лечение) по повод на основната диагноза. При рецидив на основното заболяване и при преминаване на заболяването в по-напреднал стадий диспансеризацията/диспансерното наблюдение на пациента започва отново от първото мероприятие, предвидено за случаите на първоначална диспансеризация/диспансерно наблюдение.

(3) Обемите и честотата на диспансерното наблюдение на лица със злокачествени заболявания са съгласно приложение № 18 от Наредба № 8 от 2016 г.

(4) При смяна на лечебното заведение, което извършва диспансеризацията на лицата по ал. 1, медицинската документация или копие от нея се предава чрез диспансеризираното лице на новоизбраното лечебно заведение.

**Чл. 304.** За АПр № 8 направлението по чл. 299, ал. 1 се издава при необходимост от експертна оценка на терапевтичния отговор след приключени три курса на лечение с проследяване при пациенти, провеждащи домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия.

**Чл. 305.** (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 за една календарна година.

**Чл. 306.** (1) Амбулаторни процедури № 16 и № 17, за които в Наредба № 9 от 2019 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. 299, ал. 3 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват всички проведени процедури.

**Чл. 307.** (1) За АПр № 25 направлението по чл. 299, 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. 299, ал. 4 се издава еднократно за извършване на дейност в срок от 30 дни, като в същото се отразяват не повече от три процедури. За дейност с кодове 31500-00 или 31500-01 (биопсия на гърда) направлението по чл. 299, ал. 4 се издава еднократно за всяка една гърда (млечна жлеза) от чифтния орган.

(3) За АПр № 27 направлението по чл. 299, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват не повече от две процедури.

(4) За АПр № 29 направлението по чл. 299, 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 и 45 направлението по чл. 299, ал. 1 се издава не повече от два пъти за една календарна година.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(6) За АПр № 44 направлението по чл. 299, ал. 4 за дейност с кодове 31500-00 или 31500-01 (биопсия на гърда) се издава един път за една календарна година за всяка една гърда (млечна жлеза) от чифтния орган.

**Чл. 308.** (1) С направлението по чл. 299, ал. 4 за изпълнение на АПр № 36 и № 37 пациентите се насочват към ЛКК, сформирана 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. 309.** Амбулаторна процедура № 38 приключва с "Решение на специализирана комисия по специалност" (бл. МЗ-НЗОК № 13) по специалности за пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 от ЗЗО, в което е отразено първоначално кандидатстване или кандидатстване за продължаване на лечението или смяна на терапията, което се представя в случаите по чл. 60, ал. 1.

**Чл. 310.** Амбулаторна процедура № 39 се предоставя на ЗОЛ до четири пъти за една календарна година при извършени до четири клинични прегледа.

**Чл. 311.** Амбулаторни процедури № 40 и № 41 се предоставят на ЗОЛ до три пъти за една календарна година при извършени до три клинични прегледа.

**Чл. 312.** Амбулаторна процедура № 42 се предоставя на ЗОЛ до четири пъти за една календарна година при извършени до четири клинични прегледа, но не по-малко от две през период от пет до седем месеца.

**Чл. 313.** (1) Амбулаторни процедури по приложение № 18, за които в Наредба № 9 от 2019 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-лечебния алгоритъм на същите.

(2) Изпълнители на БМП, които извършват диагностика и лечение на пациенти със заболявания, влизащи в обхвата на АПр, имат право да издават документите по чл. 299.

**Чл. 314.** Амбулаторните процедури се извършват в съответствие с алгоритмите по приложение № 18 и се отразяват в посочените в тези алгоритми документи.

**Чл. 315.** (1) Лечебните заведения за болнична помощ, КОЦ и ЦКВЗ, изпълнители на АПр по приложение № 18, сключват договор и за изпълнение на КП "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" от приложение № 17.

(2) Лечебните заведения за СИМП с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа, изпълнители на АПр по приложение № 18, при необходимост от наблюдение на пациента до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура съгласно диагностично-лечебния алгоритъм на АПр задължително превеждат пациента в лечебно заведение за болнична помощ, КОЦ или ЦКВЗ, сключило договор за изпълнение на КП "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" от приложение № 17.

## **Условия и ред за извършване на клинични процедури**

**Чл. 316.** (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 КП. Клиничната процедура е с продължителност до 24 часа.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(2) В алгоритъма на КПр се посочва минималното ниво на компетентност, на което следва да отговаря съответната структура на лечебното заведение.

**Чл. 317.** (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. 318.** (1) Клинична процедура № 2 "Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане" се извършва в полза на ЗОЛ, на които е издадено "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) от лекар от лечебно заведение - изпълнител на същата.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за месеца при показания за продължаване на интензивното лечение след приключване на лечението по КП от приложение № 17.

(3) Започната процедура не може да бъде прекратена преди изтичане на продължителността ѝ. Нова процедура се провежда при наличие на показания за продължаване на интензивното лечение.

(4) Прекратяване на процедурата по ал. 1 (дехоспитализация или превеждане в профилно отделение) се предприема само ако пациентът излезе от моделите на прием (в т. ч. обективни данни за отпадане на 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. 319.** (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. 320.** (1) Клинична процедура № 5 "Лечение на новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели сърдечна оперативна интервенция до навършване на 1-годишна възраст" се извършва в полза на ЗОЛ, на които е издадено "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А) от лекар от лечебно заведение - изпълнител на процедурата. Нови процедури се провеждат при наличие на показания за продължаване на лечението.

(2) Клинична процедура № 6 "Ендоваскуларно лечение на нетравматични мозъчни кръвоизливи, аневризми и артериовенозни малформации на мозъчните съдове" 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.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 321.** Процедурите по чл. 317, ал. 1, чл. 318, ал. 1, чл. 319, ал. 1 и чл. 320 се извършват в съответствие с алгоритмите по приложение № 19 и се отразяват в посочените в тези алгоритми документи.

### **Условия и ред за извършване на клинична пътека "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура"**

**Чл. 322.** В случай че към момента на приключване на дейностите по АПр по приложение № 18, с изключение на АПр № 5, 30, 31 и 38, се установи от медицински специалист необходимост от наблюдение на пациента в стационарни условия с цел предотвратяване на медицински риск от усложнения в резултат на проведената АПр, той може да бъде хоспитализиран по КП с наименование КП "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" и съдържание съгласно приложение № 17, но за период не по-дълъг от 48 часа.

**Чл. 323.** (1) В случаите по чл. 322 изпълнителят на АПр превежда пациента от АПр по КП към същото или друго лечебно заведение, изпълняващо КП "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" по приложение № 17, като попълва "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7).

(2) Изпращащият изпълнител на АПр задължително предоставя на приемащия изпълнител на КП "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" писмена информация, отразена в амбулаторен лист за клиничното състояние на пациента и оказаните му диагностично-лечебни процедури, както и мотивите за превеждане в приемащото лечебно заведение, изпълняващо КП "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" по приложение № 17.

**Чл. 324.** Клинична пътека "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" по приложение № 17 се извършва в съответствие с алгоритъма на същото и се отразява в съответните документи.

### **Условия и ред за извършване на амбулаторна процедура "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП..."**

**Чл. 325.** (1) Клинична пътека с договорен минимален престой до 3 дни може да бъде изпълнена и приключена като АПр с наименование АПр "Предсрочно изпълнение на КП..." и съдържание съгласно приложение № 18, в случай че в рамките на не по-малко от 12 часа от престоя на пациента в лечебното заведение по КП по отношение на него са изпълнени всички задължителни дейности и са налице всички условия за дехоспитализация, определени с този НРД, и е налице писмена оценка от лекар за липсата на медицински риск за пациента от приключването на дейността по КП.

(2) Амбулаторна процедура "Предсрочно изпълнение на КП ..." по приложение № 18 се извършва в съответствие с алгоритъма на същото и се отразява в съответните документи.

### **Условия и ред за извършване на дейности за "Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)"**

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 326.** (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 и 4 от Наредба № 9 от 2019 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 № 9 от 2019 г.

**Чл. 327.** 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. 328.** (1) Националната здравноосигурителна каса сключва договор за изпълнение на АПр № 5 по чл. 326, 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"/„Детска клинична хематология и онкология“ и притежават собствени структури по медицинска онкология/детска клинична хематология и онкология от минимум 2-ро ниво на компетентност и структура по лъчелечение или нуклеарна медицина от минимум 2-ро ниво на компетентност и хирургия. Когато АПр № 5 се изпълнявана от Клинична онкологична комисия/Клинична комисия по хематология за лица под 18 г., тя включва в своя състав лекари с призната специалност ДКХО и други специалисти, имащи отношение към диагностично-лечебния процес при деца със злокачествени заболявания; клиничната комисия може да включва при необходимост в редовния си състав на функционален принцип и специалисти от други лечебни заведения.

(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. 326, 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. 326, 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.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

## **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. 329.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща извън цената на КП и/или АПр лекарствени продукти, предназначени за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, които на основание чл. 45, ал. 20 ЗЗО са включени в пакета, определен с Наредба № 9 от 2019 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, имunosупресивната 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;

5. лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща извън цената на КП и/или АПр лекарствените продукти по ал. 1 при наличие на извършени изследвания на предиктивни и прогностични биомаркери (изискуеми при определени лекарствени продукти) в лечебно заведение с лабораторна структура, сключило договор с НЗОК, за осъществяване на дейности по медицински специалности по обща и клинична патология и медицинска генетика на територията на Република България.

(3) Лекарствените продукти по ал. 1, т. 1 - 4 са включени в Списък на противотуморните лекарствени продукти за лечение по АПр № 6 „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“ и № 7 „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ и КП № 240, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 249, 250.1, 250.2, 251.1, 251.2 и 252, на необходимите еритро- и гранулоцитните колонистимулиращи фактори и бифосфонати. Лекарствените продукти по ал. 1, т. 5 са включени в Списък на лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции на пациенти с вродени коагулопатии, в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги.



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(4) Списъците по ал. 3 са публикувани на интернет страницата на НЗОК.

(5) ~~Заплащането на лекарствените продукти от списъците по ал. 3 се извършва при задължително подаване в отчетните документи на изпълнителя на БМП на информация за елементите на верификационния код ((Data Matrix), а именно – продукт код; партиден номер; „годен до ...“; серийен номер).~~

(5) Изпълнителят на БМП, подава в ежедневния файл по чл. 366 към НЗОК верификационните данни (индивидуален идентификационен белег съгласно Регламент (ЕС) 2016/161) на лекарствените продукти от списъците по ал. 3. Националната здравноосигурителна каса заплаща лекарствени продукти само на дезактивирани индивидуални идентификационни белези от болничната аптека на съответното лечебно заведение.

**Чл. 330.** (1) Лекарствените продукти по чл. 329, ал. 1 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. съгласно терапевтичните показания, отразени в приложение № 2 на ПЛС, кратките характеристики на продуктите (КХП), а когато е приложимо, и в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства (ФТР), и се отпускат при условията и по реда на глава четвърта, раздел V от Наредба № 4 от 2009 г.

(2) Лекарствените продукти за перорална прицелна противотуморна терапия и перорална химиотерапия за домашно лечение по чл. 329, ал. 1 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. 331.** (1) Лечебното заведение, което оказва медицинска помощ по КП и АПр от областта на онкологията и хематологията, следва да разполага на територията си с аптека, която трябва да има разрешение - "Аптека за задоволяване нуждите на лечебно заведение по чл. 222, ал. 4 ЗЛПХМ за лекарствени продукти, включително и приготвяни по магистрална и фармакопейна рецептура, на лекарствени форми за очи и разтвори за парентерално приложение и хранене", за лекарствените продукти, които НЗОК заплаща извън цената на КП и/или АПр.

(2) Лекарствените продукти по чл. 329, ал. 1, т. 1 и 2 за системно лечение на злокачествени заболявания се приготвят в аптеката на съответното лечебно заведение във вид за директно приложение на пациента съгласно чл. 37а, ал. 1 и 2 от Наредба № 28 от 2008 г. и правилата за добра фармацевтична практика в онкологията.

(3) Болничната аптека води журнал за разтваряне на лекарствени продукти за лечение на онкологични/онкохематологични заболявания по образец съгласно приложение № 8д от Наредба № 4 от 2008 г., в който данните се регистрират ежедневно.

(4) В случай че след приготвяне на индивидуалните дози на ЗОЛ от количеството за деня се формира остатък от даден лекарствен продукт, който не може да бъде приложен в срока му на годност, посочен в КХП на лекарствения продукт (и са използвани всички възможности за съхранението му чрез системи за съхранение или други технически средства), остатъкът се отразява в опис на неизползваемите остатъци от лекарствени продукти за лечението на онкологични/онкохематологични заболявания по образец съгласно приложение № 8е от Наредба № 4 от 2008 г. Лекарствените продукти, предназначени за лечение на онкологични/онкохематологични заболявания, които формират остатък, са тези, чиято първична

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

опаковка съдържа доза от активното вещество, която не осигурява предписаната индивидуална терапевтична доза по протокол, съобразно дозировката по утвърдената КХП.

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща неизползваеми остатъчни количества от лекарствени продукти, формирани в случаите по ал. 4, които са отразени в приложение № 8е от Наредба № 4 от 2008 г., в размер до 5 % от приложеното на всички здравноосигурени лица от изпълнителя общо количество активно вещество за дадените лекарствени продукти по АТС код за съответния месец.

~~(6) Заплащането по ал. 5 се извършва при задължително подаване на информация за елементите на верификационния код ((Data Matrix) – в случай на налична информация за него, в случай на налична информация за него, а именно – продуктов код; партиден номер; "годен до ..."; серийен номер) към приложените лекарствени продукти и формирани, използвани или неизползваеми остатъци от лекарствени продукти, а в случаите, когато верификационен код липсва, се подава партиден номер. а в случаите, когато верификационен код липсва, се подава партиден номер.~~

(6) Заплащането по ал. 5 се извършва при задължително подаване на верификационните данни (индивидуален идентификационен белег съгласно Регламент (ЕС) 2016/161) на приложените лекарствените продукти и формирани, използвани или неизползваеми остатъци от същите, и само за дезактивирани индивидуални идентификационни белези от болничната аптека на съответното лечебно заведение.

(7) Формираните неизползваеми остатъци от лекарствени продукти подлежат на унищожаване по установения ред.

**Чл. 332.** (1) Лекарствените продукти по чл. 329, ал. 1 се предписват от комисиите по чл. 30г, ал. 3, 4 и 5 от Наредба № 4 от 2009 г. с протоколи по образец съгласно приложения № 8б и № 8в от чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

(2) В протоколите на комисиите по ал. 1 се попълват задължително всички реквизити.

(3) Протоколите на комисиите по ал. 1 се предоставят на НЗОК/РЗОК в електронен формат при започване или промяна на лекарственото лечение.

(4) Районната здравноосигурителна каса задължително преди заплащане на лекарствените продукти извършва проверка за съответствие на предписаното лекарствено лечение във всеки протокол, с отразени в колона терапевтични показания спрямо приложение № 2 на ПЛС, съгласно КХП, а когато е приложимо, и в съответствие с утвърдените ФТР.

**Чл. 333.** (1) Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания, се прилагат по назначените схеми, като пациентите се приемат във времеви график, който гарантира най-малък излишък на формите за инфузия. Този график се утвърждава от завеждащия клиниката/отделението, където се осъществява терапията с инфузионни противотуморни лекарствени продукти.

(2) Националната здравноосигурителна каса задължително преди заплащане на лекарствените продукти по ал. 1 прави проверка за коректността на отчитането в ежедневните файлове, които съдържат информация за индивидуалните дози, приложени на пациентите, и информация за остатъчните количества.

**Чл. 334.** Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнители на БМП за лекарствени продукти (вкл. биологични) за лечение на злокачествени заболявания, извън цената на КП и АПр, цена, заплатена по договора на лечебното заведение с доставчика, включваща съответните отстъпки и неустойки.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 334а.** (1) За лекарствените продукти, прилагани в БМП, които се заплащат извън стойността на оказваните медицински услуги, НЗОК заплаща по-ниската стойност между договорената в рамковите споразумения, сключени от министъра на здравеопазването в качеството му на Централен орган за покупки в сектор "Здравеопазване", и стойността, на която лекарствените продукти са доставени на изпълнителя на болнична медицинска помощ, независимо дали той е възложител по Закона за обществените поръчки.

(2) Националната здравноосигурителна каса не може да заплаща на изпълнителите на БМП и на притежателите на разрешение за търговия на дребно за лекарствените продукти стойност, която е по-висока от максималната стойност, определена за заплащане с публични средства по реда на наредбата по чл. 261а, ал. 5 от ЗЛПХМ.

**Чл. 335.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща извън цената на КП, АПр и/или КПр лекарствени продукти, които на основание чл. 45, ал. 20 ЗЗО са включени в пакета, определен с Наредба № 9 от 2019 г., при животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии.

(2) Лекарствените продукти по ал. 1 се предписват, отпускат и прилагат в условията на болничната помощ при спазване на диагностично-лечебния алгоритъм на АПр № 38 (лекарствени продукти, прилагани при животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии), както и на следните изисквания:

1. пациентът е с установено заболяване и лекарственият продукт е включен в списъка по чл. 262, ал. 6, т. 2 от ЗЛПХМ (приложение № 2 на Позитивния лекарствен списък);

2. необходимостта от приложение на лекарствени продукти по ал. 1 се заявява от приемащото лечебно заведение; лекарствените продукти се осигуряват и отпускат от лечебно заведение - изпълнител на АПр № 38;

3. отпуснатите лекарствени продукти по ал. 1 се прилагат от лечебното заведение, провеждащо лечението на основното заболяване;

4. приложените лекарствени продукти се отчитат и заплащат на лечебното заведение, провело АПр № 38, като при отчитането им в РЗОК се представят и посочените в алгоритъма на амбулаторната процедура документи.

## **Раздел V**

### **Критерии за качество и достъпност на болнична медицинска помощ**

**Чл. 336.** (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. 337.** (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща, медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО при условията и по реда на НРД, определена като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба № 9 от 2019 г.

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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(3) Договорените обеми и цени от 1.01.2023 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2023 г. по ЗБНЗОК за 2023 г. съгласно чл. 338, 339 и 340.

(4) Цените и обемите в настоящия раздел подлежат на промяна по реда на чл. 341.

### *Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности по клинични пътеки*

**Чл. 338.** (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01 - 31.12.2023 г. закупуването на следните обеми за дейностите по КП, включени в приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., по цени, както следва:

(2) Обемите за КП № 253 - 260, 262 и 267 са в брой леглодни, като цената е за 1 леглоден.

*Заплащане на база леглодни е резонно само ако в ДЛА има разписани изиквания (процедури, показания ..... друго) които следва да бъдат извършени във всеки леглоден, който ще бъде заплатен, защото заплащането на ниво леглоден налага да се прави оценка за всеки един леглоден от отчетения престой като единица за заплащане.*

(3) За случай по КП, отчетен като АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП..." по приложение № 11 на Наредба № 9 от 2019 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.

(4) За случай по КП № 16, 17.1, 17.2, 19.1, 20.1, 20.2, 25, 27 и 33, отчетен като АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП..." по приложение № 11 на Наредба № 9 от 2019 г., се заплаща цената на съответната КП № 16, 17.1, 17.2, 19.1, 20.1, 20.2, 25, 27 и 33.

(5) В случаите, когато пациентът е приет по КП № 50 (КП № 50.1 и 50.2) и са извършени всички основни диагностични и терапевтични процедури, а след това се насочва към друго лечебно заведение за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация, на първото лечебно заведение се заплаща 62 % от цената на съответната КП № 50.1 или КП № 50.2, а на другото лечебно заведение, в което се извършва тромболиза, се заплаща цената за КП № 51.1. В случаите, когато се извърши и тромбекстракция/тромбаспирация, се заплаща цена по КП № 51 (равна на сумата от цената на КП № 51.1 и 65 % от цената на КП № 51.2). При насочване на пациенти, на които е извършена тромболиза в друго лечебно заведение за извършване на тромбектомия/тромбаспирация, на първото лечебно заведение се заплаща 87 % от цената по КП № 51.1, а на извършващото КП № 51.2 лечебно заведение се заплаща цената на КП № 51.2.

(6) При изпълнение на всички дейности в едно и също лечебно заведение по КП № 51 (КП № 51.1 и 51.2) цената на КП № 51 е равна на сумата от цената на КП № 51.1 и 65 % от цената на КП № 51.2. При изпълнение на дейностите само по КП № 51.1 се заплаща цената на КП № 51.1. При изпълнение на дейността само по КП № 51.2 се заплаща цената на КП № 51.2. Клинична пътека № 51.2 може да се изпълнява след осъществяване на тромболиза или без предходна тромболиза (КП № 51.1). Лечебни заведения, които не могат да осъществят тромболиза и/или тромбектомия (нямат договор за КП № 51.1 и КП № 51.2), са задължени да извършат образно изследване (КТ или МРТ) до първия час на болничния прием, като насочват и осигуряват хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация, към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51. Задължително се спазва и златният стандарт от 4,5 до 6 часа за осъществяване на тромболиза и тромбектомия/тромбаспирация.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(7) Случаите, отчетени по КП № 17.1, 17.2, 18.1, 18.2 и 25 с липса на патологична находка над 30 % от месечния брой за всяка КП за дадено лечебно заведение за предходния отчетен период, се заплащат 70 % от цената на съответната КП.

(8) При надвишаване обема над 25 % на КП № 206.2 от сбора на случаите от КП № 206.1, КП № 206.2 и КП № 206.3 за предходния отчетен период за дадено лечебно заведение случаите над 25 % от КП № 206.2 се заплащат на цената на КП № 206.1.

(9) В случай на настъпил екзитус леталис преди 16-ия ден или 384-тия час от хоспитализацията на пациент по КП № 120.2, при условие че са изпълнени основни диагностични и терапевтични процедури по същата, случаят се заплаща по цената на КП № 120.1.

(10) В случай че по КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1, КП № 244.2 или КП № 245 е отчетен само терапевтичен код - 13750-00 (плазмафереза), се заплаща цена 1420 лв. В случай че КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1, КП № 244.2 или КП № 245 е отчетена освен с терапевтичен код 13750-00 за плазмафереза и с други изискуеми от ДЛА диагностични и терапевтични процедури, необходими за завършена съответната КП, се заплаща цената на съответната КП по ал. 1, увеличена с 1420 лв.

(11) В случай че по КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1 или КП № 244.2 е отчетен само терапевтичен код - 13750-04/13750-01/13750-02/13750-03 (клетъчна афереза), се заплаща цена 1020 лв. В случай че КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1 или КП № 244.2 е отчетена освен с код за клетъчна афереза и с други изискуеми от ДЛА диагностични и терапевтични процедури, се заплаща цената на съответната КП по ал. 1, увеличена с 1020 лв.

(12) В случай че по КП № 245 е отчетен само терапевтичен код - 13750-01/13750-02/13750-03/13750-04 (клетъчна афереза), се заплаща цена 1020 лв. В случай че КП № 245 е отчетена освен с код за клетъчна афереза и с други изискуеми от ДЛА диагностични и терапевтични процедури, се заплаща цената на КП № 245 по ал. 1, увеличена с 1020 лв.

(13) В случай че по КП № 241.4, КП № 241.6 или КП № 244.2 е отчетен пациент на възраст 18 - 25 години ("млади възрастни"), се заплаща на цената съответно на КП № 241.3, КП № 241.5 или КП № 244.1 (за лица над 18 години).

(14) В случай че по КП № 245 е отчетен пациент на възраст 18 - 25 години ("млади възрастни"), се заплаща 40 % от цената на КП № 245. По този ред се определя и цената по ал. 1 на КП № 245 при прилагане на ал. 3, 10 и 12.

(15) При надвишаване обема над 25 % на КП № 211.2 от сбора на случаите от КП № 211.1 и КП № 211.2 за предходния отчетен период за дадено лечебно заведение случаите над 25 % от КП № 211.2 се заплащат на цената на КП № 211.1.

(16) Потвърждаването на цената, която следва да бъде заплатена за всяка КП по ал. 10 - 15, се извършва с контрол преди заплащане.

(17) Медицинските изделия и консумативи, необходими за изпълнение на ДЛА на КП по ал. 10 - 15, са включени в цената на същите.

(18) Цената на КП по ал. 1 включва и основните диагностични процедури с код 92191-00 и 92191-01 "Изследване за различни инфекциозни причинители".

(19) Националната здравноосигурителна каса не заплаща за използваните консумативи в случаите на приложим метод на лапароскопска или роботасистирана хирургия, с изключение на случаите по КП № 168.1 и КП № 168.2.

(20) Националната здравноосигурителна каса заплаща на лечебното заведение, изпълнител на болнична медицинска помощ, за КП № 120.1 и № 120.2 съгласно ДЛА за не повече от 5 %, съответно 2,5 % от броя на случаите по КП № 116, 117, 118, 119, 121 и 122.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(21) Националната здравноосигурителна каса заплаща на лечебно заведение, изпълнител на болнична медицинска помощ, за КП № 89.3 не повече от 15 % от общия брой преминали ЗОЛ по КП № 89.1 в същото лечебно заведение.

(22) В случай че по КП № 84 е отчетен пациент на възраст под 18 години, се заплащат 114 % от цената на КП № 84.

(23) По време на въведените с акт на министъра на здравеопазването противоепидемични мерки на територията на цялата страна НЗОК заплаща за КП № 39, КП № 48 и КП № 104 цена 1400 лв. за случаите, представляващи потвърден случай на COVID-19 (положителен резултат при приемане за хоспитализация или от проведено по време на хоспитализацията ВСМДИ "Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19" (код 92191-00) или извършен тест за откриване антиген на SARS-CoV-2) (код 92191-01), съответно поставена диагноза с код U07.1 COVID-19.

(24) В случай че КП № 135 е завършена само с код 42809-00, същата може да бъде отчетена едновременно с КП № 8, 10, 11, 14, 15.1 и 15.2 и се заплащат 25 % от цената на КП № 135.

(25) Когато броят на недоносените новородени, отчетени като случаи по една или повече от изброените клинични пътеки: КП № 7, 8, 9, 10, 11, надвишава 20 % от общия брой преминали новородени през лечебно заведение за болнична помощ, притежаващо клиника/отделение от второ ниво на компетентност Неонатология, тогава отчетените случаи по КП № 7, 8, 9, 10 и 11 на недоносени новородени над този брой се заплащат в размер, равен на 65 % от цената на съответната КП.

(25) Когато от сбора на новородените, отчетени по КП № 9, 10, 11, 15.1, отнасящи се за деца с тегло под 2500g, са отчетени повече от 20% от общия брой деца, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от второ ниво на компетентност, случаите по КП № 9,10,11,15-1, надвишаващи посочения процент се заплащат 65% от цената на съответната КП.

(26) Когато броят на недоносените новородени, отчетени като случаи по една или повече от изброените клинични пътеки: КП № 7, 8, 9, 10, 11, надвишава 50 % от общия брой преминали новородени през лечебно заведение за болнична помощ, притежаващо клиника/отделение от трето ниво на компетентност Неонатология, тогава отчетените случаи по КП № 7, 8, 9, 10 и 11 на недоносени новородени над този брой се заплащат в размер, равен на 65 % от цената на съответната КП.

(26) Когато от сбора на новородените по КП № 7 и 8, отнасящи се за деца с тегло над 2500g, са отчетени повече от 40% от общия брой деца с тегло над 2500g, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от второ ниво на компетентност, случаите по КП № 7 и 8, надвишаващи посочения процент се заплащат 65% от цената на съответната КП.

(27) Когато от сбора на случаите по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, отнасящи се за деца с тегло <2500 грама, са отчетени повече от 50% от общия брой новородени, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от трето ниво на компетентност, случаите по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, надвишаващи посочения процент се заплащат на цената на КП № 6.

(27) Когато от сбора на новородените по КП № 9, 10, 11, 15-1 и 15-2, отнасящи се за деца с тегло под 2500g, са отчетени повече от 50% от общия брой новородени, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

неонатология от трето ниво на компетентност, случаите по КП № 9,10,11,15-1 и 15-2, надвишаващи посочения процент се заплащат 65% от цената на съответната КП.

(28) Когато от сбора на случаите по КП № 7 и 8, отнасящи се за деца с тегло >2500 грама, са отчетени повече от 50% от общия брой деца с тегло >2500 грама, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от трето ниво на компетентност, случаите по КП № 7 и 8, надвишаващи посочения процент се заплащат на цената на КП № 6.

(28) Когато от сбора на новородените по КП № 7 и 8, отнасящи се за деца с тегло над 2500g, са отчетени повече от 50% от общия брой деца с тегло над 2500g, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от трето ниво на компетентност, случаите по КП № 7 и 8 надвишаващи посочения процент се заплащат 65% от цената на съответната КП.

(29) Алинеи 25, 26, 27 и 28 не се прилагат за лечебни заведения за болнична помощ, в които има разкрита само клиника/отделение по неонатология, но не притежават клиника/отделение по акушерство и гинекология.

(30) Когато случаите по КП № 69.1, отчетени с кодове 32087-00 и 32093-00 (полипектомии) са над 20 % от всички случаи по същата КП, случаите над 20 % се заплащат на цената на КП № 68.1. Когато случаите по КП № 69.2, отчетени с кодове 32087-00 и 32093-00 (полипектомии), са над 14% 25% от всички случаи по същата КП, случаите над 14% 25% се заплащат на цената на КП № 68.2.

(31) За случаите по КП № 195, отчетени с диагноза с код K65.0 и K65.9 (перитонит), над 25 % от общия брой случаи, отчетени като случаи, подлежащи на оперативни процедури от обхвата на коремната хирургия - остър холецистит (K81.0), остър апендицит (K35.0 и K35.1), остър панкреатит (K85) и при заклещена херния (K40-, K41-, K42-, K43- и K44-), се заплаща 60 % от цената на КП № 195.

(32) Лечебни заведения, които притежават I и II ниво на компетентност, изпълняват по спешност оперативни процедури от коремна хирургия, за които е необходимо по-високо ниво в не повече от 25 % от всички случаи с оперативни хирургични процедури от коремната хирургия в същото лечебно заведение.

(33) Изчислението и проследяването на % случаи по ал. 30, 31 и 32, се извършва два пъти за календарна година и се смята на 6 месечен период на дейност (януари-юни, юли-декември).

### *Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности по клинични процедури*

**Чл. 339.** (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01 - 31.12.2023 г. закупуването на следните обеми за дейностите по КПр по приложение № 8 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. по цени, както следва:

(2) Допълнителното заплащане за КПр № 3 с цената на ред BONK03 в таблицата по ал. 1 се определя за до 30 % от отчетените и заплатени за месеца КПр № 3 за лица по чл. 343, ал. 1, т. 1 и 2 и се заплаща за не повече от 30 % от общия отчетен брой случаи по КПр № 3 от съответното лечебно заведение за болнична помощ, изпълнител на тази КПр през 2021 г. 2022 г. предходния 6 месечен период.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

*НЗОК: Заплащането по ал. 2 е паралелен начин на увеличаване на заплащането по КПр 3. Увеличаването на процента от 30% на 50% представлява увеличаване на цената на това доплащане с 66,7% дори и при запазване на цената на ред BONK03*

За УС на БЛС и НС на НЗОК - относно 30 %. Предложението на БЛС е за 50%.

(3) Клинична процедура № 3 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“ и КПр № 4 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“, само за пациенти с постовена диагноза с код U07.1 Covid-19 и код U07.2 Covid-19, считано от 01.09.2022 г., се заплащат по цени, както следва:

1. Клинична процедура № 3 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“ – 700 лв.

2. Клинична процедура № 4 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“ – 300 лв.

### *Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности по амбулаторни процедури*

**Чл. 340.** (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01 - 31.12.2023 г. закупуването на следните обеми за дейностите по АПр по приложение № 7 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. по цени, както следва:

(2) В случай, че по АПр № 33.1 е отчетен код „96199-00“, се заплаща цена **100 лв.**

(3) Цената на АПр № 33.2 се заплаща за осигуряване на лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене на пациенти със "синдром на късото черво" като периодично поддържащо заместително лечение извън фазата на активно лечение. Всички лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене на пациенти със "синдром на късото черво" са включени в цената на АПр № 33.2.

**Чл. 341.** (1) В съответствие с чл. 55а от ЗЗО НЗОК и БЛС планират и договарят закупуването за ЗОЛ на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО в рамките на договорените обеми по чл. 338, 339 и 340 за **2023 г.**, както и в съответствие параметрите на разходите по бюджета на НЗОК за съответната календарна година.

(2) В изпълнение на чл. 4, ал. 5 от ЗБНЗОК за съответната календарна година представителите по чл. 54, ал. 1 от ЗЗО извършват наблюдение и анализ за изпълнението на договорените обеми, както и текущо - за изпълнението на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания към 31 март, 30 юни, 30 септември и 31 декември на съответната календарна година по месеците на извършване на дейността. Българският лекарски съюз получава на тримесечие информация за касовото изпълнение на здравноосигурителните плащания по бюджета на НЗОК.

(3) В случай че при анализа по ал. 2 към 30 септември се установи ~~очаквано превъзвешение на договорените обеми~~ и/или очакван преразход на средства за здравноосигурителни плащания за БМП към 31 декември, надхвърлящ с повече от 3 на сто предвидените средства, в срок до 20-то число на месеца, следващ анализа, НЗОК и БЛС договарят коригирани цени в рамките на оставащите средства за здравноосигурителни плащания за БМП по ЗБНЗОК за съответната календарна година.

(6) (4) В случай че при анализа по ал. 2 към 30 септември на съответната календарна година се установи очаквано неизпълнение на договорените обеми при очаквано неусвояване на



## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

средства за здравноосигурителни плащания за медицински дейности в БМП към 31 декември на съответната календарна година **с повече от 3 на сто от предвидените средства**, 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)~~ (5) 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.

~~(9)~~ (6) Националната здравноосигурителна каса осъществява контрол по реда на глава двадесета на изпълнителите на БМП, извършващи дейности, за които при анализа по ал. 2 се наблюдава превишение на обемите по **чл. 338, 339 и 340 за 2023 г.**, водещо до преразход на средствата по здравноосигурителните плащания.

~~(40)~~ (7) 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 Наредба № 9 от 2019 г. и медицинските стандарти.

## **Раздел VII**

### **Методика за остойностяване на дейностите в болничната медицинска помощ**

**Чл. 342.** Методиката на образуване на стойностите, за които НЗОК има финансов капацитет да закупи дейностите по пакета медицинска помощ по Наредба № 9 от 2019 г. за съответната календарна година от периода на действие на настоящия НРД, се състои от следните последователни етапи:

1. дефиниране на обхвата на медицинската помощ по пакета по Наредба № 9 от 2019 г., заплащан от съответния вид здравноосигурителни плащания по ЗБНЗОК за съответната календарна година от периода **2023 - 2025 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 съответната календарна година съобразно:

3.1. информацията за отчетения и заплатен годишен брой дейности от съответния вид за предходен тригодишен период;

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 Наредба № 9 от 2019 г. за подлежащата за заплащане през календарната година;

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;

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

д) други значими фактори;

3.5. становище от експертните съвети по медицински специалности за очакваните/необходимите годишни обеми за нови (незаплащани през предходните години) дейности по пакета за календарната година;

4. определяне на прогнозните стойности на необходимите средства за закупуване на прогнозните обеми по т. 3 по действащите през предходната година цени и становище от експертните съвети по медицински специалности за цените за нови (незаплащани през предходните години) дейности по пакета за текущата календарна година;

5. формиране на стойности, за които НЗОК има финансов капацитет да закупи обемите дейности по т. 3, подлежащи на заплащане през календарната година по този договор за изменение и допълнение на НРД, с цел балансиране на прогнозните стойности по т. 4 с размера на финансовата рамка за съответните здравноосигурителни плащания по ЗБНЗОК за съответната календарна година чрез прилагане на:

а) еднакви коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през предходната календарна година цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (вкл. и предложените от експертните съвети по медицински специалности цени на новите дейности по т. 4);

б) различни коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през предходната календарна година цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (вкл. и предложените от експертните съвети по медицински специалности 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. 343.** (1) Тази методика урежда закупуването на дейностите за БМП за:

1. задължително здравноосигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 от ЗЗО с непрекъснати здравноосигурителни права;

2. здравноосигурени лица съгласно **§ 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2023 г.:**

а) за акушерска помощ по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗО;

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 от ЗБНЗОК за 2023 г.;**

4. лица, осигурени в друга държава, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби за социално осигуряване, по силата на които лицата имат право на болнична помощ, предоставяна от НЗОК.

(2) Заплащането по ал. 1, т. 2 се извършва чрез трансфери от Министерството на здравеопазването по реда на **§ 2 от ЗБНЗОК за 2023 г.**

(3) Заплащането по ал. 1, т. 3 се извършва чрез целеви средства от Агенцията за социално подпомагане по реда на **§ 8, ал. 3 от ЗБНЗОК за 2023 г.**

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 344.** (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 № 9 от 2019 г., както следва:

1. за дейностите по КП, които включват:

а) необходимите медико-диагностични изследвания, медицински процедури, прегледи и консултации, удостоверяващи хоспитализацията;

б) медицински дейности и здравни грижи по КП, в стойността на които се включват: необходимите прегледи и консултации за осъществяване на диагностично-лечебния процес; две ежедневни визитации от лекуващия и/или дежурния лекар (при липса на промяна в състоянието на пациента се записва "статус идем"); необходимите за дейността лекарствени продукти (извън тези по чл. 329, ал. 1, т. 1 и 2); основни лекарствени продукти (есенциална листа на Световната здравна организация (СЗО) за осъществяване на анестезия и седация; основни контрастни вещества (с изключение на тези за ЯМР) съгласно есенциална листа на СЗО; медицински изделия (извън тези в списъците по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 г., както и извън тези, за които изрично в ДЛА е посочено, че НЗОК не заплаща за тях); услуги, включващи професионални здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно (Наредба № 1 от 2011 г.); минимум трикратно диетично хранене, предоставено на пациентите по време на тяхната хоспитализация;

в) медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите и издаване на съответните документи;

г) до два контролни прегледа за лица над 18-годишна възраст и до три контролни прегледа за лица под 18-годишна възраст (освен ако в ДЛА 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 епикризата;

д) попълване, поддържане, съхранение и отчитане на изискуемата медицинска документация; издаване на епикриза и на болничен лист;

е) **при необходимост от** издаване на рецепта за лекарствени продукти за домашно лечение и съвети за хранителен диетичен режим (ХДР);

ж) при необходимост - издаване на съответни документи за насочване на пациента към структури на извънболнична и/или болнична помощ за довършване на лечебния процес;

з) **при необходимост от** насочване на пациента към клинична онкологична или клинична хематологична комисия;

и) изпълнение на критериите за дехоспитализация;

2. за дейностите по АПр, които включват:

а) необходимите медико-диагностични изследвания, медицински процедури, прегледи и консултации, удостоверяващи диагностиката и лечението;

б) медицински дейности и здравни грижи по АПр, в стойността на които се включват: необходимите прегледи и консултации за осъществяване на диагностично-лечебния процес; основни лекарствени продукти (есенциална листа на СЗО) за осъществяване на анестезия и седация; основни контрастни вещества (с изключение на тези за ЯМР) съгласно есенциална листа на СЗО; необходимите за дейността лекарствени продукти (извън тези по чл. 329, ал. 1, т. 3 и 4); услуги, включващи професионални здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 2011 г.;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

в) медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите и издаване на съответните документи;

г) попълване, поддържане, съхранение и отчитане на изискуемата медицинска документация; издаване на епикриза и на болничен лист;

д) при необходимост от издаване на рецепта за лекарствени продукти за домашно лечение и съвети за ХДР;

е) при необходимост - издаване на съответни документи за насочване на пациента към структури на извънболнична и/или болнична помощ за довършване на лечебния процес;

ж) при необходимост от насочване на пациента към клинична онкологична или клинична хематологична комисия;

з) изпълнение на критериите за дехоспитализация;

3. за дейностите по КПр:

а) необходимите медико-диагностични изследвания, медицински процедури, прегледи и консултации, удостоверяващи необходимостта от хоспитализация;

б) медицински дейности и здравни грижи по КПр, в стойността на които се включват: необходимите прегледи и консултации за осъществяване на диагностично-лечебния процес; две ежедневни визитации от лекуващия и/или дежурния лекар (при липса на промяна в състоянието на пациента се записва "статус идем"); необходимите за дейността лекарствени продукти (извън тези по чл. 329, ал. 1); основни лекарствени продукти (есенциална листа на СЗО) за осъществяване на анестезия и седация; основни контрастни вещества (с изключение на тези за ЯМР) съгласно есенциална листа на СЗО; услуги, включващи професионални здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 2011 г.; минимум трикратно диетично хранене, предоставено на пациентите по време на тяхната хоспитализация;

в) медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите и издаване на съответните документи;

г) попълване, поддържане, съхранение и отчитане на изискуемата медицинска документация;

д) при необходимост от издаване на рецепта за лекарствени продукти за домашно лечение и съвети за ХДР;

е) при необходимост - издаване на съответни документи за насочване на пациента към структури на извънболнична и/или болнична помощ за довършване на лечебния процес;

ж) при необходимост от насочване на пациента към клинична онкологична или клинична хематологична комисия;

з) изпълнение на критериите за дехоспитализация;

4. лекарствени продукти по чл. 329, ал. 1;

5. лекарствени продукти по чл. 335;

6. за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения-изпълнители на БМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, както и в лечебни заведения за болнична помощ по чл. 45, ал. 2а от ЗЗО.

(2) Лекарствените продукти по чл. 329, ал. 1 и чл. 335 се заплащат при условията и по реда на Наредба № 10 от 2009 г.

(3) Вложените при изпълнение на КП/АПр/КПр медицински изделия от списъците по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 г., които НЗОК заплаща извън цената на КП/АПр/КПр.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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.

(5) Лечебните заведения, изпълнители на КП и/или АПр от областта на специалностите "Медицинска онкология" и "Клинична хематология", поддържат регистри с протоколи на клинична онкологична комисия по химиотерапия или клинична комисия по хематология. Лечебните заведения осигуряват достъп на контролните органи на НЗОК до тези регистри.

(6) Националната здравноосигурителна каса заплаща за всички медицински дейности (в рамките на диагностично-лечебния процес) и приложени лекарствени продукти по чл. 329, ал. 1 за лечението на пациент с установено онкологично заболяване само в случаите, в които същият е насочен към обща клинична онкологична комисия и/или клинична комисия по хематология и от тези комисии има решение за лечебната стратегия на неговото заболяване.

(7) При провеждане на системно лекарствено лечение на солидни тумори или злокачествени хематологични заболявания НЗОК заплаща след издаване на протокол от клинична онкологична комисия по химиотерапия или клинична комисия по хематология, за прилагане на конкретна лекарствена терапия, по вид, курс и доза.

**Чл. 345.** 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. 346.** (Отм. - ДВ, бр. 4 от 2021 г., в сила от 1.01.2021 г.).

**Чл. 347.** (1) За всеки случай по КП № 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 262 и 267 и по КПр № 2, 3, 4 и 5 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 календарната година една хоспитализация на ЗОЛ, отчетена по КП № 257 - 265 включително, с изключение на предвидените случаи в съответните ДЛА на посочените КП.

(3) За КП № 17.1, 17.2, 18.1 и 18.2 НЗОК заплаща до 2 пъти за една календарна година на едно ЗОЛ за определен съдов сегмент съгласно ДЛА.

(4) След оперативното лечение по КП № 117, 118, 119, 120.1, 120.2 и 122 (при изпълнени основни диагностични и терапевтични процедури, както и при спазен минимален болничен престой) и при наличие на показания за продължаване на лечението по отношение на пациента могат да бъдат проведени КПр № 5.

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща за лечението на едно ЗОЛ по КП № 89.3 не повече от един път за една календарна година. При необходимост от повторна хоспитализация по същата КП НЗОК заплаща на лечебното заведение по цената, определена за КП № 89.1.

**Чл. 348.** (1) За АПр се заплаща съгласно ДЛА, както следва:

1. за АПр № 1.1, 2 и 3 - за всеки отделен случай за отчетен месец, а за АПр № 1.2 се заплащат четири последователни процедури с продължителност на медицинската процедура минимум 12 часа за едно денонощие, в период от 30 дни;

2. за АПр № 4 - една АПр на едно ЗОЛ за месец;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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 една календарна година на бъбрек (за всеки един от чифтния орган);

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 една календарна година;

8. за АПр № 10 и 31 - не повече от една АПр на едно ЗОЛ за една календарна година;

9. за АПр № 16 - не повече от десет последователни АПр на едно ЗОЛ за месец и не повече от четири пъти за една календарна година на едно ЗОЛ;

10. за АПр № 17 - не повече от седем последователни АПр на едно ЗОЛ за месец и не повече от четири пъти за една календарна година на едно ЗОЛ;

11. за АПр № 19, 20 и 32 - не повече от две АПр на едно ЗОЛ за една календарна 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 десет процедури на едно ЗОЛ;

16. за АПр № 30 - не повече от десет последователни медицински дейности на едно ЗОЛ и не повече от две АПр за една календарна година на едно ЗОЛ;

17. за АПр № 33.1 - не повече от дванадесет броя за една календарна година на ЗОЛ, а за АПр № 33.2 - не повече от една АПр на едно ЗОЛ за месец и не повече от дванадесет броя за една календарна година на ЗОЛ;

18. за АПр № 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" - до три броя на диагноза за ЗОЛ за една календарна година;

19. за АПр № 39 - до четири пъти за една календарна година;

20. за АПр № 40 и 41 - до три пъти за една календарна година;

21. за АПр № 42 - до четири пъти за една календарна година на едно ЗОЛ;

22. за АПр № 44 - за дейност с кодове 31500-00 или 31500-01 (биопсия на гърда), един път за една календарна година за всяка гърда (млечна жлеза) от чифтния орган;

23. за АПр № 45 - не повече от две АПр за едно ЗОЛ за една календарна година.

(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 пет години след гаранционния срок и по определен ред и критерии.

**Чл. 349.** (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;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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. 344, 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. 344, 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. 350.** 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. 351.** (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;

2. амбулаторна процедура № 6 в един и същ ден с АПр № 7 и 8;

3. 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;

4. амбулаторна процедура № 8 в рамките на същия болничен престой по КП № 240, 241, 242, 243 и 245;

5. клинични процедури № 3 и 4 в рамките на същия болничен престой по КП № 114 и 115;

6. 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 (13882-00 или 13882-01, или 13882-02) е задължителен за завършване и отчитане на посочените КП;

7. амбулаторни процедури № 36 и 37 в рамките на същия болничен престой по КП, в които е включена диагностична процедура PET - CT и SPECT/CT;

8. клинична процедура № 1 в рамките на АПр № 1, 2 и 3 и КПр № 3 и 4;

9. амбулаторна процедура № 10 в рамките на КПр № 3 и 4;

10. амбулаторна процедура № 9 в рамките на същия болничен престой по КП № 112;

11. амбулаторни процедури № 1, 4, 6 - 36 в рамките на същия болничен престой по КПр № 3 и 4;

12. амбулаторна процедура № 8 в рамките на същия болничен престой по АПр № 27;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

13. амбулаторни процедури № 25 и 26 в рамките на същия болничен престой по хирургични пътеки и в 30-дневен период от дехоспитализацията на пациента;

14. амбулаторни процедури № 18, 21, 22, 23, 24 и 34 в рамките на същия болничен престой по КП с дейности от областта на медицинските специалности, посочени в № 18, 21, 22, 23, 24 и 34, и в 30-дневен период от дехоспитализацията на пациента;

15. амбулаторна процедура № 32 в рамките на КП № 19;

16. амбулаторна процедура № 40 в рамките на КП № 38 - 42;

17. амбулаторна процедура № 42 в рамките на същия болничен престой по КП № 90;

18. амбулаторна процедура № 44 в рамките на същия болничен престой по КП № 193;

19. амбулаторна процедура № 45 в рамките на същия болничен престой по КП № 110 (КП № 110.1 и № 110.2).

(2) В случай на хоспитализация по КП/АПр и необходимост от провеждане на АПр/КПр в рамките на един отчетен период НЗОК заплаща КП, 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 дни за изпълнение на минималния болничен престой по съответната КП.

(4) В случай на хоспитализация по определена КП и необходимост от провеждане на КПр № 3 и/или 4 в рамките на същия болничен престой дехоспитализацията може да се осъществи при неизпълнен минимален болничен престой и изпълнени критерии за дехоспитализация, но не по-малко от два дни след приключване на КПр. В този случай минималният болничен престой по съответната КП се счита за изпълнен.

(5) В случай на хоспитализация на пациент по КП № 17.1, 17.2, 18.1, 18.2, 25, 26 и 28, за който в рамките на същия отчетен период настъпят индикации за хоспитализация по терапевтичните КП № 16, 29 и 33 в същото лечебно заведение, НЗОК заплаща само инвазивните КП № 17.1, 17.2 (с изключение на случаите на периферни съдови заболявания), 18.1, 18.2, 25, 26 и 28.

(6) Заплащането на КПр № 3 и 4 се извършва съобразно използваемостта на интензивните легла в клиниките и отделенията по анестезиология, реанимация и интензивно лечение от второ и трето ниво на компетентност съгласно Наредба № 49, като интензивните легла за изпълнение на КПр № 3 следва да са оборудвани и с необходимата медицинска апаратура за провеждане на механична вентилация.

(7) При наличие на решут при остър вирусен хепатит А и Е (стойности на АЛАТ 1000 МЕ или общ билирубин над 250 мкмол/л) се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не повече от 5 % от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

(8) При наличие на решут при остър вирусен хепатит В в рамките на един месец е възможна повторна хоспитализация в същия отчетен период (стойности на АЛАТ 1000 МЕ), но не повече от 5 % от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(9) Въвежда се разрешителен режим в РЗОК за извършване на дейности по КП № 251.2, 252.1, 252.2 и АПр № 36.

(10) Въвежда се разрешителен режим в ЦУ на НЗОК за извършване на дейности по КП № 168.1 и КП № 168.2. Дейността по КП № 168.1 и № 168.2 се заплаща след получаване на разрешение от управителя на НЗОК.

БЛС се ангажира да представи нов начин на разпределение на стойностите по лечебни заведения, които имат сключен договор за КП № 168 (№ 168.1 или № 168.2).

(11) Клинична процедура № 5 не се изпълнява по едно и също време с КПр № 3 или 4.

(12) Амбулаторна процедура № 1.2 не се отчита и заплаща, когато са налице условията за провеждане на лечение по АПр № 1.1 или КПр № 1.

(13) При започване на интратекално лечение с INN-Nusinersen с код 96198-09 КП № 60 може да се отчита до три пъти в един отчетен период.

(14) Националната здравноосигурителна каса не заплаща за лечение на едно и също ЗОЛ по КП № 89.3 и по КП № 89.1 в рамките на един отчетен период.

(15) Националната здравноосигурителна каса при необходимост заплаща по КП № 20.1, 20.2, 26 и 28 до четири стента **едноактно** и не повече от осем **годишно** за едно ЗОЛ, в рамките на една календарна година, от подгрупа 4.1 "Коронарен стент" от "Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ". За всеки поставен стент след четвъртия съответната РЗОК извършва проверка преди заплащане.

(16) Допуска се повторна хоспитализация по КП № 26 и КП № 28 при наличие на остър коронарен синдром в същия отчетен период, като заплащането се извършва след представяне на доклад от изпълнителя на БМП до РЗОК относно необходимостта от рехоспитализация. В тези случаи, преди заплащане на рехоспитализацията, съответната РЗОК извършва проверка.

**Чл. 352.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за случай по КП при наличие на следните условия:

1. отчетената КП е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БМП и е извършена от специалисти, посочени в приложение № 1 към договора по съответната КП;

2. хоспитализираното лице е с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на хоспитализацията или ги възстанови до датата на дехоспитализацията, с изключение на лицата по чл. 343, ал. 1, т. 2 и 3;

3. спазени са индикациите за хоспитализация и диагностично-лечебния алгоритъм, поставена е окончателна диагноза и критериите за дехоспитализация по съответната КП, както и са изпълнени условията за завършена КП;

4. изпълнителят на БМП е изпълнил всички свои задължения по осигуряване на пациентите: непрекъснатост на болничната помощ и грижите (ежедневно наблюдение и престой на пациента в лечебното заведение), координация между специалистите, които ги осъществяват, както и осигуряване на координация със структури на извънболнична и болнична помощ, съобразена с ДЛА на съответната КП - при дехоспитализация на пациента с цел довършване на лечебния процес;

5. извършената дейност по КП е отчетена при условията и по реда на тази методика;

6. изпълнителят на БМП е изпълнил изискванията на чл. 276;

7. спазени са условията на чл. 278, ал. 1, т. 4 - изпълнителят не може да отчете за заплащане случаи по КП, надвишаващи 100 % използваемостта на леглата в лечебното заведение; изключения се допускат в случаите на възникване на бедствие и при обявяване на извънредна епидемична обстановка и спешни случаи на пациенти, преминали през спешно отделение с код

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

на спешност А1 и В2, отразени в триажен лист по стандарт "Спешна медицина" (по ред и условия, определени от НС на НЗОК и УС на БЛС), в съответствие с условията по Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай приложеното количество лекарствено вещество/доза в съответните мерни единици съгласно решенията на комисиите по чл. 30г, ал. 3, 4 и 5 от Наредба № 4 от 2009 г. на противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания по КП № 240, 242, 243, 245, 246, 248, 249, 250, 251 и 252, както и на необходимите еритро-, тромбо-, гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване, и лечение, която стойност не се включва в цената на КП.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай приложените на еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имunosупресивната терапия и хелиращата терапия за хематологични заболявания, прилагани в КП № 244, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване или лечение, която стойност не се включва в цената на КП.

(4) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай лекарствените продукти, приложени при животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии.

**Чл. 353.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за случай по АПр и КПр при наличие на следните условия:

1. отчетената АПр и КПр е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БМП и е извършена от специалисти, посочени в приложение № 1 към договора по съответната АПр и КПр;

2. пациентът е с непрекъснати здравноосигурителни права с изключение на лицата по чл. 343, 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. 276.

(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, 4 и 5 от Наредба № 4 от 2009 г. на противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания по АПр № 6, както и на необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, която стойност не се включва в цената на амбулаторната 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.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(4) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай лекарствените продукти, приложени при животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии.

**Чл. 354.** (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, КПр 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. В случай на преценка за заплащане на КП, АПр и КПр се заплаща 50 % от стойността на КП/АПр/КПр.

(4) Изключения от ал. 1 се допускат и в случаите на самоволно напускане на пациента от клиниката/отделението, в които не е спазен минималният болничен престой, но са извършени всички основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури съгласно ДЛА на КП, АПр и КПр.

(5) Случаите на самоволно напускане на пациента от клиниката/отделението по ал. 4 се отразяват в историята на заболяването от лекуващия лекар и от завеждащия клиниката/отделението.

(6) В случаите по ал. 4 лечебното заведение уведомява писмено съответната РЗОК, която заплаща отчетената дейност като АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...". В случай че такава не е договорена, на лечебното заведение се заплаща 80 % от цената на съответната КП.

**Чл. 355.** (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. 356.** При постъпване на пациент по терапевтична/**диагностична** КП, по която са извършени диагностично-терапевтични процедури и доказаната диагноза в хода на лечението по тази КП индикира оперативно/**интервенционално** лечение, на изпълнителя на БМП се заплаща само хирургичната КП.

**Чл. 357.** (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 КП.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(2а) Допуска се повторна хоспитализация в рамките на 30 дни по КП № 245 „Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст за пациенти с остралимфобластна левкемия (МКБ код С91.0) и Неходжкинови лимфоми (МКБ код С83.0 до С83.9, С84.0 до С84.5, С85.0 до С85.9).

(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 или от различни изпълнители на болнична помощ, се извършва проверка на изпълнителите за тези дейности. Не се заплаща на изпълнителя, който е отчетел неизвършена дейност, и съответно изпълнителят възстановява неоснователно получените суми.

(4) Националната здравноосигурителна каса не заплаща КП, АПр и КПр, както и медицински изделия и лекарствени продукти на изпълнител на БМП, в случаите, в които при извършен внезапен контрол се констатира отсъствие на пациента и/или регламентирана по време от началото на болничния престой, но неизвършена и недокументирана задължителна процедура към момента на извършване на проверката в лечебното заведение по време на хоспитализация.

(5) Националната здравноосигурителна каса не заплаща дейности, лекарствени продукти и/или медицински изделия, които не са били включени в ежедневно подаваната по електронен път информация по чл. 366 за съответния отчетен период.

(6) Националната здравноосигурителна каса не заплаща дейности, лекарствени продукти и медицински изделия за пациенти, хоспитализирани по повод провеждано клинично изпитване. За пациенти, хоспитализирани по повод провеждано клинично изпитване, координиращият главен изследовател своевременно предоставя на съответната РЗОК единен граждански номер на същите.

(7) Националната здравноосигурителна каса не заплаща КП, АПр и КПр в случаите, при които изпълнителят не е изпълнил изискванията на чл. 276.

(8) Отказът от страна на ЗОЛ за извършване на основни диагностични терапевтични 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. 358.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за медицински изделия, включени в списъка по Наредбата за условията и реда за съставяне на списък на медицинските изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия (ЗМИ) и за определяне на стойността, до която те се заплащат.

(2) Националната здравноосигурителна каса в съответствие с предвидените средства в бюджета си за съответната календарна година ежегодно определя групите медицински изделия, както и стойността, до която ги заплаща, при условията и по реда на Наредбата за условията и реда за съставяне на списък на медицинските изделия по чл. 30а от ЗМИ и за определяне на стойността, до която те се заплащат.

(3) Националната здравноосигурителна каса съставя списък с медицински изделия по групи, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ, и стойността, до която НЗОК заплаща за всяка група, на:

а) лечебни заведения в изпълнение на договорите за оказване на болнична медицинска помощ, сключени между изпълнители на медицинска помощ и директора на съответната РЗОК;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

б) производители или търговци на едро с медицински изделия или техни упълномощени представители, сключили договори с НЗОК за доставка на медицински изделия по реда на наредбата по ал. 1.

**Чл. 359.** (1) Медицинските изделия от списъците по чл. 358, ал. 3 се получават в аптеките на лечебните заведения по чл. 222, ал. 4 ЗЛПХМ - изпълнители на КП/АПр, за което се съставя и подписва двустранен протокол.

(2) Лечебните заведения, изпълнители на КП/АПр/КПр, които нямат открита аптека за задоволяване на собствените си нужди, могат да се снабдяват по договор от аптека на лечебно заведение по чл. 222, ал. 4 ЗЛПХМ.

(3) Медицинските изделия от списъците по чл. 358, ал. 3 се осигуряват, заприходяват и отпускат от аптеката.

(4) Аптеките на лечебните заведения по чл. 222, ал. 4 ЗЛПХМ поддържат необходимите количества медицински изделия за осигуряване на нормалната работа на лечебното заведение за срок най-малко пет дни.

(5) Медицинските изделия се отпускат от аптеката за всеки конкретен случай преди/в деня или в първия работен ден след извършване на оперативна/интервенционална процедура.

**Чл. 360.** (1) Медицинските изделия, прилагани в условията на болничната помощ, се заплащат от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр в изпълнение на договорите за оказване на болнична помощ, сключени между изпълнителите и РЗОК, с изключение на медицински изделия, които НЗОК заплаща на производители или търговци на едро с медицински изделия или техни упълномощени представители, сключили договори с НЗОК за доставка на медицински изделия по реда на наредбата по чл. 358, ал. 1.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща медицински изделия от списъка по чл. 358, ал. 3, буква "б", за които са сключени договори за доставка на медицински изделия с производители или търговци на едро с медицински изделия или техни упълномощени представители.

(3) За медицински изделия, които НЗОК заплаща от списъка по чл. 358, ал. 3, буква "б", изпълнителите на БМП сключват договор с юридическите лица по чл. 358, ал. 3, буква "б".

**Чл. 361.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща медицински изделия от списъците по чл. 358, ал. 3 на лечебните заведения, сключили договори за оказване на болнична медицинска помощ, и на производители или търговци на едро с медицински изделия или техни упълномощени представители, сключили договори с НЗОК за доставка на медицински изделия по реда на наредбата по чл. 358, ал. 1.

(2) Медицинските изделия по ал. 1 се заплащат при наличие на следните условия:

1. вложени са при изпълнение на КП/АПр/КПр съгласно изискванията на диагностично-лечебните алгоритми за изпълнение на съответната КП/АПр/КПр;

2. изпълнени са изискванията, свързани с оказване на болнична медицинска помощ, установени в този договор;

3. отчетени са от лечебните заведения по ал. 1 по реда, установен в този договор.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща медицински изделия от списъка по чл. 358, ал. 3, буква "а" на лечебните заведения по ал. 1 по реда на раздел IX "Условия и срокове за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ".

(4) Когато при изпълнение на КП/АПр/КПр са вложени елементи от медицински изделия, принадлежащи към повече от едно групиране съгласно списъците по чл. 358, ал. 3, НЗОК заплаща стойност, която е сбор от цените по елементи, отразени във фактурата, но не по-висока от най-

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

високата стойност, посочена в списъка за съответното групиране, от чиито елементи е съставена вложената система.

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща медицински изделия от списъка по чл. 358, ал. 3, буква "б" на производители или търговци на едро с МИ или техни упълномощени представители по реда на сключените договори по ал. 1.

~~(6) При некоректно посочени наименования на производители или търговци на едро с МИ или техни упълномощени представители в отчетните файлове НЗОК извършва проверка в лечебното заведение.~~

**Чл. 362.** (1) За медицински изделия, които НЗОК заплаща по чл. 361, ал. 5, изпълнителите на болнична помощ сключват договор с юридическите лица по чл. 358, ал. 3, буква "б", с който се уреждат следните отношения: лечебните заведения се задължават да влагат получените медицински изделия само по КП/АПр/КПр, изпълнени по договора с НЗОК; уреждат се случаите, в които НЗОК не заплаща медицински изделия, вложени по КП/АПр/КПр при предварителен или последващ контрол по реда на ЗЗО и този договор.

(2) Изпълнителите на болнична помощ своевременно уведомяват НЗОК/РЗОК при неспазване от страна на лицата по чл. 358, ал. 3, буква "б" на следните задължения:

1. да осигуряват регулярен внос и/или производство, както и да разпространяват регулярно всички медицински изделия, предмет на договора, за които е посочен от съответните производители, за периода на действие на договора;

2. да доставят за своя сметка медицински изделия - предмет на договора, на лечебни заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК;

3. да изпълняват коректно отправените към тях от всяко едно лечебно заведение за болнична помощ заявки по отношение на сроковете на изпълнението им, както и да извършват доставките по вид и количество съгласно направените заявки;

4. да осигуряват изпълнение на заявките през цялото денонощие, както и в неработни и почивни дни.

(3) Националната здравноосигурителна каса не заплаща медицински изделия, за които не са спазени изискванията по чл. 361, ал. 2, доставени по реда на ал. 1.

(4) В случаите на чл. 361, ал. 6 НЗОК заплаща медицинските изделия от списъка по чл. 358, ал. 3, буква "б" на производители или търговци на едро с МИ или техни упълномощени представители въз основа на резултатите от извършената проверка.

**Чл. 362а.** (1) Изпълнителят на БМП има право на заплащане по чл. 344, ал. 1, т. 6, когато лечебното заведение отговаря на критериите на методика за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения-изпълнители на БМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, както и в лечебни заведения за болнична помощ по чл. 45, ал. 2а от ЗЗО, приета от НС на НЗОК и представителите на БЛС, определени по реда на чл. 54, ал. 3 от ЗЗО.

(2) Месечните суми по ал. 1, заплащани от НЗОК за всеки изпълнител на БМП се определят по ред и начин, посочени в методиката по ал. 1,

(3) Месечната сума по ал. 2 се включва в месечното известие по чл. 366 срещу позиция ВМР-55-2-3v-ZZO „Заплащане по методика по чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО“.

(4) Месечни суми по ал. 1 се включват в стойностите за прилагане на механизма по чл. 369.

**Чл. 362.** В съответствие с чл. 45, ал. 35 от ЗЗО за медицинските изделия, заплащани напълно в условията на БМП, се прилага механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 363.** Националната здравноосигурителна каса не заплаща за оказана болнична медицинска помощ от лечебните заведения в нарушение на посочените в техните договори обеми и стойности.

**Чл. 364.** (1) Не се допуска заплащане на дейност за оказване на болнична медицинска помощ, извършена от лекар, който не е посочен в приложение № 1 като специалист на основен трудов договор, с изключение на случаите по чл. 262, ал. 2 и чл. 263.

(2) В случаите по ал. 1 участието на лекари специалисти, оказващи консултативна медицинска помощ, които не са на основен трудов договор в лечебно заведение за болнична помощ, и републикански консултанти (по реда на Наредба № 47 от 2010 г. за организацията, дейността и условията и реда за финансиране на експертните съвети и на републиканските консултанти в системата на здравеопазването) не е основание за незаплащане на дейността по КП/АПр/КПр, извършена от лекарите специалисти, посочени в приложение № 1.

(3) Лекарите по ал. 2, с изключение на републиканските консултанти, могат да оказват консултативна медицинска помощ само в едно лечебно заведение за болнична помощ и се посочват в приложение № 1б към договора на лечебното заведение с НЗОК.

**Чл. 365.** (1) Отказът на изпълнител на болнична медицинска помощ да получи екземпляр от заповед за проверка, да предостави до приключване на проверката заверени с подпис и печат копия от необходимите за осъществяване на същата документи или при невъзможност за изпълнение на правомощията на контролен орган по чл. 72, ал. 2 ЗЗО е основание директорът на РЗОК да откаже заплащане за случаите по КП/АПр и/или КПр за пациентите, които към този момент и/или период провеждат лечение в съответното лечебно заведение, съгласно подадените ежедневни файлове.

(2) Отказът на изпълнител на болнична помощ да предостави до приключване на проверката заверени с подпис и печат копия от необходимите документи за осъществяване на същата е основание за прилагане на чл. 76а ЗЗО в случаите, в които дейността е заплатена.

## **Раздел .....**

### **Изисквания относно основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти работещи в лечебни заведения за болнична помощ**

**Чл. ....**

## **Раздел .....**

**Методика за финансиране осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения за болнична медицинска помощ, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, както и в лечебни заведения за болнична помощ по чл. 45, ал. 2а от ЗЗО**

**Чл. ....**

## **Раздел IX**

**Условия и срокове за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ**

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 366.** (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, ежедневно подават файлове по електронен път в утвърдени от НЗОК формати за оказаната за денонощие дейност, включена в предмета на договора, през интернет портала на НЗОК или чрез web услуга.

(2) Файловете по ал. 1 съдържат:

1. информация за хоспитализираните, преведените и дехоспитализираните пациенти по съответните КП, включваща:

а) извършените дейности съгласно ДЛА на съответната КП;

б) вложените медицински изделия, които се заплащат извън цената на съответните КП;

в) приложените лекарствени продукти, които се заплащат извън цената на съответните КП, по пациенти; формираните, използваните или неизползваемите остатъци лекарствени продукти за деня;

г) уточнена основна диагноза след резултати от хистологични, цитогенетични, молекулярно-цитогенетични изследвания, ензимен и/или ДНК анализ, изследвания, които определят окончателната диагноза на пациента;

д) информация от решения на клиничните комисии по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.;

е) данните от епикризата;

2. информация за започната, извършена и завършена дейност по АПр/КПр на пациенти, включваща:

а) извършените дейности съгласно ДЛА на съответната АПр/КПр;

б) вложените медицински изделия, които се заплащат извън цената на съответните АПр;

в) приложените лекарствени продукти, които се заплащат извън цената на съответните АПр, по пациенти; формираните, използваните или неизползваемите остатъци лекарствени продукти за деня;

г) информация от решения на клиничните комисии по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

(3) Файловете по ал. 1 се подписват от изпълнителите на БМП с КЕП по смисъла на чл. 13, ал. 2 от ЗЕДЕУУ.

(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, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания.

(5) Оказаната болнична медицинска помощ по ал. 2 се подава най-късно до 17,00 ч. на първия работен ден, следващ деня на извършване на дейността.

~~(6) При констатиране на грешки в подадената информация, свързани с регистрационни данни, номенклатури, договорена дейност и договорен капацитет на лечебното заведение, като брой и вид болнични легла (съгласно правилника за устройството и дейността на лечебното заведение и за срока на договора) и елементите на верификационния код (Data Matrix) на приложените лекарствени продукти, изпълнителят на БМП получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и подаденият файл не се обработва от НЗОК до получаване на нов с коректни данни.~~

(6) При констатиране на грешки в подадената информация, свързани с регистрационни данни, номенклатури, договорена дейност и договорен капацитет на лечебното заведение, като брой и вид болнични легла (съгласно правилника за устройството и дейността на лечебното



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети. (за заведение и за срока на договора) или не са подадени верификационните данни (индивидуален идентификационен белег съгласно Регламент (ЕС) 2016/161) на приложените лекарствени продукти, изпълнителят на БМП получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и подаденият файл не се обработва от НЗОК до получаване на нов с коректни данни.

(7) Грешки по ал. 6 могат да са:

1. регистрационни номера на лечебните заведения, УИН на лекарите, отразени в първичните медицински документи, код на специалност на лекаря, номер на договора с НЗОК, регистрационните данни на ЗОЛ;

2. подадена дейност извън предмета на договора с НЗОК;

3. несъответствия с установените номенклатури в нормативната уредба, относима към заплащаната от НЗОК дейност/лекарствени продукти/медицински изделия и данните за верификационните кодове на приложените лекарствени продукти, заплащани извън цената на КП/АПр/КПр;

4. несъответствия между приема на пациенти по КП и КПр и брой и вид болнични легла (съгласно правилника за устройството и дейността на лечебното заведение за срока на договора), посочени в договора.

(8) Файл с коригирани данни се приема най-късно до 10,00 ч. на втория работен ден, следващ деня на извършване на дейността. Въвеждане на други грешни данни във файла от изпълнителя на БМП не е повод за корекция на данните.

(9) Националната здравноосигурителна каса не заплаща за дейност, която не е подадена в ежедневните файлове и не е приета от информационната система на НЗОК в сроковете по ал. 5 и 8.

(10) Ежедневно подадената по електронен път информация се обработва в информационната система на НЗОК. След окончателната обработка за календарен месец в срок до 15,00 ч. на **седмия осмия** 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/КПр, и съответните основания за отхвърляне, както и информация за стойностите за: заплащане на неизползваеми остатъчни количества от лекарствени продукти, отразени в приложение № 8е от Наредба № 4 от 2008 г., възстановяване по реда на Механизма по чл. 369.

(11) Месечното известие по ал. 10 се подписва от директора на РЗОК или от упълномощено от него длъжностно лице с КЕП съгласно чл. 13, ал. 2 от ЗЕДЕУУ.

(12) Основания за отхвърляне от заплащане по ал. 10 са:

1. лицето, на което е оказана медицинската помощ, няма право да получава БМП по КП, АПр или КПр, заплащана от НЗОК:

а) не е от категорията лица, задължително здравноосигурени в НЗОК съгласно чл. 33, ал. 1 от ЗЗО;

б) не е осигурено в друга държава, за което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби;

в) подлежи на задължително здравно осигуряване в НЗОК, но е с прекъснати здравноосигурителни права и не е възстановило същите до датата на дехоспитализацията/извършване/завършване на дейността;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

г) не е от категорията здравнонеосигурени лица по § 2 или § 8 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2023 г., за които НЗОК заплаща определени видове БМП;

2. при изпълнението на КП, АПр и КПр не е спазен съответният ДЛА, изискването за минимален болничен престой и/или условията за завършеност на КП, АПр и КПр;

3. лекарственият продукт, приложен при лечението на лице по КП/АПр, не е от видовете лекарствени продукти, заплащани от НЗОК и посочени в чл. 352, ал. 2 и 3 или в чл. 353, ал. 2 и 3;

4. медицинското изделие, вложено при лечението на лице по КП/АПр/КПр, не е от видовете медицински изделия, заплащани от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр по чл. 344, ал. 3;

5. наличие на основание за незаплащане, установено в чл. 348 и 351;

6. изпълнителят на БМП не е изпълнил изискванията на чл. 276;

7. отчетен брой случаи в нарушение на чл. 352, ал. 1, т. 7, с изключение на случаите на възникване на бедствия и при обявяване на извънредна епидемична обстановка;

8. несъответствия между приема на пациенти по КП и КПр и общия брой и вид болнични легла (съгласно правилника за устройството и дейността на лечебното заведение за срока на договора), посочени в договора;

*Принципно тема за леглата ще се обсъжда от НС на НЗОК и УС на БЛС*

*За УС на БЛС и НС на НЗОК*

9. несъответствие между количеството лекарствен продукт в поле "индивидуална доза" от протокол за дадено АТС и общото приложено количество лекарствени продукти за това АТС за съответен ден;

10. несъответствие между подадената с електронните отчети на лечебните заведения - изпълнители на болнична медицинска помощ, с подадената информация към НЗИС по отношение на регистрационните данни на ЗОЛ, ИАМН/РЗИ номер на лечебно заведение, оказващо болнична медицинска помощ, и НРН номер на електронен документ "Направление за хоспитализация" (бл. МЗ-НЗОК № 7).

(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 подават до 5 работни дни след получаване на месечното известие. Възраженията се разглеждат и решават от РЗОК в едномесечен срок само след контрол. За одобрените за заплащане след последващ контрол дейности директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице изпраща по електронен път през информационната система на НЗОК известие след последващ контрол, подписано с електронен подпис.

(15) Не се разрешават корекции на ежедневно подадени файлове, приети и "успешно обработени" в електронната система на НЗОК.

**Чл. 366а.** (1) Изпълнители на болнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК, подават по електронен път към НЗИС информация за извършената от тях болнична медицинска дейност.

(2) При прием по спешност, превеждане към друго лечебно заведение за болнична помощ, планово онкологично лечение, при физиотерапевтично лечение, когато е от същото лечебно заведение, лекувало остро състояние, изпълнители на болнична медицинска помощ подават информацията за издадените електронни документи „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) чрез болничната информационна система (БИС)

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

към НЗИС. За всяко издадено електронно „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ НЗИС генерира НРН на направлението.

(3) При дехоспитализация по КП и при приключване на дейността на АПр изпълнителите на болнична медицинска помощ подават информацията от електронния документ „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) за извършената от тях болнична медицинска дейност чрез БИС към НЗИС.

(4) Проверка за наличие на издадено електронно „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7), както и за извършена болнична медицинска дейност по него, може да бъде извършена в НЗИС по идентификатор на пациента (ЕГН, ЛНЧ, ССН и осигурителен номер на чуждестранно лице), на когото е издадено направлението, и дата на издаване на електронното направление.

(5) Не се допуска едновременно издаване на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) по електронен път с въведен НРН и на хартиен носител с въведен № на документа, генериран от БИС.

(6) Генерираните от НЗИС НРН номера се подават от лечебните заведения - изпълнители на болнична медицинска помощ, с електронните отчети по чл. 366, ал. 1.

(7) До 1.11.2022 г. редът по ал. 1—6 не се прилага по отношение на издадените на хартиен носител първични медицински документи от лекари по дентална медицина, сключили договор с НЗОК.

**Чл. 366б.** Изпълнителите на болнична медицинска помощ отразяват заестостта на всички легла в лечебното заведение, независимо от метода на заплащане на болничния престой на пациента. В тази връзка те се задължават считано от 1.08.2022 г.:

1. да поддържат във всеки един момент актуална информацията за своите отделения в "Електронния регистър на лечебните заведения", който е интегрална част от НЗИС;

2. да поддържат във всеки един момент актуален броя на болничните легла във всяко отделение в "Електронния регистър на лечебните заведения", който е интегрална част от НЗИС;

3. да подават своевременно информация към НЗИС за хоспитализиране, дехоспитализиране и превеждане на всеки техен пациент;

4. да изпълняват дейностите по т. 1, 2 и 3 чрез предоставените от НЗИС електронни услуги, към които информационните системи на болничните заведения могат да се интегрират според публикувана на his.bg спецификация.

**Чл. 366в.** Изпълнители на болнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК и определени от Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти за проследяване ефекта от терапията, подават по електронен път към НЗИС информация относно проследяване ефекта от терапията съгласно чл. 259, ал. 1, т. 10 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина по ред и условия, определени съвместно с Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти.

**Чл. 367.** (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност по КП и АПр или КПр на изпълнителите на БМП след представяне на следните отчетни документи:

1. електронни финансово-отчетни документи;

2. за приложените лекарствени продукти по чл. 352, ал. 2, 3 и 4, чл. 353, ал. 2, 3 и 4: отделни електронни финансово-отчетни документи;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

3. за медицинските изделия: екземпляр на "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр" по приложение № 26 и отделни електронни финансово-отчетни документи.

(2) В електронните финансово-отчетни документи по ал. 1 се включва само договорена и извършена дейност по КП, АПр или КПр от изпълнителите на БМП, подадена в ежедневните файлове по реда на чл. 366 и неотхвърлена от заплащане в месечното известие по чл. 366, ал. 10.

(3) При оказана медицинска дейност по КП, АПр или КПр на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на заверени от изпълнителите на БМП копия от удостоверителните документи за право на здравно осигуряване и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК" по приложение № 3.

(4) При оказана медицинска дейност по КП и КПр на здравнонеосигурени лица по чл. 343, ал. 1, т. 2 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1.

(5) При оказана медицинска дейност по КП, АПр или КПр на лица по чл. 343, 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.

(7) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай лекарствените продукти, приложени при животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии.

**Чл. 368.** (1) За гарантиране предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК съгласно чл. 4 от ЗБНЗОК за 2020 г. и чл. 4 от ЗБНЗОК за 2021 г. чл. 4 от ЗБНЗОК за 2023 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 2020 г., 2023 г. за периодите на извършване на дейността: декември 2019 г. - август 2020 г. и септември - ноември 2020 г. и бюджетната 2021 г. за периодите на извършване на дейността: декември 2020 г. - август 2021 г. и септември - ноември 2021 г. декември 2022 г. - май 2023 г., юни - август 2023 г. и септември - ноември 2023 г.

*Мотив: Предлагаме да се въведат 3месечни периода на анализ и корекции на стойностите, за по-голяма гъвкавост и адаптиране на стойностите към практиката и в съответствие на текста в чл. 4 от проекта за ЗБНЗОК за 2023 г.*

*По реда на прилагане през 2023 г. на Правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2022 г. в 3-месечните периоди по реда на Закона за удължаване на действието на законите за бюджетите за 2022 г. първите периоди са:*

декември 2022 г. - февруари 2023 г., март - май 2023 г.,

*Единствената разлика в предложението на БЛС е периода: „декември 2022 г. - ноември 2023 г.“*

**За УС на БЛС и НС на НЗОК**

(2) Стойностите по ал. 1 не се отнасят за дейностите, оказани на лица по чл. 343, ал. 1, т. 2, 3 и 4.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(3) Надзорният съвет на НЗОК утвърждава стойности на разходите за здравноосигурителни плащания за БМП и по изпълнители на БМП, разпределена по месеци за периодите по ал. 1 на база на предложения на директорите на РЗОК.

(4) Стойностите по ал. 3 се определят по различен ред за:

1. дейности в БМП - КП за раждане и здрави новородени и АПр за хемодиализа, закупувани със средствата в ЦУ на НЗОК;

2. дейности в БМП - КП, КПр, АПр, с изключение на дейности по т. 1, закупувани само в рамките на месечните стойности по приложение № 2б към договорите на изпълнителите на БМП.

(5) Надзорният съвет на НЗОК по предложение на директорите на РЗОК утвърждава индикативни стойности на изпълнителите на БМП за дейности по ал. 4, т. 1, за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, които ще се съблюдават при прилагане на ежеседмичния и месечния анализ и контрол от РЗОК.

(6) Лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии и дейностите, при които са приложени, се заплащат от РЗОК само след проверка на извършената от изпълнителя на БМП дейност и приложените лекарствени продукти.

(7) Условията и редът за определяне на стойности на разходите по ал. 1, 4 и 5 се регламентират от НС на НЗОК с правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2020 г. и чл. 4 от ЗБНЗОК за 2021 г. чл. 4 от ЗБНЗОК за 2023 г.

(8) Националната здравноосигурителна каса не закупува дейности, чиято стойност надвишава месечните стойности, определени по реда на правила по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2020 г. и чл. 4 от ЗБНЗОК за 2021 г. чл. 4 от ЗБНЗОК за 2023 г.

(9) Ръководителите на лечебните заведения, изпълнители на болнична медицинска помощ, носят отговорност за изпълнението и разпределението в рамките на съответното лечебно заведение на определените по реда на ЗБНЗОК за съответната година и на настоящия договор параметри за осъществяване на дейността. Приоритетно със средствата от увеличението на месечните стойности на лечебните заведения за болнична помощ, определени по реда на чл. 4 от ЗБНЗОК за 2020 г. и чл. 4 от ЗБНЗОК за 2021 г., се осигуряват разходи за персонал, както и дейностите, свързани с майчино и детско здравеопазване, със спешността и лечението на онкологично болни пациенти.

(10) Ръководителите на лечебните заведения, изпълнители на БМП, използват не по-малко от 50 % от приходите от медицински дейности на лечебното заведение (КП/АПр/КПр) за разходи за персонал. Изключение за използването на посочения процент се допуска единствено след разрешение на министъра на здравеопазването въз основа на мотивирано искане от ръководителя на лечебното заведение.

(11) От структурата на разходите за персонал, формирана по ал. 10, ръководителите на лечебните заведения – изпълнители на БМП, използват не по-малко от 80 % за медицинския персонал, в това число и за санитарии.

(12) (Изм. – ДВ, бр. 18 от 2020 г., в сила от 01.03.2020 г.) Минималното съотношение между разходите за лекарите и специалистите по здравни грижи в лечебните заведения, изпълнители на БМП, от структурата на разходите за медицински персонал по ал. 11 е 1.6 към 1.

НЗОК предлага ал. 9-12 да отпаднат, и да не се обвързват нивата на цените на извършените дейности с изискванията за заплати заплати на персонала.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

*БЛС предлага текстовете по ал. 9 - 12 да останат, но да бъдат редактирани*

*Предстои обсъждане, с оглед на текстовете, които са в процес на изготвяне в бъдещите нови раздели – чл. 55, ал. 2, т. 3б и 3в от ЗЗО.*

(13) Сключването на договори и/или допълнителни споразумения по реда на чл. 59, ал. 1а от ЗЗО е в рамките на утвърдените стойности по ал. 1.

*БЛС не е включил ал. 13 в предложената от тях редакция на чл. 368.*

**Чл. 368а.** (1) Изпълнителите на болнична медицинска помощ са длъжни да осъществяват дейността си в рамките на утвърдените им стойности по реда на чл. 4 от ЗБНЗОК за 2022 г. за периода 1.01.2022 г. – 31.12.2022 г., вписани в приложение № 2 към договора им с НЗОК.

(2) Утвърдените стойности по ал. 1 не се отнасят за дейностите, оказани на лица по чл. 343, ал. 1, т. 2, 3 и 4.

(3) Националната здравноосигурителна каса не закупува дейности, чиято стойност надвишава месечните стойности, определени по реда на правила по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2022 г.

(4) Приоритетно изпълнителите на болнична медицинска помощ в рамките на стойностите по ал. 1 осигуряват разходи за персонал, както и за дейностите, свързани с майчино и детско здравеопазване, със спешността и лечението на онкологично болни пациенти.

(5) Ръководителите на лечебните заведения, изпълнители на болнична медицинска помощ, които не изпълняват условията на ал. 10, използват не по-малко от 60 % от приходите от НЗОК за извършените медицински дейности (по КП/АПр/КПр) за разходи за персонал при осигуряване на необходимите средства за лекарствени продукти, консултативни и други дейности, свързани с лечението на пациентите. При установено нарушение лечебните заведения работят по цени на медицинските дейности на нивата съгласно чл. 338г, ал. 1, чл. 339б, ал. 1 и чл. 340б, ал. 1, колони "Цена по чл. 368а, ал. 9", за периода на установяване на несъответствието.

(6) При прилагане на правилата за разходите за персонал по ал. 5 изпълнителите на болнична медицинска помощ следва да осигурят изпълнението на медицинската помощ по договор с НЗОК в нейния пълен обем и качество.

(7) Съотношението между минималното и максималното брутно трудово възнаграждение на медицинските специалисти в лечебните заведения, изпълнители на болнична медицинска помощ, е не повече от 1 към 20. Брутното трудово възнаграждение се формира като сума от основното трудово възнаграждение и всички допълнителни възнаграждения на изпълнителите на болнична медицинска помощ за работата по дейности, финансирани с публични средства.

(8) Лечебните заведения, изпълнители на болнична медицинска помощ, в срок до 1.08.2022 г. следва да изпълнят условието на ал. 7. Националната здравноосигурителна каса извършва ежемесечно наблюдение на постигнатите съотношения в лечебните заведения за болнична помощ. При установено несъответствие НЗОК заплаща на съответното лечебно заведение по цени на медицинските дейности съгласно чл. 338г, ал. 1, колона "Цена от 1.01.2022 – 30.04.2022 г.", за периода на установеното несъответствие.

(9) Лечебните заведения – изпълнители на болнична медицинска помощ, в срок до 1.08.2022 г. привеждат вътрешните правила за работните заплати в съответствие с размерите на основните трудови възнаграждения по категории персонал съобразно колективния трудов договор в отрасъл "Здравеопазване" (КТД) 2022 г. При установено несъответствие след тази дата НЗОК заплаща на съответното лечебно заведение по цени на медицинските дейности на нивата съгласно чл. 338г, ал. 1, чл. 339б, ал. 1 и чл. 340б, ал. 1, колони "Цена по чл. 368а, ал. 9", за периода на установяване на несъответствието.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(10) До 31.07.2022 г. лечебните заведения за болнична помощ са длъжни да начисляват брутно трудово възнаграждение за положения труд, което включва основни месечни трудови възнаграждения по категории персонал и допълнителни трудови възнаграждения в размер не по-малко от размерите на основните трудови възнаграждения, определени в КТД в отрасъл "Здравеопазване" 2022 г. Ръководителите на лечебните заведения за болнична медицинска помощ утвърждават във вътрешни правила за работните заплати размерите и механизмите за формиране на работната заплата за персонала в съответствие с изискванията. При установено несъответствие след тази дата НЗОК заплаща на съответното лечебно заведение по цени на медицинските дейности на нивата съгласно чл. 338г, ал. 1, чл. 339б, ал. 1 и чл. 340б, ал. 1, колони "Цена по чл. 368а, ал. 9", за периода на установяване на несъответствието.

(11) С цел установяване на съответствията по ал. 9 изпълнителите на болнична медицинска помощ предоставят в РЗОК и в Изпълнителна агенция "Главна инспекция по труда" (ИАГИТ) информация за длъжностните щатни разписания към 1.08.2022 г., като прилагат и декларация за идентичност на данните с тези от поименното щатно разписание на длъжностите в лечебните заведения за болнична медицинска помощ за съответните категории персонал. При промяна на обстоятелствата за следващ период изпълнителите на болнична медицинска помощ представят актуална информация.

(12) При установяване на несъответствие по ал. 9 компетентните органи на ИАГИТ информират НЗОК. В тези случаи НЗОК, респ. РЗОК, автоматично преизчислява стойностите по реда на ал. 9.

**Чл. 369.** (1) С настоящия договор НЗОК и БЛС определят Механизъм за гарантиране предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ по ЗБНЗОК за съответната календарна година (Механизма).

(2) Стойностите по финансово отчетните документи по чл. 367 не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по приложение № 2 към договора на изпълнителя с НЗОК.

(2) Директорът на РЗОК сключва договори с изпълнителите на БМП за закупуване на медицински дейности в рамките на утвърдените по чл. 368, ал. 4, т. 2 стойности. За всеки изпълнител в приложение № 2 към договора с НЗОК съгласно чл. 25, ал. 4, т. 2 се определя месечна стойност при условията и по реда на правилата по чл. 4, ал. 4 от ЗБНЗОК за 2023 г.

(3) За прилагане на ал. 2 в месечните известия по чл. 366, ал. 10 се посочва сумата на надвишението на стойността на отчетените през месеца дейности спрямо определената месечна стойност, която подлежи на възстановяване на НЗОК по реда на Механизма. Сумата се посочва с отрицателен знак.

(3) Районната здравноосигурителна каса текущо анализира постъпващата информация по чл. 366 за достигнатото изпълнение на стойностите по чл. 368. В случай на констатирана от РЗОК при анализа по ал. 2 тенденция за изпреварващо достигане от конкретен изпълнител на определените стойности по чл. 368 РЗОК извършва внезапен контрол.

(4) Надвишението на стойността на отчетените през месеца дейности спрямо определената месечна стойност се компенсира с размера на средствата, изплатени за работа при неблагоприятни условия, свързани с обявено извънредно положение, съответно извънредна епидемична обстановка, по реда на чл. 344, ал. 1, т. 6.

(4) Стойностите по чл. 368 по финансово-отчетните документи не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по приложение № 2 на индивидуалните договори на изпълнителите.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(5) Разпоредбата на ал. 4 се прилага след изтичане на периода, през който изпълнителят на болнична медицинска помощ е имал право на заплащане за работа при неблагоприятни условия.

(5) За прилагане на ал. 4 в месечните известия по чл. 366, ал. 10 се посочва сумата на надвишението на стойността на отчетените през месеца дейности спрямо определената месечна стойност, която подлежи на възстановяване на НЗОК по реда на Механизма. Сумата се посочва с отрицателен знак.

(6) За прилагането на ал. 4 НЗОК издава месечно известие след контрол към съответния изпълнител на болнична медицинска помощ на стойност, отговаряща на превишението, но не по-голяма от размера на изплатените средства за работа при неблагоприятни условия, свързани с обявено извънредно положение, съответно извънредна епидемична обстановка. На основание месечното известие след контрол изпълнителят на болнична медицинска помощ изготвя кредитно известие за съответния месец, за който е изплатена сума за неблагоприятни условия на работа.

(6) Изпълнител на БМП може да подаде в РЗОК писмено заявление за увеличение на размера на месечната стойност за случаите на спешна диагностика и лечение по КП, КПр или АПр по ал. 2 за сметка на до 5 % от утвърдената стойност за следващия месец в приложение № 2 от индивидуалния договор за периода февруари - декември 2023 г. (период на извършване на дейността: януари - ноември 2023 г.).

(7) Всички действия по Механизма се прилагат след компенсиране на надвишения с изплатени средства за работа при неблагоприятни условия, свързани с обявено извънредно положение, съответно извънредна епидемична обстановка.

(7) Промените в приложение № 2 към индивидуалния договор при прилагане на ал. 2 се договарят между изпълнителя на БМП и директора на РЗОК в срока за представяне в РЗОК на отчетите за заплащане на дейността за съответния месец.

(8) В случай че след заплащане на отчетената месечна дейност се установи недостигане от конкретен изпълнител на болнична медицинска помощ на определените месечни стойности по приложение № 2 от индивидуалния договор, като същият изпълнител за предходен месец е формирал надвишение на месечната стойност, възстановена по реда на ал. 3, възстановената сума се намалява с формираната икономия.

(8) В случай че след заплащане на отчетената месечна дейност се установи недостигане от конкретен изпълнител на БМП на определените месечни стойности по приложение № 2 от индивидуалния договор, в него се отразяват стойностите на заплатената за месеца дейност. Изпълнителят на БМП може да прехвърля икономията на средства разликата в средствата по предходното изречение в рамките на общия размер на определените стойности по приложение № 2 към договорите си за периодите по чл. 368, ал. 1. Икономията на средства Разликата в средствата в края на период на извършване на дейност по предходното изречение не се прехвърля за следващ период.

(9) Когато за предходен месец изпълнител на БМП е формирал надвишение на месечната стойност, възстановена по реда на ал. 4, редът на ал. 8 се прилага след приспадане на възстановената сума от формираната икономия разлика в средствата. В тези случаи в месечните известия по чл. 368, ал. 10 сумата на надвишението по ал. 4 в рамките на формираната за месеца икономия се посочва с положителен знак, което се отразява и в приложение № 2 от индивидуалния договор.



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(10) Стойностите на отхвърлените от заплащане случаи от предходен период на дейност компенсирани се отразяват в увеличение на месечната стойност в месеца, в който ще се извърши приспадането на стойностите на тези случаи.

*БЛС предлагат „период“ да се замени с „месец“.*

*НЗОК: обикновено последващ контрол се прави на период, който рядко е само предходния месец.*

(11) Стойностите на потвърдени за заплащане случаи от предходен период на дейност компенсирани се отразяват в намаление на месечната стойност в месеца, в който ще се извърши заплащането на тези случаи.

*БЛС предлагат „период“ да се замени с „месец“.*

*НЗОК: възможно е отпадането на основание за отхвърляне от заплащане да се установи за период, който е преди предходния месец.*

(12) Редът на ал. 9, ал. 10 и 11 не се прилага за дейности, отчетени по реда на предходни НРД.

(13) Директорът на РЗОК представя ежемесечни доклади на НС на НЗОК за резултатите от извършения контрол по ал. 3 на изпълнителите на БМП, надвишили определените им стойности по чл. 368.

*БЛС и НЗОК - да се обсъди разпоредбата за Механизма*

*Чл. 370. (Отм. — ДВ, бр. 37 от 2022 г., в сила от 1.01.2022 г.)*

**Чл. 370.** (1) Директорът на РЗОК може да внесе предложение до НС на НЗОК за коригиране на определените стойности в приложение № 2 по договорите с изпълнителите на БМП на основание получено от конкретен изпълнител на БМП мотивирано предложение, водещо до промяна на определените стойности по чл. 368, ал. 4, т. 2 в края на период по чл. 368, ал. 1, при наличие на неусвоени средства на ниво РЗОК. Предложенията се внасят с доклад за всеки отделен изпълнител на БМП, включващ:

1. конкретните обстоятелства, довели до необходимост от промяна;

2. резултата от текущите проверки на РЗОК при констатирана тенденция на нарастване на разходите на ниво лечебно заведение, отделение/клиника.

(2) Надзорният съвет на НЗОК утвърждава корекции по стойностите на разходите за БМП на РЗОК в съответствие с параметрите на средствата по бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво.

*НЗОК и БЛС - за обсъждане*

**Чл. 371.** (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, подават отчетните документи по чл. 367 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 КЕП по смисъла на чл. 13, ал. 2 от ЗЕДЕУУ от управителя на лечебното заведение - изпълнител на БМП, 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 извършената 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. 366, ал. 14 и включва одобрената за заплащане медицинска дейност в това известие.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 372.** (1) При подаване на електронен финансов документ по чл. 371 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. 371, ал. 3 и 4.

**Чл. 373.** (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 един работен ден след получаване на нотификацията.

**Чл. 374.** (1) За приет финансово-отчетен документ се счита документът, подписан с електронен подпис от директора на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице.

(2) Изпълнителят на БМП получава нотификация чрез профила си в информационната система на НЗОК за приетия финансово-отчетен документ.

**Чл. 375.** Плащанията на изпълнителите на БМП се извършват чрез РЗОК до 25-о число на месеца, следващ отчетния, с изключение на:

1. плащанията по финансово-отчетни документи по чл. 367, 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. 367, 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. 367, ал. 1, т. 2 и 3, които се извършват до 30-о число на втория месец, следващ отчетния.

**Чл. 376.** (1) При писмено заявен отказ от страна на изпълнителя на БМП да изпълни корекциите по чл. 372 и 373 РЗОК не заплаща отчетената дейност.

(2) При неспазване на посочените в чл. 371, 372 и 373 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. 372 и 373 не се извършат до края на втория месец, следващ отчетния, на изпълнителя на БМП не се заплаща по този ред.

**Чл. 377.** (1) Плащанията се извършват в левове, по банков път, по обявена от изпълнителя на БМП в индивидуалния договор банкова сметка.

(2) При промяна на банковата сметка, посочена в индивидуалния договор между НЗОК и изпълнителя на БМП, към договора се сключва допълнително споразумение за това обстоятелство.

**Чл. 378.** За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, изпълнителите на БМП носят отговорност.

**Чл. 379.** (1) Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на изпълнителя на БМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

(2) Редът на ал. 1 не се прилага в случаите на извършване на частично плащане и/или за отлагане на плащанията при недостиг на бюджетни средства за извършване от НЗОК на съответните здравноосигурителни плащания към изпълнителите на БМП.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

## Раздел X

### Документация и документооборот за изпълнители на болнична помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури

**Чл. 380.** Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки изпълнител на БМП, включва документите по чл. 294, първични медицински документи по приложение № 2 и финансово-отчетни документи по Закона за счетоводството.

**Чл. 381.** (1) Дейностите по КП, КПр и АПр се извършват в съответствие с алгоритмите по приложения № 17, 18 и 19 и се отразяват в посочените в тези алгоритми документи.

(2) В приложение № 21а "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. В приложение № 21 „Кодове на диагностични процедури по КСМП - версия 2020 г.“

**Чл. 382.** В диагностично-консултативния блок/приемния 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. 383.** В ИЗ се отразяват датата и часът на постъпването на ЗОЛ в лечебното заведение - изпълнител на БМП.

**Чл. 384.** (1) Първичните медицински документи са:

1. "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7);
2. "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8);
3. "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А);
4. "Лист за диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 9);
5. "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр";
6. "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" (бл. МЗ-НЗОК № 12);
7. "Решение на специализирана комисия по специалност" (бл. МЗ-НЗОК № 13);
8. "История на заболяването";
9. "История на бременността и раждането";
10. "История на новороденото".

(2) Документите по ал. 1, т. 1, 8, 9 и 10 се издават електронно чрез БИС. Издадените електронни медицински документи се регистрират в НЗИС и получават НРН. В медицинските документи по ал. 1, т. 8, 9 и 10 се съхранява информация за НРН на "Направление за хоспитализация".

(3) Получените от НЗИС НРН номера се подават от изпълнителя на болнична медицинска помощ с електронните отчети по чл. 366, ал. 1.

(4) Не се допуска едновременно издаване на първичните медицински документи по електронен път с въведен НРН и на хартиен носител с въведен № на документа, генериран от БИС.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(5) Редът за предоставяне на електронните здравни записи е в съответствие с този договор и наредбата по чл. 28г, ал. 6 от Закона за здравето.

**Чл. 385.** (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 № 2б.

(2) "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) се попълва в два екземпляра. Издава се 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. В случаите на издаден болничен лист същият се отразява в "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), като задължително се вписва уникалният номер на болничния лист съгласно формата, определен от НОИ.

(3) "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) и "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А) се попълват в един екземпляр.

(4) Документите се попълват в съответния брой екземпляри, както следва:

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

2. регистрационните и медицинските данни в документа относно приемането за хоспитализация и болничното лечение на ЗОЛ се попълват от лечебното заведение **извършило болничната медицинска помощ.**

**Чл. 386.** (1) "Лист за диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 9) и "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр" се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в приложение № 2. "Лист за диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 9) се попълва в един екземпляр, а "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр" - в два екземпляра.

(2) "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" (бл. МЗ-НЗОК № 12) и "Решение на специализирана комисия по специалност" (бл. МЗ-НЗОК № 13) се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в приложение № 2 "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" (бл. МЗ-НЗОК № 12) се попълва в три екземпляра, а "Решение на специализирана комисия по специалност" (бл. МЗ-НЗОК № 13) - в два екземпляра.

**Чл. 387.** (1) Медицинската документация - "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7), "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8), "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А), "Лист за диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 9), "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" (бл. МЗ-НЗОК № 12) и "Решение на специализирана комисия" (бл. МЗ-НЗОК № 13), епикризата, както и документи за извършени основни

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

диагностични и терапевтични процедури се подписват само от лекари, включени в приложение № 1 към договора на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.

(2) „Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология“ (бл. МЗ-НЗОК № 12), издадено от Клинична онкологична комисия за лица под 18 г./Клинична комисия по хематология за лица под 18 г. и т. нар. „млади възрастни“, се подписва от всички лекари, имащи отношение към диагностично-лечения процес на тези лица.

**Чл. 388.** (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. 294, 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. 271, т. 3 в същото лечебно заведение.

**Чл. 389.** 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. 390.** (1) При отчетена и заплатена КП, АПр и КПр, когато не е изпълнен диагностично-лечебният алгоритъм, липсват индикации за хоспитализация, както и при неизпълнени критерии за дехоспитализация, директорът на РЗОК удържа неоснователно платените суми.

(2) Директорът на РЗОК удържа неоснователно платените суми също при:

1. незавършена КП, доказано при последващ контрол;

2. несъответствие между договорената по вид и обем и оказаната медицинска помощ.

(3) Директорът на РЗОК не заплаща отчетените случаи при неспазване на изискванията за непрекъснатост на болничните грижи - отсъствие на пациента при междинен одит.

## **Глава двадесета**

### **УСЛОВИЯ И РЕД ЗА КОНТРОЛ ПО ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ДОГОВОРИТЕ ЗА ОКАЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

**Чл. 391.** (1) Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се извършва в съответствие с раздел X от ЗЗО и тази глава.

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

(3) Обект на контрол при настоящите условия и ред са всички лечебни заведения или техните обединения, сключили договор с НЗОК, които по смисъла на чл. 58 от ЗЗО са изпълнители на медицинска помощ.

**Чл. 392.** (1) Управителят на НЗОК упражнява цялостен контрол по изпълнението на договорите чрез:

1. длъжностни лица - служители на НЗОК;

2. длъжностни лица от РЗОК - контролбори.

(2) Директорът на РЗОК упражнява контрол върху изпълнението на договорите чрез длъжностни лица на РЗОК - контролбори.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 393.** (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 - контролори.

(2) Длъжностните лица по ал. 1 осъществяват внезапен контрол по изпълнение на договорите с изпълнителите на медицинска помощ, контрол преди заплащане на оказаната медицинска помощ и последващ контрол.

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

(4) По жалби, при които не може да се идентифицира подателя, не се извършват проверки.

**Чл. 394.** (1) Изпълнителите на медицинска помощ са длъжни да:

1. оказват съдействие на контролните органи на НЗОК и РЗОК при изпълнение на служебните им задължения;

2. предоставят на контролните органи на НЗОК и РЗОК при поискване всички документи по сключените договори, както и отчетната документация по чл. 33, ал. 2, с изключение на финансовите отчетни документи по чл. 33, ал. 2, т. 3 при електронно отчитане.

(2) Контролната дейност се осъществява по начин и във време, незатрудняващи основната дейност на изпълнителите на медицинска помощ.

(3) Изпълнителите на медицинска помощ са длъжни да осигурят достъп на длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО до помещенията, в които се изпълнява дейността по сключения договор, съответно се съхраняват документи, лекарствени продукти, диетични храни за специални медицински цели, медицински изделия и/или високоспециализирани уреди/апарати за индивидуална употреба и помощни средства, приспособления и съоръжения за хората с увреждания при спазване на здравните изисквания.

(4) Лицата по ал. 3 са длъжни да представят на длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО исканите от тях описи, справки, сведения, декларации, обяснения, рекапитулации и други документи и информация, както и да оказват съдействие при изпълнението на служебните им задължения.

**Чл. 395.** 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. 396.** (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. 397.** (1) Управителят на НЗОК или оправомощено от него длъжностно лице може със заповед да разпорежда 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

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

и контролните органи на РЗОК, които ще участват в проверката; конкретния/конкретните изпълнител/и на медицинска помощ - обект/и на проверката, задачата и вида на проверката.

(3) Служителите на РЗОК - контролори, могат да извършват проверки на територията на съответната РЗОК по заповед на нейния директор или на оправомощено от него длъжностно лице.

**Чл. 398.** (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. 399.** (1) При откриване на проверката проверяващото лице (лица) се легитимира и връчва екземпляр от заповедта за проверка на 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.

(4) До приключване на проверката ИМП са длъжни да предоставят на контролните органи заверени с подпис и печат копия от необходимите за извършване на проверката документи.

**Чл. 400.** (1) Контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО: длъжностните лица - служители на НЗОК, и длъжностни лица от РЗОК - контролори, имат правата по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО.

(2) За изпълнение на правомощията си по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО контролните органи по чл. 72, ал. 2 имат право на достъп до информация от работодателите, осигурените и изпълнителите.

(3) Длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, които нямат образователно-квалификационна степен магистър по медицина (лекар), нямат правомощията по чл. 73, ал. 1, т. 7 от ЗЗО.

БЛС не приема

НЗОК: Разпоредбата на чл.400, ал.3 от НРД за МД следва да отпадне като противоречаща на разпоредба на нормативен акт от по-висока степен, какъвто е Закона за здравето осигуряване (ЗЗО). Разпоредбите в НРД за МД като подзаконов нормативен акт, чието основание за приемане е изпълнението на ЗЗО, не следва да противоречат и да изменят тези в ЗЗО. В случая изискването на чл.400, ал.3 от НРД за МД противоречи на чл. 73 от ЗЗО, в който са разписани правомощията на контролните органи по чл.72, ал.2 от ЗЗО и сред тях, в ал. 1 т.7, е уредено право да проверяват съответствието на дейността на изпълнителите с критериите за достъпност и качество, на медицинската помощ, регламентирани в НРД в съответствие с чл.59в от ЗЗО. Залегналите в чл. 73 от ЗЗО правомощия са уредени за всички длъжностни лица по чл.72, ал.2 от ЗЗО, без да бъдат разграничавани по определен признак, докато в ал.3 на чл.400, от НРД за МД длъжностните лица са диференцирани по признак професионална квалификация и образователна степен, като определени правомощия са вменени само за магистър по медицина (лекар).

За УС на БЛС и НС на НЗОК.

**Чл. 401.** (1) За резултатите от извършената проверка и установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО съставят протокол, в който вписват:

1. обекта на проверката - наименование и месторазположение;

2. данните за проверката - дата и място на съставяне, основание за извършване на проверката, проверяващото лице (лица);

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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. 402.** Лицето - обект на проверката, има право да даде писмено становище пред управителя на НЗОК, съответно пред директора на РЗОК, с когото е сключило договор, по направените от длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО констатации в 7-дневен срок от връчването на протокола по чл. 401, ал. 1.

**Чл. 403.** Санкциите се налагат по реда на глава двадесет и първа.

**Чл. 404.** (1) При извършване на проверките по чл. 396, 397 и 398 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. 401, 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. 405.** При извършване на проверките по чл. 396, 397 и 398 на изпълнители на болнична помощ по КП, АПр и КПр могат да присъстват и други специалисти по преценка на управителя на НЗОК/директора на РЗОК.

**Чл. 406.** При установяване на административни нарушения по чл. 105д и 105е от ЗЗО актовете за установяване на административни нарушения по ЗАНН се съставят от длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО по реда на ЗАНН и инструкцията на управителя на НЗОК по чл. 72, ал. 10 от ЗЗО.

**Чл. 407.** (1) При осъществяване на контролната дейност от длъжностни лица - служители на НЗОК, и от длъжностни лица от РЗОК - контролори, 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.



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

# 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. 408.** (1) При констатирани нарушения от длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО: длъжностните лица - служители на НЗОК, и длъжностните лица от РЗОК - контролори, по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се налагат:

1. санкции, предвидени в тази глава;
2. глоби или имуществени санкции съгласно административнонаказателните разпоредби на ЗЗО.

(2) Предвидените в тази глава санкции се прилагат при нарушение, констатирано по реда на глава двадесета.

(3) Предвидените в чл. 105д и 105е от ЗЗО глоби или имуществени санкции се прилагат при нарушение, констатирано по реда на ЗАНН и инструкцията по чл. 72, ал. 10 от ЗЗО, на управителя на НЗОК.

(4) За маловажни случаи на нарушения наказващият орган не налага наказание, като направи предписание за отстраняване на съответното нарушение и предупреди нарушителя, че при повторно извършване на нарушение ще му бъде наложена санкция.

(5) След изтичане на срока за изпълнение на предписание за отстраняване на съответното нарушение контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО могат да направят повторна проверка и да изискат документи, удостоверяващи изпълнението на предписанието.

**Чл. 409.** (1) В случаите по чл. 76а от ЗЗО, когато ИМП е получил суми без правно основание, които не са свързани с извършване на нарушение по ЗЗО или на НРД и това е установено при проверка от контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, изпълнителят е длъжен да възстанови сумите.

(2) В случаите по ал. 1 се съставя протокол за неоснователно получени суми.

(3) Протоколът за неоснователно получени суми по ал. 2 съдържа:

1. обекта на проверката - наименование и месторазположение;
2. данните за проверката - дата и място на съставяне, основание за извършване на проверката, проверяващото лице (лица);
3. описание на установените факти;
4. констатираните неоснователно получени суми и техния размер;
5. подписа на съставителя(ите);
6. срока за възражение, установен в ЗЗО;
7. дата на връчване и подпис на лицето - обект на проверката.

(4) Лицето - обект на проверката, има право да представи писмено възражение пред управителя на НЗОК, съответно пред директора на РЗОК, в 7-дневен срок от връчване на протокола.

(5) След изтичане на срока за възражение по ал. 4 управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание, която се връчва на ИМП.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(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. 410.** (1) В случаите по чл. 76б от ЗЗО, когато ИМП е получил суми без правно основание в резултат на извършено нарушение по ЗЗО или на НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, удържа неоснователно платените суми, като на нарушителя се налагат наказания, определени в ЗЗО или в НРД.

(2) В случаите по ал. 1 управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание, след влизане в сила на наказателното постановление и/или на заповедта за налагане на санкция.

**Чл. 411.** Протоколите по чл. 74, ал. 3 от ЗЗО и чл. 76а, ал. 2 от ЗЗО и протоколите в случаите на констатирано нарушение с получаване на суми без правно основание по чл. 76б от ЗЗО се връчват по реда на Данъчно-осигурителния процесуален кодекс.

**Чл. 412.** (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.

За констатирани нарушения от един вид в рамките на една проверка на ЛЗ се налага една санкция - санкциите от определен вид не се кумулират в рамките на една проверка.

*НЗОК: не приема. Санкции се налагат за конкретно нарушение - неправомерно деяние (действие или бездействие), а не за вид нарушение.*

*Деиностите по предоставяне на медицинска помощ се осъществяват по отношение на конкретни здравноосигурени лица по време на конкретен болничен престой, извършен преглед или медико-диагностична дейност. Извършените от лечебното заведение, с действия или бездействия, нарушения са по отношение оказаната медицинска помощ на здравноосигурено лице, отразени в амбулаторен лист или история на заболяването (ИЗ), т.е същото е индивидуализирано и е извършено в нарушение на дължимото, съгласно нормативната уредба, поведение по време на предоставяне на медицинска помощ на конкретно ЗОЛ.*

*При квалификацията на деянието, предмет на разглеждане в административното производство, се вземат предвид фактическите обстоятелства по отделните случаи, за които следва да се прилага съответна по вид и размер санкция. Поради това квалификацията на деянието като нарушение по отношение предоставянето на медицинска помощ на определено ЗОЛ, представлява самостоятелно основание за налагането на санкция за всяко едно нарушение от съответния вид.*

**За УС на БЛС и НС на НЗОК.**

(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.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(6) В случаите по ал. 5 общият размер на санкцията е сбор от санкциите за всяко едно нарушение.

**Чл. 413.** 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

НЗОК: - относно размера на санкциите

*С настъпилите през последните години изменения на приетия Национален рамков договор № РД-НС-01-4/ 23.12.2019г. за МД 2020-2022г. неколкратно бяха увеличени цените на медицинските дейности, които НЗОК заплаща.*

*Наложените санкции следва да осъществяват както възпитателна, така и превантивна, възпираща функция срещу извършването на вида нарушения, за които са определени, като лицата, извършващи дейности в лечебното заведение, предвид възможното имуществено обедняване, следва да придържат своето поведение към изискванията на императивните норми, съобразно общественя ред, свързан със здравноосигурителните отношения.*

*Стойностите на залегналите в НРД за МД 2020-2022г. санкции се явяват несъразмерни, предвид недостатъчно засягане на икономическия интерес на изпълнителите на медицинска помощ в сравнение с увеличените цени на медицинските дейности, поради което налагането им не води до желаното ниво на превантивна, възпираща функция срещу извършването на нарушения.*

Размерът на санкциите - за обсъждане от УС на БЛС и НС на НЗОК.

**Чл. 414.** (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ наруши условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 150 лв. **от 50 – до 100 лв.**

(2) За повторно нарушение по ал. 1 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 300 лв. **от 100 – до 200 лв.**

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от ~~200 до 500 лв.~~ **300 до 600 лв.** **от 100 – до 200 лв.**

(4) За повторно нарушение по ал. 3 "финансовата неустойка" е в размер от ~~600 до 1500 лв.~~ **900 до 1800 лв.** **от 300 – до 500 лв.**

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение наруши условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 100 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 "финансовата неустойка" е в размер от 150 до 300 лв. **от 100 – до 200 лв.**

**Чл. 415.** (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ наруши изискванията за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане, управителят на НЗОК,

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 150 лв. от 50 – до 100 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 300 лв. от 100 – до 200 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши изискванията за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от ~~100 до 500 лв.~~ 200 до 600 лв. от 100 – до 300 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 "финансовата неустойка" е в размер от ~~200 до 1000 лв.~~ 400 до 1200 лв. от 200 – до 400 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. от 50 – до 100 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 300 лв. от 100 – до 200 лв.

**Чл. 416.** (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. от 50 – до 100 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 300 лв. от 100 – до 200 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.~~ 300 до 600 лв. от 200 – до 400 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 "финансовата неустойка" е в размер от ~~400 до 1000 лв.~~ 600 до 1200 лв. от 200 – до 400 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. от 50 – до 100 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 300 лв. от 100 – до 200 лв.

**Чл. 417.** (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ наруши определените в този НРД изисквания за назначаване на лекарствена терапия или предписване на лекарствени продукти за домашно лечение/медицински изделия/диетични храни за специални медицински цели, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 150 лв. от 50 – до 100 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 300 лв. от 100 – до 200 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши установените изисквания за предписване и отпускане или отчитане на лекарствени продукти, прилагани в болничната помощ, извън цената на КП/АПР, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 200 до 500 лв. от 100 – до 300 лв.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 "финансовата неустойка" е в размер от 400 до 1500 лв. ~~от 300 – до 500 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. 418.** (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 150 лв.~~ 100 до 300 лв. ~~50 до 100 лв.~~

(4) За повторно нарушение по ал. 3 "финансовата неустойка" е в размер от ~~100 до 200 лв.~~ 150 до 350 лв. 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. 419.** 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. 414 - 418.

**Чл. 420.** (1) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от ~~50 до 100 лв.~~ 100 до 300 лв., ~~50 до 100 лв.~~ когато изпълнител на медицинска помощ е извършил някое от следните нарушения:

1. нарушаване на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД;

2. неудовлетвореност на пациентите от оказаните медицински дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, заплатена от бюджета на НЗОК, установена съгласно наредбата по чл. 19, ал. 7, т. 15 от ЗЗО, и след оценка на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД, и установяване на нарушаването им.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 "финансовата неустойка" е в размер от ~~150 до 250 лв.~~ 300 до 750 лв. 100 до 200 лв.

(3) В случаите на недостигане на прицелните стойности по чл. 170, ал. 3 и чл. 171, ал. 3 за НbА1с, 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.~~ 600 до 1500 лв. ~~от 200- до 300 лв.~~ когато изпълнител на медицинска помощ е извършил някое от следните нарушения:

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

1. системно нарушение по смисъла на § 1, т. 19 от допълнителните разпоредби на ЗЗО на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД;

2. системна неудовлетвореност по смисъла на § 1, т. 19а от допълнителните разпоредби на ЗЗО на пациентите от оказаните медицински дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, заплатена от бюджета на НЗОК, установена съгласно наредбата по чл. 19, ал. 7, т. 15 от ЗЗО, и след оценка на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД, и установяване на нарушаването им.

(5) Заповедта за налагане на санкция подлежи на оспорване по реда на АПК.

**Чл. 421.** (1) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "прекратяване на договора" при отчитане на дейност, която не е извършена, както и при извършване и отчитане на медицинска дейност, за която няма съответни медицински индикации, установено по реда на чл. 72, ал. 2 от ЗЗО:

а) от изпълнител на извънболнична медицинска помощ по определен пакет - частично, по отношение на лекаря, който не е извършил тази дейност;

б) от изпълнител на болнична медицинска помощ - частично, за съответната медицинска дейност от пакета, по която е отчетена неизвършената дейност.

(2) При повторно извършване на нарушението по ал. 1 договорът с изпълнителя се прекратява изцяло.

(3) Заповедта за прекратяване на договора подлежи на оспорване по реда на АПК.

## **Раздел III**

### **Ред за налагане на санкции**

**Чл. 422.** (1) Когато лицето - обект на проверката, не изрази писмено становище по чл. 402 или изразеното от него становище не съдържа възражения по направените констатации от длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава заповед, с която налага санкция.

(2) В 14-дневен срок след получаването на заповедта по ал. 1 ИМП е задължен доброволно да внесе дължимите суми.

(3) Когато ИМП не внесе доброволно дължимата сума, тя се прихваща от следващото плащане по договора. Когато договорът е прекратен и/или не се дължат плащания по него, сумата се събира по съдебен ред.

**Чл. 423.** (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. 402 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 двуседмичен срок от получаване на преписката.

(3) Арбитражът не е задължителен, освен ако арбитражната комисия не се е сформирала при условията на чл. 75, ал. 5 от ЗЗО в двуседмичен срок от писмената покана на директора на съответната РЗОК до съответните лица и организации.

## **Легенда:**

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

**Чл. 424.** (1) В случай че арбитражната комисия потвърди констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава заповед за налагане на предвидените в НРД санкции.

(2) Санкциите по ал. 1 се налагат със заповед на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, която се издава в срок до един месец от уведомяването от страна на арбитражната комисия на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, че са потвърдени констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО и се съобщава на лицето - обект на проверката.

(3) Когато нарушението е установено от длъжностни лица - 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. 425.** (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 УС на БЛС в едноседмичен срок след уведомяването му от управителя на НЗОК.

(4) Директорът на съответната РЗОК организира създаването на арбитражна комисия за всеки конкретен случай и тя осъществява своята дейност при условията и по реда, определени в този раздел.

(5) При осъществяване на правомощията си по ал. 4 директорът на РЗОК включва в арбитражната комисия за всеки конкретен случай посочените по реда на ал. 3 представители на РК на БЛС по съответните специалности, които имат отношение към описаните факти и направените констатации в протокола на съответното длъжностно лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО.

(6) В заповедта по ал. 5 се посочват и резервни членове.

(7) Член на арбитражната комисия не може да бъде длъжностно лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, което е извършило проверката и чийто 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. 426.** (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.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(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. 427.** Арбитражните комисии работят в съответствие с чл. 75 от ЗЗО.

**Чл. 428.** (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 непристрастност и независимост.

**Чл. 429.** (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 - контрольори), както и на ИМП, направил възражения. Комисията може да изисква всички необходими документи, справки и други материали, необходими им за формиране на решение.

**Чл. 430.** На всяко заседание на комисията се води протокол, който се подписва от всички членове на комисията.

**Чл. 431.** (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 двуседмичен, 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. 432.** (1) В случай че арбитражната комисия потвърди констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО изцяло или частично, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава заповед за налагане на предвидените в НРД санкции.

(2) В случай че арбитражната комисия отхвърли изцяло констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, писмено уведомява лицето - обект на проверката, за решението за прекратяване на производството.



## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

(3) В случай че арбитражната комисия не се произнесе с решение в срока по чл. 75, ал. 7 от ЗЗО или е налице равен брой гласове, поради което не е налице прието решение, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава мотивирана заповед, с която може да наложи санкциите.

(4) В случаите по ал. 3 арбитражната комисия изготвя протокол. Екземпляр от протокола се предоставя на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, и на РК на БЛС, а препис-извлечение от протокола се предоставя на лицето - обект на проверката.

(5) В случай че съответните РК на БЛС не са посочили свои представители в сроковете по чл. 75, ал. 6 от ЗЗО за създаване на арбитражна комисия, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава мотивирана заповед, с която може да наложи санкциите, без да е необходимо становището по чл. 74, ал. 4 от ЗЗО да бъде разглеждано от такава комисия.

**Чл. 433.** (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.

## ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

**§ 1.** По смисъла на този договор:

1. „Здравноосигурени лица“ са лицата по чл. 33 от ЗЗО с непрекъснати здравноосигурителни права. Здравноосигурени лица се считат и:

а) лицата, осигурени в друга държава - членка на ЕС, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДРЗЗО - за съответния обхват медицинска помощ, в зависимост от приложимото спрямо лицата законодателство; лицата следва да докажат правото си на медицинска помощ с удостоверяващи документи за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, издадени по реда на правилата за координация на системите за социална сигурност, както и гражданите на държави, с които Република България има сключени международни договори за социална сигурност;

б) здравнонеосигурени лица по § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2023 г., § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2021 г. и § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2022 г. - за следните дейности:

- здравнонеосигурени жени - за медицинските грижи по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗО;
- комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на болни с психични заболявания;
- комплексно диспансерно наблюдение на болни с кожно-венерически заболявания;
- интензивно лечение;

в) лица по § 7, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2023 г., § 7, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2021 г. и § 7, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2022 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:

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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 календарната година.

4. „Маловажни случаи“ по смисъла на чл. 408, ал. 4 са:

4.1. За извънболнична медицинска помощ:

а) липса на подпис ~~и/или печат~~ на:

- извършилия дейността ОПЛ в амбулаторния лист;

- извършилия дейността специалист в амбулаторния лист и/или в направлението (бл. МЗ-НЗОК № 3, бл. МЗ-НЗОК № 3А и бл. МЗ-НЗОК № 4);

б) липса на някои от посочените в приложение № 9 консумативи - за изпълнителите на ПИМП;

в) липса на някои от посочените в приложение № 10 консумативи за извършване на общомедицински дейности - за изпълнителите на СИМП.

4.2. За болнична медицинска помощ:

а) липса на подпис на декурзус от лекуващ лекар;

б) липса на декурзус в почивни дни на нетежко болни;

в) технически грешки в медицинската документация;

г) липса на печат върху епикризата.

5. Официалният интернет портал на НЗОК е: [www.nhif.bg](http://www.nhif.bg).

## Преходни и Заключителни разпоредби

§ 2. (1) Този Национален рамков договор влиза в сила от 1.01.2023 г. и отменя Националния рамков договор за медицинските дейности за 2020 - 2022 г.

(2) Този Национален рамков договор се приема за срок от три години.

(3) Ежегодно НЗОК и БЛС предоговарят, чрез подписване на анекс, този НРД, в частта по чл. 55, ал. 2, т. 3а и 6б от ЗЗО, а в останалата част НРД се предоговаря при необходимост или по искане на всяка една от страните в срока по ал. 2.

§ 3. Договорите с изпълнители на извънболнична медицинска помощ влизат в сила, както следва:

1. от 1 януари 2023 г. - за изпълнителите на ПИМП;

2. от 1 януари 2023 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. 23;

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 декември 2022 г. - за новата по вид дейност;

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

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 януари 2023 г., при условие че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор е работил по договор с НЗОК за оказване на същия вид медицинска помощ;

2. от датата на подписване на договора, при условие че изпълнителят е договорил дейност по КП, АПр и КПр, която не е извършвал по договор с НЗОК до 31 декември 2022 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 януари 2023 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 януари 2023 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 1 януари 2023 г. до датата на отказа се заплаща.

§ 7. (1) Лечебните заведения, които от 1 януари 2020 г. са регистрирани за първи път или са получили за първи път разрешение за дейност по реда на ЗЛЗ, не може през 2020 г. да сключват договори с НЗОК за оказване на болнична помощ.

(2) Лечебните заведения, сключили договор през 2019 г. при условията и по реда на НРД за медицинските дейности за 2018 г. и анексите към него, не може през 2020 г. да сключват с НЗОК договори или допълнителни споразумения за дейности по нови КП, АПр и КПр спрямо договореното от съответното лечебно заведение през 2019 г., освен когато:

1. тези КП, АПр и КПр не са изпълнявани на територията на съответната РЗОК;

2. с дейностите по новите КП, АПр и КПр не се надхвърлят утвърдените стойности по чл. 4, ал. 1, т. 1, буква "б" от ЗБНЗОК за 2020 г. за съответния изпълнител на БМП по решение на Надзорния съвет на НЗОК.

(3) Сключването на договори и/или допълнителни споразумения по реда на ал. 2 е в рамките на утвърдените стойности по чл. 4, ал. 1, т. 1, буква "б" от ЗБНЗОК за 2020 г. и не може да ограничава достъпа на здравноосигурените лица до медицинска помощ спрямо осигурената медицинска помощ през 2019 г. за съответната РЗОК.

§ 8. (1) Дейностите в извънболничната и болничната помощ, назначени по реда на НРД за медицинските дейности за 2018 г. 2020-2022 г. и започнати преди 1 януари 2023 г., се извършват по реда на НРД за медицинските дейности за 2018 г. 2020-2022 г. и се заплащат при условията и по реда на този НРД.

(2) През месеците януари и февруари на 2020 г. дейностите в болничната медицинска помощ се извършват по реда на НРД за медицинските дейности за 2018 г.

§ 9. Всички образци на първични медицински документи, приети с НРД за медицинските дейности за 2018 г., се прилагат до издаването на нови такива.

§ 10. В случаите на констатирани нарушения, извършени до 31.12.2019 г. през периода на действие на предходния индивидуален договор с изпълнител на медицинска помощ, се прилагат глобите и санкциите, предвидени за съответното нарушение в ЗЗО и НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г., като се спазва процедурата за осъществяване на контрол по ЗЗО и този НРД.

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

§ 11. При необходимост от промяна на бизнес правилата в хода на изпълнение на финансовата година корекциите във формата на XML файл се извършват в срок един месец. Новият формат на отчетния файл влиза в сила един месец след публикуването му на официалната интернет страница на НЗОК.

§ 12. Директорите на РЗОК осъществяват ежедневен мониторинг на лечебните заведения, договорни партньори на НЗОК, формиращи най-голям разход на територията на съответната РЗОК.

§ 13. При осигурена техническа възможност първичните медицински документи – "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), "Медицинско направление за висекоквалифицирани 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.

§ 14. (1) При осигурена техническа възможност от страна на НЗОК:

1. ИМП имат достъп е електронен поднос чрез web услуги и справки до "Регистър протоколи IA/B/C" с информация за издадените на ЗОЛ протоколи от комисииите за експертизи в ЦУ на НЗОК и РЗОК.

2. Специалистът по профила на заболяването, работещ по договор с НЗОК в извънболничната помощ, или лекар, член на специализирана комисия в лечебни заведения за БМП, изпраща през портала на НЗОК досие на ЗОЛ в електронен вариант на необходимата медицинска документация, включена в утвърдените изисквания. Хартиен вариант на досието се съхранява при специалиста или специализираната комисия и е обект на контрол.

(2) След осигуряване на техническата възможност по ал. 1, т. 1 отнада задължението на ОПД да съхранява протоколи IA/B/C на хартиен носител.

(3) Електронните услуги по ал. 1 се предоставят чрез портала на НЗОК.

**Нов § ...** Издадените преди влизане в сила на този НРД протоколи IA/IB/IC на хартиен носител, са валидни в съответствие с вписания в тях срок на действие.

§ 15. При осигурена техническа възможност от страна на НЗОК ИМП имат достъп е електронен поднос 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.

§ 16. (1) При осигурена техническа възможност резултатите от МДИ (включително интерпретация на резултатите или референтните стойности) се отчитат през портала на НЗОК.

(2) В случаите по ал. 1 стойностите за HbA1c, LDL холестерол ще подлежат на комплексна оценка за качеството.

§ 17. При осигурена техническа възможност за регистриране и отчитане на оказана медицинска помощ по договор с НЗОК в полза на ЗОЛ (вкл. предписани и отпуснати лекарствени продукти, вложени медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели) се въвежда лична електронна здравна карта на ЗОЛ.

§ 18. При осигурена техническа възможност от НЗОК данните от първичните медицински и здравни документи при изпълнителите на медицинска помощ служат за формиране на съдържанието на национални регистри: Регистър на ражданията, Регистър на пациентите с

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети. ~~установен захарен диабет, Национален раков регистър, Национален регистър по инвазивна кардиология и Регистър на лица с нехични заболявания.~~

§ 18. При осигурена техническа възможност от НЗОК данните от първичните медицински и здравни документи при изпълнителите на медицинска помощ служат за формиране на съдържанието на национални регистри: Регистър на ражданията, Регистър на пациентите с установен захарен диабет, Национален раков регистър, Национален регистър по инвазивна кардиология и Регистър на лица с психични заболявания.

§ 19. ~~При осигурена техническа възможност, за която НЗОК писмено уведомява БЛС и ИМП, се допуска предписване с една рецептурна бланка, респективно с един отрязък, на частично и на напълно заплащани лекарствени продукти.~~

§ 20. Този рамков договор се сключва на основание чл. 53, ал. 1 от ЗЗО и се обнародва от министъра на здравеопазването в "Държавен вестник" на основание чл. 54, ал. 7 от ЗЗО и се публикува на официалната интернет страница на НЗОК.

§ 21. ~~(Доп. — ДВ, бр. 40 от 2020 г., в сила от 05.05.2020 г.)~~ Неразделна част от този договор са следните приложения, които се подписват от страните по договора, обнародват се в притурка към "Държавен вестник" и се публикуват на официалната интернет страница на НЗОК:

приложение № 1 „Правна рамка“;

приложение № 2 „Първични медицински документи“;

приложение № 3 „Документи, свързани с оказване на медицинска помощ на лица, осигурени в други държави“;

приложение № 4 „Финансово-отчетни документи за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение“;

приложение № 5 „Списък на заболяванията, за които се издава „Рецептурна книжка на хронично болния“ ;

приложение № 6 „Кодове на заболяванията по списък, определен по реда на чл. 45, ал. 4 ЗЗО, и кодове на специалности на лекари, назначаващи терапия“;

приложение № 7 „Образец на „Изисквания на НЗОК при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарства“;

приложение № 8 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ“;

приложение № 9 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на първична извънболнична медицинска помощ“;

приложение № 10 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на специализирана извънболнична медицинска помощ“;

приложение № 11 „Списък със заболяванията, при които здравноосигурените лица са освободени от заплащане на такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО“;

приложение № 12 „Дейности на ОПЛ по имунопрофилактика, програма „Детско здравеопазване“, профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване и програма „Майчино здравеопазване“;

приложение № 13 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от лекар специалист“;

приложение № 14 „Дейности на лекаря специалист по „Педиатрия“ по програма „Детско здравеопазване“, на лекаря специалист по „Акушерство и гинекология“ по програма „Майчино

## Легенда:

Маркираните в жълто текстове са приети от НЗОК на експертно ниво и БЛС (отпадащите са задраскани).

Маркираните в синьо текстове са предложения на БЛС, които не са приети от НЗОК на експертно ниво. Остават за разглеждане от УС на БЛС и НС на НЗОК, което е маркирано в лилаво.

Маркираните в зелено текстове са коментари и мотиви на НЗОК по предложенията на БЛС, които не са приети.

здравеопазване“ и на лекаря специалист по профилактика на ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване“;

приложение № 15 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиници/отделения по кожно-венерически заболявания и центрове за кожно-венерически заболявания“;

приложение № 16 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиници/отделения по психични заболявания и центрове за психично здраве“;

приложение № 17 „Клинични пътеки“;

приложение № 18 „Амбулаторни процедури“;

приложение № 19 „Клинични процедури“;

приложение № 20 „Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ“;

приложение № 21 „Различни диагностични процедури по МКБ 9-КМ“;

Настоящият договор и приложенията към него се подписаха на хартиен носител в четири еднообразни екземпляра, по един - за НЗОК, БЛС, министъра на здравеопазването и "Държавен вестник".