

Национален рамков договор № РД-НС-01-00-4 от 9 септември 2026 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2026 - 2028 г.**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО****НАЦИОНАЛЕН РАМКОВ ДОГОВОР № РД-НС-01-00-4 от 9 септември 2026 г.****за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2026 – 2028 г.**

Днес, 9 септември 2026 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 НРД:

1. възлага чрез сключване на договори с ИМП оказването в полза на ЗОЛ на медицинска помощ, договорена по вид, обхват, обем, качество и цена в НРД, съгласно чл. 55, ал. 2 ЗЗО;

2. осигурява равнопоставеност на ИМП при сключване на договорите с РЗОК за оказване на медицинска помощ при условията и по реда на НРД;

3. отказва сключване на договори за оказване на медицинска помощ с лечебни/здравни заведения, които не отговарят на условията, изискванията и реда за сключване на договори, определени в ЗЗО, Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), Закона за бюджета на НЗОК (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 НРД:

1. представява 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 изпълването и прилагането на НРД.

Глава трета
ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ЗДРАВНООСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА

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

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

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

Чл. 7. Със съответните права и задължения на ЗОЛ се ползват и лицата, осигурени в друга държава – членка на ЕС, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 ДРЗЗО, както и лицата, пряко 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) Здравноосигурените лица са задължени да спазват установения ред в лечебното заведение.

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

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

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

Глава четвърта
ВИДОВЕ МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, ЗАКУПУВАНА ОТ НЗОК В ПОЛЗА НА ЗОЛ

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

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

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

Чл. 12. (1) Годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за медицински дейности съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2026 г. е на обща стойност 3 207 049,4 хил. евро за следните видове дейност:

1. първична извънболнична медицинска помощ – 345 609,8 хил. евро;
2. специализирана извънболнична медицинска помощ (включително за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение) – 351 246,0 хил. евро;
3. медико-диагностична дейност – 168 254,3 хил. евро;
4. болнична медицинска помощ – 2 341 939,3 хил. евро, както следва:
 - а) в т.ч. за здравноосигурителни плащания за дейностите – 2 307 171,5 хил. евро;
 - б) в т.ч. за финансиране осигуряването на медицински персонал в лечебните заведения по чл. 55, ал. 2, т. 3в, буква „а“ от ЗЗО за болнична помощ – 17 383,9 хил. евро;
 - в) в т.ч. за финансиране осигуряването на медицински персонал в лечебни заведения за болнична помощ по чл. 55, ал. 2, т. 3в, буква „б“ от ЗЗО – 17 383,9 хил. евро.

(2) Финансовата рамка по ал. 1 обхваща плащания за дейности, извършени по реда на настоящия НРД в периода 1.12.2025 г. – 30.11.2026 г.

(3) Годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти и медицински изделия съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2026 г. е на обща стойност 1 445 686,7 хил. евро за следните видове дейност:

1. здравноосигурителни плащания за: лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната; за заплащане на дейностите по отпускане на лекарствени продукти, включени в Позитивния лекарствен списък по чл. 262, ал. 6, т. 1 от ЗЛПХМ с ниво на заплащане 100 на сто, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, и финансиране на аптеки по критериите по чл. 45, ал. 17, т. 46 от ЗЗО; за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, включени в пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и прилагани в условията на болничната медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги; лекарствени продукти за домашно лечение на територията на страната за коагулопатии и при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с коагулопатии, включени в пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и прилагани в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги – 1 334 348,5 хил. евро;

2. здравноосигурителни плащания за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги – 111 338,2 хил. евро.

(4) В случай че при анализа по чл. 8, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2026 г. на текущото изпълнение към 30 септември 2026 г. се установи очаквано неизпълнение на предвидените разходи към 31 декември 2026 г. на средствата за здравноосигурителните плащания по съответните редове по чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2026 г. за медицинските дейности, оставащите средства може да се използват за плащания само за дейностите по същите редове при условия и по ред, определени съвместно от НС на НЗОК и УС на БЛС.

(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 2026 г.

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

(2) Размерът на средствата по чл. 12, ал. 1 и 3 може да се променя със средства от „Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи“ или други средства по реда на ЗБНЗОК за 2026 г.

Глава шеста ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ПО НРД

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

1. лечебните заведения по чл. 8, ал. 1 ЗЛЗ с изключение на денталните центрове и самостоятелните медико-технически лаборатории;
2. лечебните заведения за извънболнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ към Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието и Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията;
3. националните центрове по проблемите на общественото здраве по Закона за здравето (ЗЗ) – за дейностите по чл. 23, ал. 1, т. 5 ЗЗ.

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

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

(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.

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“ (ИАНН)/ Регионалната здравна инспекция (РЗИ), респ. има разрешение за осъществяване на лечебна дейност по чл. 46, ал. 2 ЗЛЗ.

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

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

2. медицински и немедицински специалисти с образователно-квалификационна степен „професионален бакалавър“, „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 и специализанти могат да извършват дейности от БП под ръководство и по разпореждане на лекар с придобита специалност, който извършва медицинска дейност в същото лечебно заведение по договор с НЗОК и носи отговорност за това.

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

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

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

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

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

Чл. 19. (1) Изпълнителите на ПИМП осигуряват достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ съгласно Наредба № 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) или на Българския съюз на лекарските асистенти и фелдшерите (БСЛАФ) – за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти, които работят в лечебните заведения за първична медицинска помощ или в индивидуална или групово практика за здравни грижи чрез договор с лечебно заведение 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.

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 ИАНН/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, За, 36 и 6 ЗЛЗ с разкрити легла и здравните заведения.

(2) Лечебните заведения по чл. 9 и чл. 10, т. 3а и 36 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. 24. (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. 376 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 Национална здравна карта (НЗК).

(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. 25. (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 376 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. 26. През 2026 г. в съответствие с § 11 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2026 г. сключването на договори и/или допълнителни споразумения с изпълнители на болнична медицинска помощ по реда на чл. 59, ал. 1а и 3 от ЗЗО е в рамките на утвърдените стойности по чл. 4, ал. 1, т. 1, буква „б“ от ЗБНЗОК за 2026 г.

Чл. 27. (1) В случаите на чл. 24, ал. 4 и чл. 25, 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. 28. (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 в БМП, за медицински изделия и/или лекарствени продукти, прилагани в болничната медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, определени по реда на ЗБНЗОК за съответната календарна година от НС на НЗОК.

Чл. 29. (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, ал. 4 и чл. 25, ал. 2;

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 27.

(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. 596, 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. 30. Изпълнителите на медицинска помощ осъществяват дейността си съгласно изискванията на ЗЛЗ, ЗЗО, ЗЗ, Кодекса на професионалната етика, ЗЛПХМ, подзаконовите нормативни актове и НРД.

Чл. 31. (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 IX, глава осемнадесета, раздел VI, и глава деветнадесета, раздели VIII и XI.

(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.

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

Чл. 32. (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. 33. 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 лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК, при спазване на 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;
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, за които това изрично е посочено в този НРД;
5. предоставят задължително изискваната от НЗОК информация в срокове, структура и формат, посочени в договора;
6. осигуряват на длъжностните лица на РЗОК и НЗОК достъп до документи, свързани с отчитането и контрола на извършените дейности;
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;
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

Чл. 34. 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. 35. (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 качество 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. 36. (1) Здравната документация във връзка с оказването на медицинска помощ по реда на ЗЗО включва:

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

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

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

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

б) документи съгласно приложение № 3 „Документи, свързани с оказване на медицинска 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 „Финансовоотчетни 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. 37. 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. 38. Документацията и документооборотът за ИМП се уреждат в специалната част на НРД.

Глава единадесета

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

Раздел I

Общи положения

Чл. 39. (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 размера на трансферите от МЗ за финансиране на съответните национални програми, както следва:

а) профилактични ваксини срещу човешки папилома вирус, осигуряващи изпълнението на Националната програма за първична профилактика на ракови заболявания, причинени от човешки папилома вирус (HPV) 2025 – 2030 г., приета с Решение № 223 от 9 април 2025 г. на Министерския съвет на Република България;

б) профилактични ваксини срещу ротавирусните гастроентерити, осигуряващи изпълнението на Националната програма за ваксинапрофилактика на ротавирусни гастроентерити в Република България 2026 – 2030 г., приета с Решение № 951 на Министерския съвет от декември 2025 г.;

в) профилактични ваксини срещу сезонния грип и профилактични ваксини срещу пневмококовите инфекции, осигуряващи изпълнението на Националната 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 Министерския съвет на Република България, както и на последваща аналогична национална програма, действаща в срока на действие на този договор;

г) профилактични ваксини срещу сезонния грип за деца, осигуряващи изпълнението на Националната програма за ваксинапрофилактика на сезонния грип при деца 2026 – 2030 г., приета с Решение № 385 от 7 май 2026 г. на Министерския съвет на Република България.

(2) Лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели по ал. 1, т. 1 и 2 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.

(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. 40. (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 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.“, който се изготвя и поддържа от НЗОК и се публикува на интернет страницата й; списъкът съдържа всички вписани данни и обстоятелства за лекарствените продукти съгласно приложение № 1 на ПЛС, както и следните данни: НЗОК код; група съобразно реда и начина на тяхното предписване по чл. 50, ал. 1; вид на електронното предписание (единично или тройно) съгласно Наредба № 4; вид на протокола съгласно чл. 58, ал. 1; специални изисквания на НЗОК относно реда и начина на тяхното предписване.

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

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

Чл. 41. (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. група;
2. подгрупа;
3. група по технически изисквания;
4. код на НЗОК;
5. търговско наименование;
6. производител/търговец на едро (подал заявление за заплащане на съответното медицинско изделие от НЗОК);
7. заявител;
8. вид/форма;
9. размер; количество;
10. окончателна опаковка;
11. стойност, до която НЗОК заплаща медицинското изделие;
12. код – идентификатор;
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 в сила.

Чл. 42. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за диетични храни за специални медицински цели (ДХСМЦ) по списък, определен от НС на НЗОК, наричан „Списък на диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК“. Списъкът съдържа: група/вид/подвид на ДХСМЦ; търговско наименование на ДХСМЦ; производител/вносител на ДХСМЦ; форма/количество в опаковка/окончателна опаковка на ДХСМЦ; НЗОК код на ДХСМЦ; стойност, заплащана от НЗОК за единица вещество/месечна стойност за ДХСМЦ; стойност, заплащана от НЗОК за ДХСМЦ; ниво на заплащане от НЗОК в %; условия за предписване и отпускане на ДХСМЦ.

(2) Надзорният съвет на НЗОК възлага на управителя на НЗОК издаването на указания относно реда за предписване и отпускане на ДХСМЦ, заплащани от НЗОК, които се съгласуват с БЛС и Българския фармацевтичен съюз.

(3) Указанията по ал. 2 се издават в едномесечен срок от определяне на списъка по ал. 1 за следващата календарна година и се публикуват на интернет страницата на НЗОК.

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

Чл. 43. 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. 44. (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), чрез който е реализирана интеграция с Националната здравноинформационна система (НЗИС) и информационната система на НЗОК.

(2) При законодателни промени и/или промени в списъците по чл. 40, 41 и 42 и/или указанията по предписването им НЗОК изготвя актуализационни файлове към номенклатурите на медицинския софтуер, които публикува на интернет страницата на НЗОК.

(3) С актуализационните файлове задължително се обновяват медицинските софтуери по ал. 1.

Чл. 45. (1) Хроничните заболявания, за които се предписват лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, са посочени в приложение № 5 „Хронични заболявания, за които НЗОК заплаща лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели“. В информационната система на НЗОК се съхранява информация за хроничните заболявания на ЗОЛ по приложение № 5.

(2) Чрез електронна услуга НЗОК предоставя право на достъп на ОПЛ до историческа информация за хроничните диагнози на ЗОЛ, за които НЗОК заплаща лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели. Достъпът се осъществява с квалифициран електронен подпис (КЕП) на ОПЛ.

(3) Хроничните заболявания на ЗОЛ се вписват и се правят промени по вписаните (по правилата на приложение № 5) в информационната система на НЗОК 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.

(4) Хроничните заболявания, за които се предписват лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, се вписват и редактират след диагностициране на съответното заболяване.

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

Чл. 46. (1) Лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели за домашно лечение на ЗОЛ от съответните списъци по чл. 40, ал. 2, чл. 41, ал. 1 и чл. 42, ал. 1 се предписват електронно с електронно предписание при условията и по реда на Наредба № 4 от 2009 г.

(2) При издаване на електронно предписание чрез НЗИС се подава искане за проверка от НЗОК по това предписание съгласно Списък на контроли за проверка в „реално време“ при предписване и отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани от НЗОК. За извършената автоматизирана проверка НЗОК чрез НЗИС връща отговор с код за потвърждение, генериран от НЗОК, и грешки, ако са установени такива.

(3) За извършване на проверката по ал. 2 лекарите се идентифицират чрез КЕП в НЗИС.

(4) Валидно електронно предписание е това, за което при извършената проверка в „реално време“ НЗОК не установи грешки спрямо списъка по ал. 2.

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

(6) Списъкът с контроли по ал. 2 се съгласува с БЛС и БФС и се публикува на интернет страницата на НЗОК.

Чл. 47. 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. 48. (1) Право да предписват лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели от съответните списъци по чл. 40, ал. 2, чл. 41, ал. 1 и чл. 42, ал. 1 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 попълват личните си данни, ИАМН/РЗИ № на практиката на титуляря, уникалния идентификационен номер (УИН) на наетия лекар и подписват с неговия личен КЕП.

Чл. 49. (1) Лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели се предписват след извършен преглед от ОПЛ/специалист, който се документира в амбулаторния лист и се удостоверява с подписа на ЗОЛ.

(2) На ЗОЛ, при които е налице документирана временна фактическа невъзможност по причини от медицински характер да посетят амбулаторията за ПИМП/СИМП (лица, подлежащи на задължителна изолация/карантина, лица с временни двигателни увреждания и др.), за периода на временната невъзможност, но за не повече от шест месеца от последния документиран преглед, ОПЛ предписва лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели чрез консултация и снемане на анамнеза от разстояние, според възможностите за комуникация, без извършване на физикален преглед.

(3) В случай че временната невъзможност по ал. 2 продължи след изтичане на шестте месеца, ново предписване се извършва след преглед на лицето с оглед преоценка на неговото състояние и лекарствената терапия, в случай че през шестмесечието не е осъществена хоспитализация и/или консултация със специалист, във връзка със заболяването, за което се предписват лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.

(4) На ЗОЛ с трайни двигателни увреждания ОПЛ предписва лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели по реда на ал. 2 за всеки шестмесечен период, след изтичане на който се осъществява преглед на лицето, с оглед преоценка на неговото състояние и лекарствената терапия, в случай че през съответното шестмесечие не е осъществена хоспитализация и/или консултация със специалист, във връзка със заболяването, за което се предписват лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.

(5) В случаите по ал. 2, 3 и 4 извършеното предписание без преглед се документира в амбулаторния лист, като в същия не се описва статус на пациента.

(6) В амбулаторния лист по ал. 5 се вписва ЕГН на лице, представител на ЗОЛ (родител, настойник, попечител или упълномощено от ЗОЛ лице), което лице го подписва.

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

(8) 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.

(9) 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;

4. ограничението по т. 1 – 3 не касае случаи, в които се изпълнява електронно предписание, издадено преди датата на хоспитализация

(10) Изпълнителите на медицинска помощ прилагат ал. 9 при наличие на информация по т. 1, 2 и 3 на ал. 9.

(11) 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.

(12) 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. 50. (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 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. 40, ал. 2.

(5) В случаите, когато ОПЛ констатира, че при назначената от лекаря специалист лекарствена терапия не е спазено някое от изискванията по чл. 51, ОПЛ не издава електронно предписание и насочва обратно ЗОЛ към лекаря специалист, който я е назначил. В случаите на назначаване на терапия на лекарствени продукти от лекар специалист в несъответствие с изискванията по чл. 51 ОПЛ не носи отговорност относно предписването.

Чл. 51. (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. 52. (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 изпълнителя 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) 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.

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

(7) Не се допуска предписването на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели на ЗОЛ за хронични диагнози, които не са въведени по реда на чл. 45 от ОПЛ в информационната система на НЗОК или са деактивирани от ОПЛ.

(8) На едно електронно предписание могат да се предписват лекарствени продукти, свързани с лечението на различни заболявания, а на един протокол – един лекарствен продукт в до три дозови единици за едно заболяване. За лечение на едно заболяване се допуска предписване на до три лекарствени продукта.

Чл. 53. При предписване на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната всички данни на ЗОЛ съгласно приложение № 2 се отразяват в амбулаторния лист и в електронния отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 54. При издаване на електронно предписание за предписване на лекарствени продукти за лечение на хронично заболяване лекарят следи за спазването на изискванията по чл. 51, 52 и 53.

Чл. 55. (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. 41, ал. 1 или в списъка по чл. 42, ал. 1, както и в указанията по тяхното прилагане.

(2) Не се допуска едновременно предписване от изпълнителя 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.

(3) При предписване на медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение се спазват указанията за работа със списъците по чл. 41 и 42.

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

Чл. 56. (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) или издаден „Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1) от лекар специалист, изпълнителя на СИМП.

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

(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. 61, 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) Протоколът по ал. 1 е в електронна форма (Е-протокол).

Чл. 57. (1) Протоколите по чл. 56, ал. 1 се издават по електронен път, в определен формат чрез медицинския софтуер, който ползват лицата по чл. 56, ал. 2.

(2) Протоколът по ал. 1 се издава под формата на електронен документ, подписан с 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 Закона за електронния документ и електронните удостоверителни услуги (ЗЕДЕУУ).

(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 скъпоструващи 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 следният текст:

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

– „съгласен/на 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 по e-mail, телефон, чрез SMS/Viber известяване или на място в 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 следният текст:

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

– „Съгласен/на 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 по e-mail, телефон, чрез SMS/Viber известяване или на място в 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;

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 достъпват медицинска и друга информация/документи, съдържащи се в НЗИС и/или в информационната система на НЗОК.

(8) Към всеки протокол, с който е назначена лекарствена терапия, се прилагат документите по чл. 63, ал. 1, след което документите се изпращат по електронен път към информационната система на НЗОК. Документите по чл. 63, 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 документът 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 B2B.

(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, специалистът/комисията по чл. 56, 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. 56, 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. 58.

(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.

Чл. 58. (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 утвърждават в РЗОК; за определени лекарствени продукти, посочени в съответните Изисквания на НЗОК и утвърждаването на протоколи за конкретни заболявания, се извършва след:

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

(2) Информация за утвърдените протоколи, както и за отказите от утвърждаване на протоколите, се предоставя от съответната РЗОК по един от следните начини: по e-mail, телефон, чрез SMS/Viber известяване или на място в РЗОК.

Чл. 59. (1) Комисията в ЦУ на НЗОК извършва експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО по ред, предвиден в Правилника за устройството и дейността на НЗОК.

(2) Комисиите в РЗОК извършват експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО по ред, предвиден в Правилника за условията и реда за работа на комисиите за експертизи в Районните здравноосигурителни каси при отпускане на лекарства по „Протокол за предписване на лекарствени продукти, заплащани от НЗОК/РЗОК“, утвърден от управителя на НЗОК.

Чл. 60. 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, когато това правило е отбелязано в колона „Специални изисквания на НЗОК за предписване на лекарствени продукти“ в Списъка на лекарствените продукти, които НЗОК заплаща за домашно лечение по реда на Наредба № 10 от 2009 г., в съответствие с кратките характеристики на лекарствените продукти и фармако-терапевтичните ръководства за съответното заболяване.

Чл. 61. (1) За разрешаване на отпускането на лекарствени продукти по чл. 58 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 на конкретни заболявания и групи лекарствени продукти“.

(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. 58, 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 на НЗОК. Изискванията, както и всички промени в тях, се обнародват от управителя на НЗОК в „Държавен вестник“ и се публикуват на интернет страницата на НЗОК: 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. 58, ал. 1 за конкретно заболяване следва да се спазват съответните изисквания по ал. 2.

Чл. 62. (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. 61.

Чл. 63. (1) За издаване на протокол, с който се предписват лекарствени продукти по чл. 56, ал. 1, ЗОЛ представя пред специалиста/комисията по чл. 56, ал. 2 следните документи:

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. други документи извън посочените в т. 1 в зависимост от заболяването на пациента и посочени в съответните изисквания по чл. 61.

(2) Подадените на хартиен носител документи се съхраняват от специалиста/комисията по чл. 56, ал. 2. Документите (амбулаторните листове, епикризи, изследвания), които съществуват в НЗИС/информационната система на НЗОК, се декларира 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 документът се прилага като сканирано копие.

(3) В случай на необходимост 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) Протоколът по чл. 58, ал. 1 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. 58, ал. 1 и съобразно правилата за тяхната работа.

(5) Компетентна да разгледа протокола по чл. 58, ал. 1, с който е назначена терапия с лекарствени продукти от група IB и IC, е РЗОК, посочена от ЗОЛ в документите по чл. 57, ал. 3.

(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 документите по чл. 57, ал. 3 начин.

(7) Решението за утвърждаване на протокола влиза в сила в 14-дневен срок от съобщаването му на лицето, подало документите по чл. 63, ал. 1, като в него задължително се включва разпореждане за предварителното му изпълнение на основание чл. 60, ал. 1 от АПК, с цел осигуряване живота и здравето на ЗОЛ.

Чл. 64. 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;
2. промяна на терапията, дозата или прекратяване на лечението, вкл. и в случаите на поява на нежелани лекарствени реакции;
3. при промяна на условията, реда и начина на предписване и/или за отпускане на лекарствения продукт в приложимата нормативна уредба;
4. в случаите, когато комисията в ЦУ на НЗОК отмени протокол, издаден от комисията в РЗОК;
5. при изключване на лекарствения продукт, който е назначен с утвърдения протокол, от приложение № 1 на ПЛС;
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);
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.

Чл. 65. 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. 66. (1) Районната здравноосигурителна каса на основанията, установени в акта по чл. 65, 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. 58, 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 2 от АПК и влиза в сила след изтичане на 14-дневния срок от съобщаването му на лицето, подало документите по чл. 63, ал. 1.

Чл. 67. (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 ПИМП (само за лицата от пациентската им листа при осъществен постоянен, респ. временен избор) – 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.;
2. лекарите по чл. 48, ал. 1, т. 2, работещи в лечебните заведения към Министерството на правосъдието – за лица, лишени от свобода – 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 документите по чл. 63, 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. 68. (1) Рецептите, с които са предписани лекарствени продукти, съдържащи наркотични и упойващи вещества, се изпълняват в аптеки, работещи по договор с НЗОК без оглед на тяхното месторазположение или избора на изпълнител на ПИМП от ЗОЛ.

(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. 69. 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. 70. (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 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. 71. (1) Националната здравноосигурителна каса не заплаща лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни, предписани и отпуснати на:

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

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

(2) В случай на хоспитализиране на ЗОЛ за периода на хоспитализацията НЗОК не заплаща лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни, предписани от лекар от лечебно заведение за извънболнична помощ, в случай на неспазване изискванията по чл. 49, ал. 9.

Раздел III

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

Чл. 72. Националната здравноосигурителна каса заплаща за имунологични лекарствени продукти по национални програми и дейностите по поставянето им, както следва:

1. профилактични ваксини срещу човешки папилома вирус, осигуряващи изпълнението на Националната програма за първична профилактика на ракови заболявания, причинени от човешки папилома вирус (HPV) 2025 – 2030 г., приета с Решение № 223 от 9 април 2025 г. на Министерския съвет на Република България;

2. профилактични ваксини срещу ротавирусните гастроентерити, осигуряващи изпълнението на Национална програма за ваксинапрофилактика на ротавирусни гастроентерити в Република България 2026 – 2030 г., приета с Решение № 951 на Министерския съвет от декември 2025 г.;

3. профилактични ваксини срещу сезонния грип и профилактични ваксини срещу пневмококовите инфекции, осигуряващи изпълнението на 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, както и на последваща аналогична национална програма, действаща в срока на действие на този договор;

4. профилактични ваксини срещу сезонния грип за деца, осигуряващи изпълнението на Национална програма за ваксинапрофилактика на сезонния грип при деца 2026 – 2030 г., приета с Решение № 385 от 7 май 2026 г. на Министерския съвет на Република България.

Чл. 73. (1) Препоръчителните имунизации се извършват от ОПЛ от лечебно заведение за ПИМП или лекаря специалист от лечебно заведение за СИМП на лица от целевите групи, определени в програмата и указанията към нея.

(2) Лекарите по ал. 1 извършват съответните имунизации 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 воля за имунизирание от страна на лицето, респ. законния представител (родител/настойник) на лицето, обективизирана с подпис на лицето, респ. 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 отпуснати на ветерани от войните, на военноинвалиди и военнопострадали

Чл. 74. (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. 75. (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. 76. (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);

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. 77. 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. 78. (1) При насочване към ЛКК лекарят по чл. 77 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) В случаите по ал. 2 лекарят – специалист от лечебно заведение за СИМП, не може да насочва към изпълнител на ПИМП за издаване на „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3).

(4) 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).

(5) 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. 79. (1) Националната здравноосигурителна каса публикува на своята официална интернет страница в рубрика „РЗОК“ списък на сформираните ЛКК, сключили договор с НЗОК на територията на съответната област, и профила им.

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

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

Чл. 80. (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. 78, ал. 4.

Чл. 81. (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); ОПЛ издава „Медицинско направление за медико-диагностични изследвания“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) само за ВСМДИ, посочени в чл. 150, ал. 8;

4. ВСМД – лекарят специалист или ЛКК издава „Медицинско направление за високоспециализирани 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. 82. 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. 83. (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.

(2) При подготовка за ТЕЛК (НЕЛК) за освидетелстване или преосвидетелстване лекарите в лечебните заведения могат да прилагат медицински консултации, епикризи и изследвания, извършени по друг повод за последните 12 месеца и регламентиран в 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. 84. (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, 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 медицински софтуер на ИМП, а тези по ал. 1, т. 1 се съхраняват и на хартиен носител.

(3) С цел гарантиране сигурността на обменяните 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. 85. Обемът и видът на информацията по чл. 84, ал. 1 се използват за изграждане и поддържане на регистрите на НЗОК по чл. 63, т. 1 и 2 ЗЗО и НРД.

Чл. 86. Обемът и видът на предоставяната информация са определени в НРД, като се спазват реквизитите на установените в този договор документи.

Чл. 87. Изпълнителите на медицинска помощ са задължени да предоставят изискваната с НРД информация във формат, начин и в срокове, определени в глава седемнадесета, раздели IX и X, глава осемнадесета, раздели VI и VII, глава деветнадесета, раздели IX и X, и приложения № 2 и 4.

Чл. 88. (1) 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.

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

Чл. 89. Договорните партньори са задължени да предоставят съхраняваната при тях информация по чл. 84, ал. 1 при проверка от контролните органи на НЗОК, с изключение на финансови отчетни документи по чл. 36, ал. 2, т. 3 при електронно отчитане.

Чл. 90. При промени в нормативната база, които налагат изменение на работните процедури и изискванията към медицинския софтуер, промените се публикуват на интернет страницата на НЗОК в срок не по-кратък 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. 91. Българският лекарски съюз своевременно уведомява НЗОК при промяна на УИН на лекарите.

Чл. 92. Националната здравноосигурителна каса е задължена да съхранява данните за ЗОЛ и ИМП за периода, регламентиран в чл. 67 ЗЗО.

Чл. 93. (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. 94. 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. 95. 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. 96. (1) Националната здравноосигурителна каса е задължена да предоставя на лечебните заведения за ПИМП информация за промените в регистрите по чл. 137 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. 97. (1) Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се извършва в съответствие с раздел X от ЗЗО и глава двадесета.

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

Чл. 98. (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. 99. (1) Длъжностните лица – служители на НЗОК, и длъжностните лица от РЗОК – контрольори, осъществяват внезапен контрол по изпълнение на договорите с изпълнителите на медицинска помощ, контрол преди заплащане на оказаната медицинска помощ и последващ контрол.

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

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

Глава петнадесета
САНКЦИИ ПРИ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРИТЕ

Чл. 100. При констатиране 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. 101. (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. 102. (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.

Чл. 103. (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 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 ал. 1, т. 2 договорът с ИМП не се прекратява, когато лекарят, регистрирал индивидуална практика, своевременно е уведомил писмено РЗОК, че е в отпуск поради временна неработоспособност, отпуск за бременност, раждане, осиновяване или отглеждане на дете повече от 3 последователни месеца, но не повече от 6.

(3) 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.

(4) 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.

(5) В случаите по ал. 3 и 4 лекарят, посочен като извършил отчетена неизвършена дейност, не се вписва в приложение № 1 „Списък на специалистите, работещи по КП/АПР/КПр“ по съответната КП/АПР/КПр, т.е. същият не участва като изпълнител по прекратената дейност в договорите на лечебните заведения за оказване на болнична помощ, за срок от 12 месеца.

Чл. 104. 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. 105. (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. 106. 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. 107. Националната здравноосигурителна каса сключва договор с лечебно заведение за ПИМП или лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, което има функциониращо и налично в лечебното заведение медицинско и техническо оборудване и обзавеждане съгласно приложение № 9 „Изисквания за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на ПИМП“.

Чл. 108. (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. 109. 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. 110. 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. 111. 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. 112. 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. 113. 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. 114. 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. 115. 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. 116. (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, в съответствие с чл. 182 от ЗЗ и приложение № 10.

Чл. 117. 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. 118. (1) Лечебните заведения по чл. 117 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. 116, 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. 119. 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. 120. Лекари 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. 121. (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 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 и/или на медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти от индивидуална или групова практика за здравни грижи; график за обслужване на пациентите; изискуемото оборудване, обзавеждане и нает персонал по чл. 143 (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 или електронен 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 НСВОК 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.

(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 или БСЛАФ 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 или БСЛАФ – за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти, които работят в лечебното заведение;

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;

4. договор с индивидуална или групова практика за здравни грижи – в случаите, когато пакетът 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., ще се изпълнява от медицински сестри/акушерки/лекарски асистенти от индивидуална или групова практика за здравни грижи.

Чл. 122. Лечебните заведения, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г., подават заявление, към което прилагат:

1. документи по чл. 121, ал. 1, 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. 121, ал. 1, т. 4, 5 и 7 – на хартиен или електронен носител;

3. документи по чл. 121, ал. 1, т. 3, 9 и 10.

Чл. 123. (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 или електронен носител, за дейността на съответната профилна лаборатория в структурата на здравното заведение;

3. копие от сертификат от НСВОК по клинична лаборатория или копие от сертификат за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на НСВОК 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 2023 – 2025 г., представят нови документи в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени.

Чл. 124. (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. 121, ал. 1, 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 2023 – 2025 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. 121, ал. 1, т. 1 и 4 – договор по чл. 19, ал. 1, и по чл. 121, ал. 1, т. 8, в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 121, ал. 1, 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. 121, ал. 1, с изключение на тези по т. 2, 4 и 6.

(4) Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 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. 121, ал. 1, т. 1, 8, 11 и 12 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 121, ал. 1, т. 5 и 7 – на хартиен или електронен носител;

3. документ по чл. 121, ал. 1, т. 9 и 10.

Чл. 125. (1) В случаите по чл. 14, ал. 3 лечебните заведения за болнична помощ, желаещи да сключат договор с РЗОК, подават заявление, към което прилагат: копие на разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването, и документите по чл. 121, ал. 1, 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 2023 – 2025 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. 121, ал. 1, т. 1, 8, 11 и 12 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 121, ал. 1, т. 5 и 7 – на хартиен и електронен носител;

3. документ по чл. 121, ал. 1, т. 10.

Чл. 126. (1) При промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл. 121 – 125, изпълнителят на медицинска помощ е длъжен в срок до 5 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 3 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.

(4) Уведомление по ал. 3 може да направи и заместник на ОПЛ, определен по реда на чл. 146.

Чл. 127. (1) Индивидуалните договори по чл. 59, ал. 1 от ЗЗО, допълнителните споразумения към тях и документите, свързани със сключването, изменението и прекратяването им, могат да се съставят и като електронен документ и се подписват от страните с квалифициран електронен подпис (КЕП).

(2) В случаите по ал. 1 индивидуалните договори, допълнителните споразумения към тях и документите се изпращат чрез информационната система за сигурно електронно връчване (ССЕВ) по чл. 26, ал. 2 от Закона за електронното управление (ЗЕУ).

Чл. 128. 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. 129. (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 27.

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

Чл. 131. (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.

(3) 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 съответния ОПЛ да осъществяват нов избор на вече избрания от тях ОПЛ. В този случай, ако някое от ЗОЛ желае да промени избора си на избрания ОПЛ, същото осъществява нов избор по реда на ал. 2.

(4) 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.

(5) 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.

(6) 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. 132. (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 ЗЕДЕУ чрез електронна услуга, предоставяна от НЗОК.

(3) При осъществяване на правото на избор по ал. 2 се прилага чл. 135, ал. 4.

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

Чл. 133. (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. 134. (1) Директорът на съответната РЗОК и председателят на съответната РК на БЛС оказват необходимото съдействие с цел своевременно 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. 135. (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.

Чл. 136. (1) На датата, на която е осъществен избор на ОПЛ, изпълнителите на ПИМП представят през портала на НЗОК списък с новоизбралите ги ЗОЛ в утвърден от НЗОК формат. В случаите, в които регистрационните форми са подписани на хартиен носител, със списъка се изпращат и дигитални изображения на първите екземпляри от регистрационните форми за първоначален, постоянен и/или временен избор.

(2) Регистрационните форми за първоначален, постоянен и/или временен избор, подписани на хартиен носител, се съхраняват при ОПЛ, а тези, подписани електронно, се съхраняват в специализирания медицински софтуер на ИМП.

(3) Подадената от изпълнителите на ПИМП информация по ал. 1 се обработва от РЗОК не по-късно от 1-вия работен ден, следващ деня, на който изпълнителите на ПИМП са предоставили информацията по ал. 1.

(4) След обработката по ал. 3 изпълнителите на ПИМП достъпват до своята актуална пациентска листа през портала на НЗОК.

Чл. 137. (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. 138. (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. 1 330. Таксата не се заплаща от категориите лица по чл. 37, ал. 4 330, 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. 1 330“.

Чл. 139. (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“.

(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 интервенция/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. 140. (1) В случаите по чл. 139, в които за отделните заболявания е определена различна честота на диспансерните прегледи/медицинските дейности за периода на наблюдение (за календарна година), за обща честота на диспансерните прегледи/медицинските дейности се приема най-високата предвидена честота за което и да е от заболяванията на ЗОЛ, диспансеризирани от съответния лекар.

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

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

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

Чл. 141. (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. 142. (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. 137, 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 ЗОЛ, когато прецени, че е необходима такава;

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

6. издава служебна бележка, удостоверяваща извършените задължителни имунизации и реимунизации и профилактични прегледи на деца съгласно Правилника за прилагане на Закона за семейни помощи за деца;

7. изготвя документи за здравословното и имунизационното състояние, необходими за детска ясла, детска градина/училище;

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 местоживее, 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.

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

1. при регистрирани над 3000 ЗОЛ при ОПЛ – лекар;

2. при регистрирани над 4000 ЗОЛ при ОПЛ – лекар на пълен работен ден.

(2) В случай по ал. 1, т. 2 при регистрирани над 4000 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 „професионален бакалавър“ 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.

Чл. 144. 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 специалност „Медицинска сестра“/„Акушерка“/„Лекарски асистент“ от професионално направление „Здравни грижи“ или сключват договор с индивидуална или групово практика за здравни грижи, регистрирана от тези лица.

(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 6 месеца 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. 145. (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. 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.

Чл. 146. (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, 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 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 УИН на титуляря, подписва ги 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 финансовоотчетни документи само когато това е уговорено в договора за заместване.

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

(8) В периода на отсъствие не се допуска едновременно извършване на дейности от титуляря на практиката и от заместника.

Чл. 147. (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. 148. (1) Общопрактикуващият лекар създава и съхранява здравно (медицинско) досие на пациентите, което съдържа:

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

(2) Здравното (медицинското) 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 X;

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.

(4) Съхранението на здравното досие по ал. 2 се осъществява по ред, определен от лечебното заведение.

Чл. 149. (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 вписва хронични заболявания на ЗОЛ и прави промени във вписаните такива, съгласно приложение № 5, в информационната система на НЗОК при спазване на изискванията на чл. 45 и 46.

Чл. 150. (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 „Кожни и 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 диспансеризацията 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 – микроалбуминурия“ от пакет „Клинична лаборатория“;
3. за ВСМДИ, които фигурират и като МДИ в друг пакет по друга специалност.

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

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

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

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

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

Чл. 151. (1) Общопрактикуващият лекар насочва за хоспитализация ЗОЛ, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ, при наличие на индикация за хоспитализация. Към направлението за хоспитализация ОПЛ прилага амбулаторния лист от извършения преглед на пациента с посочени данни от анамнеза 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) Амбулаторният лист по ал. 1 се предоставя на лечебното заведение за болнична помощ чрез пациента.

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

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

(6) В случай на хоспитализиране на ЗОЛ и когато това е удостоверено с подписа му в амбулаторния лист 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.

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

Чл. 152. 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. 153. (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. 150, 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 изпълнителя 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) „Медицинско направление за медико-диагностични дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) за назначаване на ВСМДИ „Мамография на двете млечни жлези“ и „Ехография на млечна жлеза“ от пакет „Образна диагностика“ по повод профилактичен преглед на ЗОЛ над 18 години може да бъде валидно за срок, различен от срока по ал. 5, но не по-дълъг от 60 календарни дни от издаването му.

(7) 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, а за извършената дейност с интерпретация на резултатите от нея попълва амбулаторен лист.

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

Чл. 154. (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 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) Условията 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 2026 г.

Чл. 155. (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 СИМП 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 амбулаторията на СИМП 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. 156. (1) В случаите на временно отсъствие на лекар специалист от лечебни заведения за СИМП той може да бъде заместен от лекар със същата специалност.

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

(3) За обстоятелството по ал. 1 лечебното заведение уведомява РЗОК писмено или по електронна поща, подписано с електронен подпис на представляващия лечебното заведение, в срок до 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 заместващия 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. 157. (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. 158. (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. 159. 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. 160. (1) За физиотерапевтичен курс на лечение на определено заболяване се приема комплексно лечение, включващо първоначален преглед на лекаря – специалист по „Физикална и рехабилитационна медицина“, с оценка на обективното състояние на пациента с назначени видове и общ брой процедури до 20 в курс от група 1 и/или 2, или 3 по преценка на лекаря специалист, промените на лечението, както и заключителен преглед с оценка на резултатите от проведеното лечение и отразени вид и брой на проведените процедури.

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

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

2. група 2 – процедури с кинезитерапевтични техники;

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

(3) Процедурите от група 1 и/или 2, или 3 от съответните групи, включени в курс на лечение по физиотерапия и рехабилитация, се отразяват непосредствено при провеждането им във „Физиопроцедурна карта“ (бл. МЗ-НЗОК № 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. 161. Специалистът води необходимата документация съгласно глава седемнадесета, раздел X.

Чл. 162. (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 определения 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 или е регистрирана хоспитализацията в НЗИС, 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.

Чл. 163. Специалистът предоставя на ОПЛ чрез пациента необходимите документи за всяко консултирано от него лице в случаите, когато му е назначено скъпоструващо лечение съгласно правилата за извършване на експертизи и дейност на комисията по чл. 78 ЗЗО.

Чл. 164. 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. 165. (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.

(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. 166. (1) В случаите по чл. 165, 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. 167. (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. 168. (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. 169. (1) Високоспециализираните медицински дейности и ВСМДИ се назначават само от изпълнители на СИМП.

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

(3) За ВСМДИ: „Мамография на двете млечни жлези“, „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. 170. (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. 171. 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. 172. 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. 173. (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-кратък от 1 година.

Чл. 174. (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-кратък от 4 часа.

(2) При временно отсъствие на лекаря – специалист от медико-диагностичната лаборатория, се прилагат разпоредбите на чл. 156.

Чл. 175. (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. 176. (1) В случаите по чл. 154 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 обстоен преглед от специалист 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. 177. 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. 178. (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 45 % от подлежащите;

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

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

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

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

4. сръчност 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 компенсиран, като процент от целия период на наблюдение:

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

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

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 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 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 компенсиран, като процент от целия период на диспансерно наблюдение:

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

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

2.2. компенсирано състояние на съпътстващата 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. 179. (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):

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

а) за добър контрол се считат стойности до 7,0 % на HbA1c (или до 8,0 % за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения, множество съпътстващи заболявания), измерени при 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 компенсиран, като процент от целия период на наблюдение:

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

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

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 компенсиран, като процент от целия период на диспансерно наблюдение:

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

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

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

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l, 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 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. 180. (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. 181. (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 1.09.2026 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2026 г. по ЗБНЗОК за 2026 г. съгласно чл. 182, 183 и 184.

(4) Цените и обемите, договорени в настоящия раздел, подлежат на промяна по реда на чл. 185.

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

Чл. 182. (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.09. – 31.12.2026 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.:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
Капитационно плащане		5 789 566	
GP01 0-18Y	Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст от 0 до 18 години	1 165 064	2,80
GP01 18-65Y	Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст от 18 до 65 години	3 119 177	1,58
GP01 65-200Y	Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст над 65 години	1 505 325	2,46
GP08	Заплащане за осигуряване на достъп до медицинска помощ на ЗОЛ извън обявения работен график на практиката, съгласно наредба № 9 от 2019 г.	5 789 600	0,16
Дейност по програма „Детско здравеопазване“		868 048	
GP04 0-1Y	Профилактични прегледи за лица от 0 до 1 година по програма „Детско здравеопазване“	145 668	19,00
GP04 1-2Y	Профилактични прегледи за лица от 1 до 2 години по програма „Детско здравеопазване“	50 260	19,00
GP04 2-7Y	Профилактични прегледи за лица от 2 до 7 години по програма „Детско здравеопазване“	157 914	19,00
GP04 7-18Y	Профилактични прегледи за лица от 7 до 18 години по програма „Детско здравеопазване“	288 154	18,50
GP-N-01	Посещение за осъществяване на здравни грижи за новородено	51	11,00
GP03	Задължителни имунизации и реимунизации на деца от 0 до 18 години	226 001	8,80
Поставяне на препоръчителни ваксини по национални програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ			5,11
GP06	Профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“	434	17,08
Дейност по диспансерно наблюдение		1 516 094	
NGP02	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно заболяване	622 807	18,14
NGP02-D	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с две заболявания	505 487	19,22
NGP03D	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две заболявания	387 800	21,88
Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г.		804 244	

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
GP05	Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г.	804 244	19,22
GP05-ISPOL	Изравнителна сума за процент обхванати с годишни профилактични прегледи	2 009 319	2,67
GP09	Имунизации на лица над 18 г.	56 944	8,80
GP07	Инцидентни посещения на ЗОЛ от други здравни райони	6 816	14,40
Средства за финансиране по раздел VIII		1 700 000	

(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. 231.

(3) Процентът на обхванатите с годишни профилактични прегледи ЗОЛ над 18 г. се определя за всеки ОПЛ въз основа на дейностите по ал. 2 за периода м. януари – м. ноември на съответната година 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.

(4) 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“.

(5) През м. декември на съответната година в сроковете за заплащане на дейност за м. ноември на съответната година изпълнителите на ПИМП получават еднократно допълнително заплащане за извършени годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г., когато процентът по ал. 3 надвишава 53 %.

(6) Заплащането по ал. 5 се определя за броя на одобрените за заплащане за периода м. януари – м. ноември на съответната година GP05 „Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г.“ по цена от 2,67 евро.

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

Чл. 183. Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.09. – 31.12.2026 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.:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
Първични посещения			
SOMC-43 1	Първични прегледи по повод остри заболявания и с хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	2 266 698	27,00
SOMC-44 1	Първични прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист по „Педиатрия“ и/или с придобита профилна специалност по „Детски болести“, насочен от ОПЛ по повод остри състояния	319 161	28,00
SOMC-45 1	Първични прегледи при специалисти („Хирургия“, „Ортопедия и травматология“), изпълняващи процедури	27 924	27,00
SOMC-40 1	Първични профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“	10 540	27,00
SOMC-42 1	Първични специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ	10 926	27,00
Вторични посещения			
SOMC-43 2	Вторични прегледи по повод остри заболявания и с хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	1 021 880	11,00
SOMC-44 2	Вторични прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист „Педиатрия“ и/или с придобита профилна специалност по „Детски болести“, насочен от ОПЛ по повод остри състояния	206 614	12,00
SOMC-45 2	Вторични прегледи при специалисти („Хирургия“, „Ортопедия и травматология“), изпълняващи процедури	24 113	11,00
SOMC-39	Профилактични прегледи на ЗОЛ до 18 г. от лекар специалист с придобита специалност по „Педиатрия“	14 860	19,00
SOMC-61	Задължителни имунизации и реимунизации на деца от 0 до 18 г.	10	8,80
SOMC-40 2	Вторични профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“	77 232	16,00
SOMC-41	Профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. с рискови фактори за развитие на заболяване	170	21,00
SOMC-42 2	Специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно или повече заболявания	197 368	22,00
SOMC-55	Комплексно диспансерно /амбулаторно/ наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания	3 040	27,00
Медицинска експертиза		360 529	11,00
Високоспециализирани дейности			
05.31	Локално обезболяване – проводна анестезия	1	10,70
06.11	Пункционна биопсия на щитовидна жлеза под ехографски контрол	42	15,10
14.24	Лазертерапия при очни заболявания	2 080	21,30
21.22	Вземане на биопсичен материал от нос	1	7,10
21.29	Назален провокационен тест с алергени	1	14,00
21.31	Отстраняване на полипи от носната кухина	1	14,30
22.01	Пункция и аспирация на максиларен синус	94	7,00
28.0	Инцизия на тонзиларни и перитонзиларни абсцеси	83	7,00
31.48	Ларингостробокопия; ларингостробография	75	14,30
33.29	Бронхопровокационен тест с метахолин	1	17,10
38.50	Лигатура на вена при подкожни варикозни образувания и ексцизия на варикозни възли	1	16,00
39.96	Венозна анестезия	34	13,30
40.11	Вземане на биопсичен материал от лимфен възел	78	7,40
41.31	Вземане на материал чрез костно-мозъчна пункция за специализирани изследвания	1	8,60
45.13	Диагностична горна ендоскопия	541	21,30
45.23	Диагностична долна ендоскопия, фиброколоноскопия	86	21,30
45.24	Диагностична долна ендоскопия, фибросигмоидоскопия	109	21,30
57.32	Уретроцистоскопия (диагностична)	288	10,70
57.33	Вземане на биопсичен материал от пикочен мехур	1	7,40
58.0	Уретротомия при стриктура	1	8,00
58.23	Вземане на биопсичен материал от уретра	1	7,40
60.11	Вземане на биопсичен материал от простата	1	7,40
64.11	Вземане на биопсичен материал от пенис	1	7,40
67.11	Колпоскопия със/без прицелна биопсия	2 150	26,70
67.19	Абразия на цервикален канал	12	21,30

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
67.32	Деструктивно лечение на доброкачествени изменения на маточната шийка, с изключение на химична каутеризация	188	10,70
68.16	Аспирационна ендометриална биопсия	1	4,30
75.39	Фетална морфология	100	42,70
81.91	Диагностична и терапевтична пункция на стави	6 025	10,70
82.04	Инцизия и дренаж на палмарно или тенарно пространство	167	21,80
83.13	Вагинотомия	1	4,60
85.0	Инцизия на гърдна (млечна) жлеза	73	8,60
85.11	Вземане на биопсичен материал от гърда	62	7,40
86.3	Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори	3 078	10,70
88.71	Трансфонтанелна ехография	312	9,30
88.72	Ехокардиография	207 373	16,00
88.721	Фетална ехокардиография на рисков контингент за сърдечна патология на плода	1	15,40
88.73	Ехография на млечна жлеза	742	21,30
88.75	Доплерово ултразвуково изследване на бъбречни съдове	411	9,40
88.77	Доплерова сонография; доплерова сонография на периферни съдове; доплерова сонография на съдовете на щитовидната жлеза	10 982	13,30
88.79	Ехографско изследване на стави при деца	3 101	16,00
88.98	Остеоденситометрия и интерпретация при следните случаи: болни с трансплантирани органи; пациенти с хиперпаратиреоидизъм; пациенти с хипогонадизъм; пациенти с остеопороза с патологична фрактура	1	16,00
89.01	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани тромбоцити	1	14,30
89.04	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани еритроцити – обем циркулираща кръв/кинетика на еритроцити	1	14,30
89.06	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел от морфологични, имунофенотипни, цитогенетични и молекулярни показатели за диагноза и определяне на група прогностичен риск при болен с левкемия	4	14,30
89.07	Снемане на анестезиологичен статус за планиране на оперативна интервенция с анестезия	839	10,70
89.08	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел имунохистохимични, имунохимични показатели β-микроглобулин за диагноза и определяне на група прогностичен риск при пациент с лимфом	1	14,30
89.12	Назален провокационен тест с медиатори	1	15,40
89.14	Електроенцефалография (ЕЕГ)	4 974	16,00
89.41	Сърдечно-съдов тест с натоварване	874	10,70
89.50	Непрекъснат 24-часов електрокардиографски запис (ЕКГ Холтер мониториране)	3 172	16,00
89.61	Непрекъснат 24-часов запис на артериално налягане (Холтер мониториране)	769	16,00
90.49	Индукциране на хрчка и нейната обработка	1	6,80
93.08	Електромиография (ЕМГ)	10 569	16,00
93.13	Постизометрична релаксация (курс на лечение)	101	6,80
93.21	Екстензионна терапия (курс на лечение)	1	6,80
93.27	Специализирани кинезитерапевтични методи, приложими при ДЦП	10	14,80
93.75	Фониатрична консултация с последваща гласова рехабилитация – курс (комплекс дихателни, фонаторни и резонаторни упражнения) 10 сеанса	86	14,80
94.35	Сесия за кризисна интервенция	126	26,70
95.12	Флуоресцентна ангиография на съдовете на окото	2 229	21,30
95.23	Евокирани потенциали	24	10,80
95.47	Фонетография	1	8,60
96.53	Назален лаваж и обработка	1	9,70
99.88	Лазертерапия при ставни заболявания и трудно зарастващи рани	3 438	16,00
Z01.5	Кожно-алергично тестване	92	4,30
Z01.5	Тестване за поносимост при прилагане на анестетици	114	5,10
Физиотерапия и рехабилитация			0,00
SOMC-56	Първоначален специализиран преглед по пакет физиотерапия и рехабилитация	177 055	19,00
SOMC-36	Процедури по група 1 по пакет физиотерапия и рехабилитация	1 815 473	4,80
SOMC-37	Процедури по група 2 по пакет физиотерапия и рехабилитация	72 905	4,80
SOMC-38	Процедури по група 3 по пакет физиотерапия и рехабилитация	1 639 436	4,80
SOMC-46	Заключителен преглед по пакет физиотерапия и рехабилитация	174 535	7,50
Средства за финансиране по раздел VIII		200 000	

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

Чл. 184. (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.09. – 31.12.2026 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.:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
01	Клинична лаборатория		
01.01	Кръвна картина – поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC	1 121 861	1,89
01.03	Скорост на утаяване на еритроцитите	285 207	0,82
01.04	Време на кръвене	18 540	1,40
01.05	Протромбиново време	66 086	2,01
01.06	Активирано парциално тромбопластиново време (APTT)	12 453	2,01
01.07	Фибриноген	21 988	2,01
01.08	Химично изследване на урина (pH, белтък, билирубин, уробилиноген, глюкоза, кетони, относително тегло, нитрити, левкоцити, кръв)	533 295	0,90
01.09	Седимент – ориентировъчно изследване	543 486	0,90
01.10	Окултни кръвоизливи	3 456	2,22
01.11	Глюкоза	747 775	1,36
01.12	Кръвно-захарен профил	114 855	3,69
01.13	Креатинин	844 601	1,40

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
01.14	Урея	145 061	1,40
01.15	Билирубин – общ	39 772	1,40
01.16	Билирубин – директен	24 676	1,40
01.17	Общ белтък	34 331	1,40
01.18	Албумин	27 054	1,40
01.19	Холестерол	126 716	1,40
01.20	HDL-холестерол	154 136	1,40
01.21	Триглицериди	176 687	1,40
01.22	Гликиран хемоглобин	254 267	9,02
01.23	Пикочна киселина	518 880	1,40
01.24	АСАТ	464 414	1,40
01.25	АЛАТ	465 300	1,40
01.26	Креатинкиназа (КК)	13 652	1,40
01.27	ГГТ	190 842	1,40
01.28	Алкална фосфатаза (АФ)	53 329	1,40
01.29	Алфа-амилаза	29 392	1,40
01.30	Липаза	15 014	1,64
01.31	Натрий и калий	115 908	2,79
01.33	Липиден профил (включващ общ холестерол, LDL-холестерол, HDL-холестерол, триглицериди)	541 599	4,10
01.34	Калций	45 951	1,40
01.35	Фосфати	25 182	1,40
01.36	Желязо	148 956	1,40
01.37	ЖСК	52 704	2,06
01.38	CRP	249 233	3,90
01.39	LDL-холестерол	151 468	1,80
01.40	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване	85 484	2,06
01.41	Морфология на еритроцити – визуално микроскопско изследване	5 762	2,06
01.42	Орален глюкозо-толерантен тест	11 043	3,86
01.43	Определяне на повърхностен антиген на хепатит В (HBsAg) с бърз тест	53 327	8,21
01.44	Определяне на антитела срещу хепатит С (anti-HCV) с бърз тест	48 570	9,02
01.45	Определяне на албумин-креатининово отношение в урината	91 482	9,27
01.46	Изчислена гломерулна филтрация (eGFR) в mL/min/1.73 m ²	431 849	0,14
02.09	Антистрептолизин титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)	4 618	4,50
02.10	Изследване на ревма фактор (RF)	6 154	4,41
05.12	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2	1 966	8,74
09.01	Криоглобулини	29	6,50
09.02	Общи имуноглобулини IgM	336	10,18
09.03	Общи имуноглобулини IgG	380	10,18
09.04	Общи имуноглобулини IgA	324	10,18
09.05	С3 компонент на комплемента	185	10,18
09.06	С4 компонент на комплемента	207	10,18
10.08	ГТ4	140 293	10,39
10.09	TSH	259 108	10,39
10.10	PSA – общ	202 797	10,66
10.11	CA-15-3	1 367	11,07
10.12	CA-19-9	3 167	11,08
10.13	CA-125	5 013	11,07
10.14	Алфа-фетопротеин	789	11,07
10.15	Бета-хорионгонадотропин	794	11,89
10.16	Карбамазепин	60	11,89
10.17	Валпроева киселина	439	11,89
10.18	Фенитоин	1	11,89
10.19	Дигоксин	25	11,89
10.20	Изследване на урина – микроалбуминурия	27 947	7,87
10.21	Progesteron	4 492	9,85
10.22	LH	7 587	9,85
10.23	FSH	9 622	9,85
10.24	Prolactin	11 973	9,85
10.25	Estradiol	6 869	9,85
10.26	Testosteron	7 946	9,85
10.27	Антитела срещу Тиреоидната пероксидаза – Anti-TPO	25 487	10,39
10.32	Феритин	7 346	9,02
10.34	Маркер за костно разграждане за диагностика на остеопороза	1 910	11,89
10.61	CEA	2 867	11,89
10.76	Количествено определяне на IgG антитела срещу Spike протеина на SARS CoV-2 с преизчисляване на стойностите в BAU/ml единици	11	6,12
10.77	Протеин на човешкия епидидим 4 (HE4)	1 320	36,91
10.78	Фибрин деградационни продукти: D-димер	3 614	16,40
10.79	Фекален калпротектин	1 416	16,40
10.80	PSA – свободен	175 076	12,30
10.81	Витамин D	42 920	13,90
10.82	Натриуретичен пептид (BNP)	473	18,96
10.83	Фрагмент на прохормона на натриуретичния пептид (NT pro BNP)	2 923	18,96
10.84	Сърдечен тропонин	1 582	15,80
02	Клинична микробиология		
02.07	Серологично изследване за първичен и латентен сифилис (RPR или ELISA или VDRL или TPHA или FTA-ABs)	10 389	4,27
02.09	Антистрептолизин титър (AST) (за бета-стрептококови инфекции и постстрептококови усложнения – ревматизъм и гломерулонефрит)	4 523	4,50
02.10	Изследване за ревматоиден фактор (RF)	5 924	4,41
02.11	Изследване за неспецифични хетерофилни антитела при инфекциозна мононуклеоза	1 041	4,27

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
02.12	Микробиологично изследване на фецес и материал от ректума за доказване на Salmonella, Shigella и патогенни E. coli	36 528	9,60
02.13	Микробиологично изследване на урина за урокултура за E. coli, Proteus, Providencia, Klebsiella, Enterobacter, Serratia и други Enterobacteriaceae, Enterococcus, Грам(-) неферментативни бактерии (Pseudomonas, Acinetobacter и др.), Staphylococcus (S. aureus, S. saprophyticus)	69 118	7,21
02.15	Микробиологично изследване на ранев материал и гной – препарат по Грам и доказване на Staphylococcus (S. aureus), Streptococcus beta-haemolyticus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам(-) бактерии, Corynebacterium, Гъбички (C. albicans) и др.	1 670	10,17
02.17	Микробиологично изследване на хранка – препарат по Грам, изолиране на Streptococcus pneumoniae, Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Branhamella, Haemophilus, Enterobacteriaceae и др. Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans и др.) и др.; препарат по Цил-Нилсен за Mycobacterium	4 802	10,17
02.19	Антибиограма с 6 антибиотични диска по EUCAST	57 926	5,47
02.21	Микробиологично изследване на влагалищен секрет – директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae, N. Gonorrhoeae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	48 273	8,49
02.22	Микробиологично изследване на цервикален секрет – директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae, N. Gonorrhoeae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	1 128	8,49
02.23	Микробиологично изследване на уретрален секрет – директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae, N. Gonorrhoeae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	431	8,49
02.24	Микробиологично изследване на простатен секрет – директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae, N. Gonorrhoeae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	41	8,49
02.25	Микробиологично изследване на еякулат – директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae, N. Gonorrhoeae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	1 620	8,49
02.26	Микробиологично изследване на гърлен секрет – изолиране и интерпретация на Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Haemophilus (H. influenzae), Гъбички (C. Albicans), N. Gonorrhoeae	26 184	8,49
02.27	Микробиологично изследване на носен секрет – изолиране и интерпретация на Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Haemophilus (H. influenzae), Гъбички (C. albicans)	28 152	8,49
02.28	Микробиологично изследване на очен секрет – препарат по Грам и доказване на Staphylococcus (S. aureus), Streptococcus beta-haemolyticus (gr. A), Enterobacteriaceae, N. Gonorrhoeae и др. Грам(-) бактерии	1 046	8,49
02.29	Микробиологично изследване на ушен секрет – препарат по Грам и доказване на Staphylococcus (S. aureus), Streptococcus beta-haemolyticus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам(-) бактерии	1 622	8,49
10.63	Диагностично изследване за Chlamydia trachomatis	413	3,46
10.64	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19	20	29,14
04	Медицинска паразитология		
04.01	Микроскопско изследване за паразити	63 491	3,94
04.02	Серологично изследване за трихинелоза	40	10,49
04.03	Серологично изследване за токсоплазмоза IgM	1 836	9,62
04.04	Серологично изследване за ехинококоза	1 226	10,49
04.05	Микроскопско изследване за Trichomonas vaginalis	9	1,23
04.06	Серологично изследване за токсоплазмоза IgG	1 207	9,62
05	Вирусология		
05.01	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела	9 356	8,30
05.02	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни IgM	56	8,57
05.03	Серологично изследване на IgM антитела за морбили при бременни	12	8,57
05.04	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен А вирус	228	8,92
05.05	Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус	13 090	8,92
05.06	Серологично изследване на антитела срещу хепатитен С вирус	10 172	9,98
05.07	Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела на хепатитен В вирус	419	11,42
05.09	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни IgG	59	8,57
05.10	Серологично изследване на anti-HBeAg антитела на хепатитен В вирус	282	11,42
05.12	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2	1 448	8,74
10.64	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19	24	29,14
10.75	Полимеразна верижна реакция за доказване на 14 типа човешки папиломен вирус (HPV), включващ типове с висок онкогенен риск 16 и 18	957	57,69
06	Образна диагностика		
06.01	Рентгенография на зъби с определен центраж (секторна рентгенография)	11 142	2,05
06.02	Рентгенография на челюстите в специални проекции	160	9,46
06.03	Рентгенография на лицеви кости	665	9,46
06.04	Рентгенография на околоносни синуси	16 127	9,46
06.05	Специални центражи на черепа	830	9,46
06.06	Рентгенография на стернум	222	9,46
06.07	Рентгенография на ребра	3 894	9,46
06.08	Рентгеноскопия на бял дроб	138	9,46
06.09	Рентгенография на крайници	3 651	9,46
06.10	Рентгенография на длан и пръсти	14 576	9,46
06.11	Рентгенография на стерноклавикуларна става	112	9,46
06.12	Рентгенография на сакроилиачна става	907	9,46
06.13	Рентгенография на тазобедрена става	12 077	9,46
06.14	Рентгенография на бедрена кост	1 969	9,46
06.15	Рентгенография на колянна става	46 602	9,46
06.16	Рентгенография на подбедрица	5 956	9,46
06.17	Рентгенография на глезенна става	14 180	9,46
06.18	Рентгенография на стъпало и пръсти	20 464	9,46
06.19	Рентгенография на клавикула	686	9,46
06.20	Рентгенография на акромиоклавикуларна става	182	9,46
06.21	Рентгенография на скапула	196	9,46
06.22	Рентгенография на раменна става	16 971	9,46
06.23	Рентгенография на хумерус	1 335	9,46
06.24	Рентгенография на лакетна става	4 740	9,46
06.25	Рентгенография на антебрахиум	2 719	9,46
06.26	Рентгенография на гривнена става	10 199	9,46

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
06.28	Рентгенография на череп	763	15,34
06.29	Рентгенография на гръбначни прешлени	75 935	15,34
06.30	Рентгенография на гръден кош и бял дроб	123 870	15,34
06.31	Обзорна рентгенография на сърце и медиастиnum	181	15,34
06.32	Обзорна рентгенография на корем	2 875	15,34
06.33	Рентгенография на таз	21 049	15,34
06.34	Ехографска диагностика на коремни и ретроперитонеални органи	34 295	20,45
06.35	Томография на гръден кош и бял дроб	14	23,52
06.37	Рентгеново изследване на хранопровод, стомах	2 052	23,52
06.38	Рентгеново изследване на тънки черва	52	23,52
06.39	Иригография	189	23,52
10.01	Компютърна аксиална или спирална томография	43 842	81,81
10.02	Ядрено-магнитен резонанс	31 645	217,30
10.03	Мамография на двете млечни жлези	78 805	38,35
10.04	Ехография на млечна жлеза	41 447	20,45
10.58	Хистеросалпингография	1	27,10
10.59	Интравенозна холангиография	1	27,10
10.60	Венозна урография	22	27,10
10.62	Обзорна (панорамна) рентгенография на зъби (Ортопантомография)	57 828	14,03
10.92	Ядрено-магнитен резонанс под обща анестезия при деца	5	613,55
10.93	Компютърна аксиална или спирална томография под обща анестезия при деца	1	291,44
07	Обща и клинична патология		
07.01	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от хранка	6	19,43
07.02	Цитологично изследване на две проби от седимент от урина	8	19,43
07.03	Цитологично изследване на две проби от секрет от млечна жлеза	40	19,43
07.04	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пикочен мехур	5	19,43
07.05	Цитологично изследване на две проби от секрет от външна фистула	1	19,43
07.06	Цитологично изследване на две проби от секрет от рана (включително оперативна)	3	19,43
07.07	Цитологично изследване на две проби от синовиална течност	2	19,43
07.08	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от уретери	5	19,43
07.09	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от женски полови органи	75 157	27,15
07.10	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от устна кухина	3	19,43
07.11	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от очни лезии	1	19,43
07.12	Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии	85	19,43
07.13	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пиелон	1	19,43
07.14	Течно-базирано цитологично изследване на материал от шийката на матката	5 918	27,15
10.38	Хистобиопсично изследване на две проби от лимфен възел	13	39,78
10.39	Хистобиопсично изследване на две проби от млечна жлеза	35	39,78
10.40	Хистобиопсично изследване на две проби от простата	8	39,78
10.41	Хистобиопсично изследване на две проби от щитовидна жлеза	2	39,78
10.42	Хистобиопсично изследване на две проби от слюнчена жлеза	1	39,78
10.43	Хистобиопсично изследване на две проби от коремен орган	37	39,78
10.44	Хистобиопсично изследване на две проби от бял дроб, ларинкс и трахея	1	39,78
10.45	Хистобиопсично изследване на две проби от медиастиnum	1	39,78
10.46	Хистобиопсично изследване на две проби от туморни формации в коремната кухина	4	39,78
10.47	Хистобиопсично изследване на две проби от полов орган	305	39,78
10.48	Хистобиопсично изследване на две проби от устна кухина, фаринкс и хранопровод	4	39,78
10.49	Хистобиопсично изследване на две проби от кожа и кожни лезии	845	39,78
10.50	Хистобиопсично изследване на две проби от мускул	41	39,78
10.51	Хистобиопсично изследване на две проби от подкожен тумор	55	39,78
10.52	Хистобиопсично изследване на две проби от органи на пикочната система	6	39,78
10.53	Хистобиопсично изследване на две проби от око и очни лезии	10	39,78
10.54	Хистобиопсично изследване на две проби от става	2	39,78
10.55	Хистобиопсично изследване на две проби от външно ухо	1	39,78
10.56	Хистобиопсично изследване на две проби от нос	2	39,78
10.57	Хистобиопсично изследване на две проби от костен мозък	1	39,78
09	Клинична имунология		
01.38	Изследване на С-реактивен протеин	21	3,90
02.09	Определяне на антисретрептолизини титър	59	4,50
02.10	Изследване на ревматоиден фактор	113	4,41
09.01	Определяне на криоглобулини	24	6,50
09.02	Определяне на общи имуноглобулини Ig M	124	10,18
09.03	Определяне на общи имуноглобулини Ig G	136	10,18
09.04	Определяне на общи имуноглобулини Ig A	142	10,18
09.05	Определяне на C3 компонент на комплемента	91	10,18
09.06	Определяне на C4 компонент на комплемента	96	10,18
10.05	Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел	20	116,56
10.06	Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразол тест	1	35,28
10.07	Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата	1	50,11
10.08	FT4	254	10,39
10.09	TSH	373	10,39
10.27	Определяне на Anti-TPO	82	10,39
10.29	Определяне на общи Ig E	461	45,50
10.30	Определяне на антинуклеарни антитела в серум	378	45,50
10.76	Количествено определяне на IgG антитела срещу Spike протеина на SARS CoV-2 с преизчисляване на стойностите в BAU/ml единици	1	6,12
10.85	Анти – dsDNA антитела	68	16,87
10.86	Панел ANA профил (RNP/Sm, SS-A, SS-B, Scl-70, Jo-1, dsDNA)	324	56,24
10.87	Определяне на антифосфолипидни антитела в серум – IgГ клас	100	16,87
10.88	Определяне на антифосфолипидни антитела в серум – IgM клас	96	16,87
12	Трансфузионна хематология		

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
10.35	Определяне на имуноглобулиновата характеристика на еритроантителата (диференциран директен тест на Coombs) с моноспецифични антиимуноглобулинови тест-реагенти с анти-IgG и анти-комплементарен (C?) тест-реагент	5	12,34
10.36	Определяне на специфичността и титъра на еритроантителата чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	41	24,48
10.37	Определяне на титъра на имунните анти-А и анти-В антитела от клас IgG след обработка на серума с 2-меркаптоетанол чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	125	17,14
12.01	Определяне на кръвни групи от системата АВ0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-А, анти-В, анти-AB, анти-D и тест-еритроцити А1, А2, В и 0)	7 886	7,43
12.02	Определяне на подгрупите на А антигена (А1 и А2) с тест-реагенти с анти-А и анти-Н	1 146	4,38
12.03	Определяне на слаб D антиген (Du) по индиректен тест на Coombs	74	33,14
12.04	Изследване за автоеритроантитела при фиксирани антитела върху еритроцитите – чрез директен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум, при свободни антитела в серума – чрез аглутинационен или ензимен метод	191	22,09
12.05	Изследване за алоеритроантитела чрез аглутинационен или ензимен метод или индиректен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум	2 497	33,14
12.06	Определяне на Rh фенотип (CcDDe) и Kell антиген с моноспецифични тест-реагенти	27	30,60
Средства за финансиране по раздел VIII			200 000

(2) „Изчислена гломерулна филтрация (eGFR) в mL/min/1.73 m²“ с код 01.46 не може да бъде назначена без специализираното медико-диагностично изследване „Креатинин“ с код 01.13.

Чл. 185. (1) В съответствие с чл. 55а ЗЗОК планира, договаря и закупува за ЗОЛ медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО в рамките на договорените обеми по чл. 182, 183 и 184 за 2026 г., както и в съответствие с параметрите на разходите по бюджета на ЗЗОК, определени в ЗБНЗОК за съответната календарна година.

(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 ЗЗОК 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 ЗЗОК.

(3) В случай че при анализа по ал. 2 към 30 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 ЗЗОК за съответните здравноосигурителни плащания, което създава основание за промяна в сключените договори с изпълнителите на извънболнична медицинска помощ.

(4) В случай че при анализа по ал. 2 към 30 септември се установи очакван преразход на средства за здравноосигурителни плащания за ПИМП, СИМП и/или МДД към 31 декември, надхвърлящ с повече от 3 на сто предвидените средства в срок до 20-о число на месеца, следващ анализа, ЗЗОК и БЛС договарят коригирани цени в рамките на оставащите средства за здравноосигурителни плащания за извънболнична медицинска помощ по ЗБНЗОК за съответната календарна година, което създава основание за промяна в сключените договори с изпълнителите на извънболнична медицинска помощ.

(5) 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, тези дейности се заплащат в рамките на наличните средства за съответния вид здравноосигурителни плащания по бюджета на ЗЗОК.

(6) 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. 182, 183 и 184 за 2026 г., водещо до преразход на средства за здравноосигурителни плащания.

Раздел VI

Методики за остойностяване на видовете извънболнична медицинска помощ

Чл. 186. Методиката на образуване на стойностите, за които ЗЗОК 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 този НРД, 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 този НРД, 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 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. 187. (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. за финансиране 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 по раздел VIII;

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. посещение в дома на новородено ЗОЛ до 6 месеца след изписване от лечебното заведение за осъществяване на здравни грижи от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти от амбулатория на изпълнителя на ПИМП или от индивидуална или групова практика за здравни грижи, сключила договор с изпълнителя на ПИМП.

(2) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в Постановление № 193 на Министерския съвет от 2012 г. за определяне размера на сумите, заплащани от здравноосигурените лица за посещение при лекар, лекар по дентална медицина и за болнично лечение, и реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване, наричано по-нататък „ПМС № 193 от 2012 г.“, от държавния бюджет чрез Министерството на здравеопазването НЗОК заплаща на ОПЛ разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

(3) 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.

(4) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на ПИМП дейностите по ал. 1 по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

Чл. 188. (1) Заплащането по чл. 187, 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 пропорционално на броя календарни дни от отчетния месец, в които ЗОЛ е имало осъществен избор при изпълнителя на ПИМП, когато през отчетния месец:

1. ЗОЛ осъществява постоянен или временен избор на изпълнител на ПИМП;

2. изтекъл срок на осъществен от ЗОЛ временен избор на изпълнител на ПИМП;

3. здравноосигурителните права на ЗОЛ се прекъсват или се възстановяват по реда на ЗЗО;

4. ЗОЛ преминава в друга възрастова група;

5. е сключен или прекратен договърът на изпълнителя на ПИМП с НЗОК.

(4) В случаите на ал. 3 за първи ден, в който ЗОЛ е имало осъществен избор при изпълнителя на ПИМП през месеца, се брои:

1. денят на осъществяване от ЗОЛ на постоянен или временен избор на изпълнителя на ПИМП;

2. денят след изтичане на периода на временния избор на ЗОЛ при друг изпълнител на ПИМП;

3. денят на възстановяване на здравноосигурителните права на ЗОЛ;

4. денят, в който ЗОЛ преминава в друга възрастова група;

5. денят на сключване на договора на изпълнителя на ПИМП с НЗОК.

Когато някой от дните по т. 1 – 4 е преди деня по т. 5, тогава за първи ден се брои денят по т. 5.

(5) В случаите на ал. 3 за последен ден, в който ЗОЛ е имало осъществен избор при изпълнителя на ПИМП през месеца, се брои:

1. денят преди деня на осъществяване от ЗОЛ на постоянен или временен избор при друг изпълнител на ПИМП;
2. последният ден от периода на временния избор на ЗОЛ при изпълнителя на ПИМП;
3. денят преди деня на прекъсване на здравноосигурителните права на ЗОЛ;
4. денят преди деня, в който ЗОЛ преминава в друга възрастова група;
5. денят преди деня на прекратяване на договора на изпълнителя на ПИМП с НЗОК.

Когато някой от дните по т. 1 – 4 е след деня по т. 5, тогава за последен ден се брои денят по т. 5.

(6) Дейността по чл. 187, ал. 1, т. 1 се отчита със:

1. списък с новоизбралите ги ЗОЛ в утвърден от НЗОК формат и дигитални първите екземпляри от регистрационните форми за първоначален, постоянен и/или временен избор, подадени по реда и в сроковете на чл. 136;
2. електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове.

Чл. 189. (1) Заплащането по чл. 187, ал. 1, т. 2 и 10 се дължи:

1. за извършен профилактичен преглед при лица на възраст от 0 до 18 години съгласно изискванията на Наредба № 8 от 2016 г.;
 2. за извършена задължителна планова имунизация или реимунизация (в т.ч. проба манту) съгласно Имунизационния календар на лице на възраст от 0 до 18 години, като общият брой на заплатените имунизации на едно лице не може да надвишава максималния брой;
 3. за извършени до две посещения за осъществяване на здравни грижи за новородено до 6 месеца 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. 187, ал. 1, т. 2 и 10 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторните листове.

Чл. 190. (1) Заплащането по чл. 187, ал. 1, т. 3 се дължи за извършен преглед на лице, включено в програма „Майчино здравеопазване“ при изпълнителя на ПИМП.

(2) Включването на ЗОЛ, осъществили правото си на избор на ОПЛ за изпълнител на програма „Майчино здравеопазване“, се извършва след доказване на бременността.

(3) Дейността по чл. 187, 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. 191. (1) За медицинската помощ по чл. 187, 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) Прегледите на ОПЛ, извършени по реда на чл. 139, ал. 3 и 4, се заплащат по реда на ал. 1.

(3) Дейността по чл. 187, ал. 1, т. 4 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове.

(4) Заплащането по чл. 187, 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.

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

(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. 192. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща по чл. 187, 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. 187, 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. 193. (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 187, ал. 1, т. 7, когато лечебното заведение отговаря на критериите на методика по раздел VIII 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.

(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) Изпълнителят на ПИМП се известява за определената месечна сума по ал. 2 с електронно „Известие след контрол“ срещу позиция GP-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. 187, ал. 1, т. 7 се извършва до изчерпване на определените за този вид плащане средства, договорени на ред „Средства за финансиране по раздел VIII“.

Чл. 194. (1) Заплащането по чл. 187, 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 посещенията 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. 187, 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 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“.

Чл. 195. (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 187, 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) Заплащането за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения му работен график на ЗОЛ от изпълнителя на ПИМП се осъществява след представяне на декларация по образец съгласно приложение № 9.

(3) Заплащането по чл. 187, 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. 187, 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.

(8) Броят ЗОЛ се определя по реда на чл. 188.

Чл. 196. (1) Изпълнителите на ПИМП получават сума в размер на 5,11 евро 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.

(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 IX, 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. 197. Дейността по чл. 187, ал. 2 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат.

Методика за закупуване на медицинските дейности в специализираната извънболнична помощ

Чл. 198. (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“, „Клинична токсикология“, „Клинична хематология“, „Детска клинична хематология и онкология“, „Кожни и венерически болести“, „Неврохирургия“, „Нервни болести“, „Детска неврология“, „Нефрология“, „Детска нефрология и хемодиализа“, „Ортопедия и травматология“, „Очни болести“, „Пневмология и фтизиатрия“, „Детска пневмология и фтизиатрия“, „Психиатрия“, „Детска психиатрия“, „Ревматология“, „Детска ревматология“, „Съдова хирургия“, „Ангиология“, „Ушно-носно-гърлени болести“, „Урология“, „Хирургия“, „Детска хирургия“, „Медицинска паразитология“, „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“, „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, 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., 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. за финансиране 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 по раздел VIII.

(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 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. 199. (1) За дейностите, оказани на здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ, НЗОК заплаща на изпълнителите на СИМП 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. 200. (1) За видовете специализирана медицинска помощ по чл. 198, 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 с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3), в 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 злополуки или професионални заболявания, и „Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК“.

(3) Вторичните посещения по ал. 1, т. 2 се отчитат с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(4) За видовете специализирана помощ се заплащат на изпълнителя на СИМП отчетените вторични посещения през месеца, 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. 201. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 198, 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“, „Детска клинична хематология и онкология“, „Детска неврология“, „Детска нефрология и хемодиализа“, „Детска пневмология и фтизиатрия“, „Детска психиатрия“, „Детска ревматология“ и „Детска хирургия“, по повод на остри състояния;

2. реализиран вторичен преглед по повод на същото състояние.

(2) Първичният преглед по ал. 1, т. 1 за месеца се отчита с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3), в 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. В този случай изравняването се прави с отчета и плащането за последния месец от тримесечието.

Чл. 202. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 198, 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“ (бл. 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 с 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. 203. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 198, 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“ (бл. 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“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за ново състояние на бременната или за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 14.

(3) Профилактичните прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ се заплащат като вторични по ал. 1, т. 2 в следните случаи:

1. при извършен вторичен преглед по повод същото състояние на бременната при същия специалист или преизбор на специалист на основание издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. 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“ (бл. 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 с копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(5) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените по Наредба № 8 от 2016 г. профилактични прегледи на ЗОЛ по програма „Майчино здравеопазване“ и по приложение № 14.

Чл. 204. (1) За профилактичен преглед на неосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от 33 се заплаща по реда на чл. 198, ал. 1, т. 1 и 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.

Чл. 205. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 198, 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“ (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, а за осигурени в друга държава лица – и с копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи на ЗОЛ, но за не повече от един годишен преглед при всеки един от посочените специалисти.

Чл. 206. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 198, ал. 1, т. 6 се заплаща за извършен преглед на ЗОЛ с едно или повече заболявания на диспансерно наблюдение от лекар специалист:

1. за реализиран първичен преглед на ЗОЛ, направили първоначален избор на лекар специалист, извършващ диспансерното наблюдение;

2. за реализиран вторичен преглед или посещение при преизбор на специалист.

(2) Прегледите за оказаната медицинска помощ по диспансерно наблюдение се заплащат като първични по ал. 1, т. 1 в следните случаи:

1. когато при първоначален преглед при лекар специалист на основание издадено от ОПЛ „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. 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“ (бл. 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“ (бл. 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. 165, ал. 4.

(4) Консултативните прегледи по реда на чл. 139, 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“ (бл. 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 с копие от удостоверение за регистрация към НЗОК; „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. 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. 207. (1) Специализираната медицинска помощ по чл. 198, 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 10-ия работен ден, следващ деня, в който е извършена последната процедура.

(2) При неотчитане на заключителния преглед се заплаща отчетената дейност по ал. 1, т. 1 и 2.

(3) Дейността по ал. 1 за месеца се отчита пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3), 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“.

Чл. 208. (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“ (бл. 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 изпълнителя на ПИМП; 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.

(4) С едно „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. 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“ (бл. 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“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) и електронен отчет за извършен преглед и назначени процедури на ЗОЛ, отразени в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 209. (1) На изпълнители на СИМП се заплаща за извършена и отчетена дейност по чл. 198, 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 не повече от трима членове.

(3) Експертизата по ал. 2 се отчита, като данни от общия талон и отделните части на „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6) се отчитат към месечния електронен отчет от председателя на ЛКК към амбулаторния лист за извършената от членовете на ЛКК дейност за всяко ЗОЛ, 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.

(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. 4 се отчита, като данни от общия талон и отделната част на талона за медицинска експертиза се отчитат с електронния отчет на лекаря, извършил прегледа, към амбулаторния лист за извършената от него дейност за всяко ЗОЛ, а за осигурени в друга държава лица – и с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

Чл. 210. (1) Изпълнителят на СИМП има право на заплащане по чл. 198, ал. 1, т. 11, когато лечебното заведение отговаря на критериите на методика по раздел VIII 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.

(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) Изпълнителят на СИМП се известява за определената месечна сума по ал. 2 с електронно „Известие след контрол“ срещу позиция SOMC-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. 198, ал. 1, т. 11 се извършва до изчерпване на определените за този вид плащане средства, договорени на ред „Средства за финансиране по раздел VIII“.

Чл. 211. (1) Регулацията на броя на СМД и стойността на МДД в извънболничната помощ се осъществяват 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.

(4) Не се извършва контрол върху надвишения брой СМД и стойност на МДД за дейностите по профилактика, назначавани съгласно приложения № 12 и 14, и за дейностите по повод диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложения № 8 и № 13.

Чл. 212. 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.

Методика за закупуване на медико-диагностичните дейности

Чл. 213. (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 здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 33;

3. осигуреното в друга държава лице, спрямо което се прилага правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранныя 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), отразена в 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) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на МДД за финансиране осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, съгласно методика по раздел VIII.

Чл. 214. (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), отразена в електронен отчет в определен от НЗОК формат за назначената и извършената медико-диагностична дейност по чл. 82, ал. 1, т. 2 33.

Чл. 215. Националната здравноосигурителна каса заплаща медико-диагностични дейности по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

Чл. 216. (1) Изпълнителят на МДД има право на заплащане по чл. 213, ал. 8, когато лечебното заведение отговаря на критериите на методика по раздел VIII за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения – изпълнители на МДД, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината.

(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) Изпълнителят на МДД се известява за определената месечна сума по ал. 2 с електронно „Известие след контрол“ срещу позиция MDA-55-2-3v-ZZO „Заплащане по методика по чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО“.

(4) Когато договърът 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. 213, ал. 8 се извършва до изчерпване на определените за този вид плащане средства, договорени на ред „Средства за финансиране по раздел VIII“.

Раздел VIII

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. 217. (1) Националната здравноосигурителна каса финансира осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения – изпълнители на ПИМП, СИМП и МДД, които имат регистрирани адреси по реда на чл. 40 от ЗЛЗ, в които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината.

(2) Разпределението на средствата за финансиране по ал. 1 се осъществява по обективни критерии, регламентирани в настоящата методика по този раздел.

(3) Средствата за финансиране по ал. 1 не могат да надхвърлят съответните средства, посочени в чл. 182, 183 и 184 за периода месец септември – декември 2026 г.

(4) Средствата за финансиране по ал. 3 се разпределят по месеци за периода месец септември – декември 2026 г. за видовете медицински дейности, както следва:

1. за изпълнителите на ПИМП – 425 000 евро;
2. за изпълнителите на СИМП – 50 000 евро;
3. за изпълнителите на МДД – 50 000 евро.

(5) Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ осигуряват не по-малко от 90 % от размера на получените средства за работа в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняващи съответната дейност в общината, за разпределение за разходи за персонал за медицинските и здравни специалисти, работещи в съответното лечебно заведение, изпълнител на извънболнична медицинска помощ, според тяхната квалификация.

Чл. 218. (1) В срок до 30 дни от влизане в сила на този НРД, по писмено предложение на директорите на РЗОК, съгласувано с РК на БЛС, лечебните заведения – изпълнители на ПИМП, СИМП и МДД, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, се включват в списък.

(2) Списъкът по ал. 1 се изготвя съгласно критериите, определени по-долу в чл. 220, 224 и 228 и съдържа: № по ред, име на РЗОК, община, наименование на лечебното заведение и ИАМН номер, вида дейност (ПИМП, СИМП или МДД) и брой точки.

(3) Списъкът по ал. 1 се актуализира ежесмесечно по реда на ал. 2 в срок до третия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(4) За целите на актуализацията по ал. 3 лечебните заведения – изпълнители на ПИМП, СИМП и МДД, представят в РЗОК до края на всеки месец на дейност информация за настъпили промени в „Условия на работа“, посочени в таблиците по чл. 220, 224 и 228.

(5) Управителят на НЗОК утвърждава списъците по ал. 1 – 3.

Чл. 219. (1) Изпълнителите на ПИМП, СИМП и МДД, включени в списъка по чл. 218, ал. 2, получават заплащане на средствата по настоящата методика само ако са отчели оказаната от тях медицинска помощ по договора си с НЗОК за съответния месец.

(2) Изпълнителите получават заплащането по ал. 1 по реда и в сроковете, регламентирани в раздел IX.

Методика за финансиране осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения – изпълнители на ПИМП

Чл. 220. (1) Включването в списъка по чл. 218 на лечебните заведения – изпълнители на ПИМП, се извършва при отчитане на следните критерии:

1. отдалеченост;
2. трудна достъпност;
3. единствени изпълняват съответната дейност в общината;
4. нает медицински персонал;
5. разпръснатост;
6. категории обслужвани лица.

(2) Лечебно заведение по ал. 1 се включва в списъка, ако отговаря на някой от критериите по ал. 1, т. 1, 2 или 3. За всеки критерий е отразена тежест с точки от 1 до 4 съгласно условията, посочени в таблицата:

№	Критерии	Брой точки (t)	Условия на работа	Нормативни актове и документи, удостоверяващи наличието на критериите
1.1.	Отдалеченост	2	Лечебно заведение, отдалечено от друго лечебно заведение, изпълняващо същата дейност, или център/филиал за спешна медицинска помощ на повече от 20 км	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
1.2.	Отдалеченост	2	Лечебно заведение, отдалечено от МЦ или ДКЦ на повече от 20 км за селища, разположени в равнинна местност, и 10 км за селища, разположени в планинска местност	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
1.3.	Отдалеченост	2	Лечебно заведение, отдалечено от най-близката МБАЛ на повече от 20 км за селища,	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на

			разположени в равнинна местност, и 10 км за селища, разположени в планинска местност	населените места в селски и планински райони
2.1.	Трудна достъпност	1	Лечебното заведение се намира в населено място с пресечна местност с над 600 м надморска височина и наличие на III или IV класна пътна мрежа	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
2.2.	Трудна достъпност	2	Лечебното заведение се намира в населено място в пресечена местност, разположена над 1000 м надморска височина и наличие на III или IV класна пътна мрежа	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
2.3.	Трудна достъпност	3	Лечебното заведение се намира в район с неблагоприятен географски терен – планински или полупланински, и/или с неблагоприятна пътна инфраструктура и време за достъп до най-близкото лечебно заведение за болнична помощ над 60 мин	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
3.	Единствени изпълняват съответната дейност в общината	4	Лечебно заведение – изпълнител на ПИМП, в което ОПЛ, вписан в приложение № 1 към договора с НЗОК, единствен работи по договор с НЗОК като ОПЛ в общината	Сключени индивидуални договори с РЗОК; Национална здравна карта
4.1.	Нает медицински персонал	1	Нает лекар в лечебното заведение за ПИМП	Сключени индивидуални договори с РЗОК
4.2.	Нает медицински персонал	1	Нает медицински персонал в лечебното заведение за ПИМП	Сключени индивидуални договори с РЗОК
5.	Разпръснатост	1 точка за всяко населено място	Лечебно заведение, обслужващо две и повече населени места и работен график на лекар с не по-малко от 1 час седмично за всеки 50 ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права за амбулаторни и домашни прегледи във всяко едно населено място	Справка от регистъра на ЗОЛ за съответния ИМП/Регистрация на ЛЗ от ИАМН/РЗИ
6.1.	Категории обслужвани лица	3	Лечебно заведение, което обслужва центрове за настаняване на бежанци	Чл. 133
6.2.	Категории обслужвани лица	3	Лечебно заведение, което обслужва домове за медико-социални грижи и лица, настанени в специални училища и домове за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа, в домове за деца с физически увреждания, в домове за деца с умствена изостаналост и деца, ползващи услуги от резидентен тип	Съвместно решение на РЗОК и ИАМН/РЗИ

Чл. 221. За лечебното заведение за ПИМП, включено в списъка, се определя сумарен брой точки (Т) от критериите по формулата $T = t_1 + t_2 + t_3 + t_4 + t_5 + t_6$, както следва:

- По критерий № 1 се определят като сбор от точки за всяко от условията по 1.1, 1.2 и 1.3 от таблицата по чл. 220, ал. 2.
- По критерий № 2 се определят точки за едно от условията – 2.1, 2.2 или 2.3 от таблицата по чл. 220, ал. 2, с най-голямата тежест.
- По критерий № 3 се определят точки за лечебното заведение – изпълнител на ПИМП, когато единствено изпълнява дейността в общината.
- По критерий № 4 се определят като сбор от точки за всяко от условията по 4.1 и 4.2 от таблицата по чл. 220, ал. 2 за всеки нает лекар и медицинско лице, независимо от броя на наетите лица.
- По критерий № 5 се определя по една точка за всяко населено място, обслужвано от лечебното заведение, което отговаря на условието. Изпълнителят на ПИМП удостоверява спазването на условията по критерий „Разпръснатост“, като представя график за обслужване на пациентите в амбулатория по населени места с неблагоприятни условия с не по-малко от 1 час седмично на 50 здравноосигурени лица с непрекъснати здравноосигурителни права, съгласно декларация по приложение № 9.
- По критерий № 6 се определят като сбор от точките за всяко от условията по 6.1 и 6.2 от таблицата по чл. 220, ал. 2.

Чл. 222. След обобщаване на предложенията по чл. 218 на национално ниво се изчислява стойност на една точка като съотношение между сумата по чл. 217, ал. 4, т. 1, и общия брой точки на лечебните заведения – изпълнители на ПИМП, за всички РЗОК, отговарящи на критериите по настоящата методика.

Чл. 223. Месечната сумата за всеки изпълнител на ПИМП за заплащане по настоящата методика се получава, като се умножи броят точки по стойността за една точка.

Методика за финансиране осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения – изпълнители на СИМП

Чл. 224. (1) Включването в списъка по чл. 218 на лечебните заведения – изпълнители на СИМП, се извършва при отчитане на следните критерии:

- отдалеченост;
- трудна достъпност;
- единствени изпълняват съответната дейност в общината;
- нает медицински персонал.

(2) Лечебно заведение по ал. 1 се включва в списъка, ако отговаря на някой от критериите по ал. 1, т. 1, 2 или 3. За всеки критерий е отразена тежест с точка съгласно условията, посочени в таблицата:

№	Критерии	Брой точки (t)	Условия на работа	Нормативни актове и документи, удостоверяващи наличието на критериите
1.	Отдалеченост	1	Лечебно заведение, отдалечено от най-близкото лечебно заведение за болнична помощ над 60 минути със специализиран медицински автомобилен транспорт	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
2.1.	Трудна достъпност	1	Лечебното заведение се намира в населено място с пресечена местност с над 600 м надморска височина и наличие на III или IV класна пътна мрежа	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
2.2.	Трудна достъпност	3	Лечебното заведение се намира в район с неблагоприятен географски терен – планински или полупланински, и/или с неблагоприятна пътна инфраструктура и време за достъп до най-близкото лечебно заведение за болнична помощ над 60 мин	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
3.	Единствени изпълняват съответната	1	Лечебното заведение – изпълнител на СИМП, в което лекар специалист, вписан в приложение № 1 към договора с НЗОК, единствен работи по	Сключени индивидуални договори с РЗОК; Национална здравна карта

	дейност в общината		договор с НЗОК по тази специалност в общината, с изискване за отработени минимум 5 часа седмично	
4.	Нает медицински персонал	1	Нает медицински персонал в лечебното заведение – изпълнител на СИМП	Сключени индивидуални договори с РЗОК

(3) Лечебно заведение за болнична помощ, изпълняващо договор за оказване на СИМП по чл. 14, ал. 3, не попада в обхвата на лечебните заведения – изпълнители на СИМП по ал. 1.

Чл. 225. За лечебното заведение – изпълнител на СИМП, включено в списъка, се определя сумарен брой точки (Т) от критериите по формулата $T = t_1 + t_2 + t_3 + t_4$, както следва:

1. По критерий № 1 се определя точка за лечебно заведение, което отговаря на условието.
2. По критерий № 2 се определят точки за едно от условията – 2.1, 2.2 от таблицата по чл. 224, ал. 2, с по-голямата тежест.
3. По критерий № 3 за лечебното заведение се определя като сбор от точки, като за всеки лекар специалист, отговарящ на условието, се определя по една точка.
4. По критерий № 4 за лечебното заведение се определя като сбор от точки, като за всяко наето медицинско лице се определя по една точка независимо от броя на наетите лица.

Чл. 226. След обобщаване на предложенията по чл. 218 на национално ниво се изчислява стойност на една точка като съотношение между сумата по чл. 217, ал. 4, т. 2, и общия брой точки на лечебните заведения – изпълнители на СИМП, за всички РЗОК, отговарящи на критериите по настоящата методика.

Чл. 227. Месечната сумата за всеки изпълнител на СИМП за заплащане по настоящата методика се получава, като се умножи броят точки по стойността за една точка.

Методика за финансиране осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения – изпълнители на МДД

Чл. 228. (1) Включването в списъка по чл. 218 на лечебните заведения – изпълнители на МДД, се извършва при отчитане на следните критерии:

1. отдалеченост;
2. трудна достъпност;
3. единствени изпълняват съответната дейност в общината;
4. нает медицински персонал.

(2) Лечебно заведение по ал. 1 се включва в списъка, ако отговаря на някой от критериите по ал. 1, т. 1, 2 или 3. За всеки критерий е отразена тежест с точка съгласно условията, посочени в таблицата:

№	Критерии	Брой точки (t)	Условия на работа	Нормативни актове и документи, удостоверяващи наличието на критериите
1.	Отдалеченост	1	Лечебно заведение, отдалечено от най-близкото лечебно заведение за болнична помощ над 60 минути със специализиран медицински автомобилен транспорт	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
2.	Трудна достъпност	1	Лечебното заведение се намира в район с неблагоприятен географски терен – планински, полупланински и/или с неблагоприятна пътна инфраструктура и време за достъп до най-близкото лечебно заведение за болнична помощ над 60 минути със специализиран медицински автомобилен транспорт	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
3.	Единствени изпълняват съответната дейност в общината	1	Лечебно заведение – изпълнител на МДД, в което лекар специалист, вписан в приложение № 1 към договора с НЗОК, единствен работи по договор с НЗОК по тази специалност в общината	Сключени индивидуални договори с РЗОК; Национална здравна карта
4.	Нает медицински персонал	1	Нает медицински персонал в лечебното заведение – изпълнител на МДД	Сключени индивидуални договори с РЗОК

(3) Лечебно заведение за болнична помощ, изпълняващо договор за оказване на МДД по чл. 14, ал. 3, не попада в обхвата на лечебните заведения – изпълнители на МДД по ал. 1.

Чл. 229. (1) За лечебното заведение – изпълнител на МДД, включено в списъка, се определя сумарен брой точки (Т) от критериите по формулата $T = t_1 + t_2 + t_3 + t_4$, както следва:

1. По критерий № 1 се определя точка за лечебно заведение, което отговаря на условието.
2. По критерий № 2 се определя точка за лечебно заведение, което отговаря на условието.
3. По критерий № 3 за лечебното заведение се определя като сбор от точки, като за всеки лекар специалист, отговарящ на условието, се определя по една точка.
4. По критерий № 4 лечебното заведение се определя като сбор от точки, като за всяко наето медицинско лице се определя по една точка независимо от броя на наетите лица, с изискване за отработени минимум 5 часа седмично при условията на критериите по ал. 1, т. 1, 2 или 3, на които отговаря лечебното заведение.

(2) За лечебно заведение, което едновременно е изпълнител на СИМП и на МДД, по критерий № 4 за едно наето медицинско лице може да бъде определяна само една точка, или в списъка за изпълнители на СИМП, или в списъка за изпълнители на МДД.

Чл. 230. (1) След обобщаване на предложенията по чл. 218 на национално ниво се изчислява стойност на една точка като съотношение между сумата по чл. 217, ал. 4, т. 3, и общия брой точки на лечебните заведения – изпълнители на МДД, за всички РЗОК, отговарящи на критериите по настоящата методика.

(2) Месечната сума за всеки изпълнител на МДД за заплащане по настоящата методика се получава, като се умножи броят точки по стойността за една точка.

Раздел IX Условия и срокове за заплащането на дейностите в извънболничната помощ

Чл. 231. (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. 187 или 198, отразена в амбулаторните листове в определен от НЗОК формат, и/или за извършената медико-диагностична дейност по чл. 213 в определен от НЗОК

формат.

(3) Електронните отчети се подписват от лекарите, извършили дейността с КЕП по смисъла на чл. 13, ал. 3 от 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 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) В информационната система на НЗОК се извършва контрол за:

1. точно и правилно попълване на електронните първични медицински документи съгласно изискванията на този НРД;

2. пълно и точно изпълнение на дейността съгласно изискванията на този НРД;

3. изпълнение на условията по чл. 232;

4. съответствие между подадената с електронните отчети на лекарите, работещи в лечебни заведения – изпълнители на извънболнична медицинска помощ, оказана медицинска помощ и извършена МДД с подадената информация към 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. 3 от 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.

(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 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. 187, ал. 1, т. 5, за които изпълнителят на ПИМП не е изпълнил изискването по чл. 192, 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. 232. (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.

(8) Генерираните от НЗИС НРН номера се подават от лекарите, работещи в лечебни заведения – изпълнители на извънболнична медицинска помощ, с електронните отчети по чл. 231, ал. 1.

(9) Редът за предоставяне на електронните здравни записи е в съответствие с този договор и Наредбата по чл. 28г, ал. 6 от ЗЗ.

Чл. 233. (1) 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.

(2) Удостоверителните документи по ал. 1 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.

(3) Лечебното заведение, изпълнител на ПИМП или СИМП, представя едно копие на удостоверителния документ по ал. 1 за всички дейности, отчетени за лицето през отчетния период.

Чл. 234. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената медицинска дейност на изпълнителя на ИМП след представяне на финансовоотчетни 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. 233.

(2) Електронна фактура по ал. 1 се подава в срок до два работни дни след изпращане на месечното известие по чл. 231, ал. 10, 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. 231, ал. 14 или чл. 193, ал. 3, чл. 210, ал. 3, чл. 216, ал. 3 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. 231, ал. 15 и медицинските дейности, за които изпълнителят на ПИМП не е изпълнил изискването по чл. 192, ал. 3 и 4.

(5) Електронните финансовоотчетни документи се подписват с КЕП по смисъла на чл. 13, ал. 3 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. 233, ал. 1.

(7) Дейностите, извършени на здравнонеосигурените 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.

(8) 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 финансовоотчетни 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.

(9) 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. 231, ал. 5 заедно с отчетената дейност за месеца.

Чл. 235. (1) При подаване на електронен финансов документ по чл. 234 информационната система на НЗОК извършва автоматична проверка.

(2) При констатиране на грешки в електронните финансовоотчетни 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 финансовоотчетни документи в сроковете по чл. 234, ал. 2, 3 и 4.

Чл. 236. (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 финансовоотчетен 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 финансовоотчетен документ в срок от един работен ден след получаване на нотификацията.

Чл. 237. (1) За приет финансовоотчетен 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 финансовоотчетен документ.

Чл. 238. (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилното попълване на документите съгласно настоящите условия и пълно и точно изпълнение на дейността.

(2) Приетият финансовоотчетен документ по реда на чл. 237 е задължително условие за плащане на ИМП.

(3) Плащанията на ИМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния.

(4) Плащанията се извършват в евро, по банков път, по обявена от ИМП банкова сметка.

Чл. 239. (1) При писмено заявен отказ от страна на ИМП да изпълни указанията в срока по чл. 236, ал. 2 РЗОК не заплаща отчетената дейност.

(2) При неспазване на посочените в чл. 234, 235 и 236 срокове за представяне на финансовоотчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период на отчитане.

(3) Ако ИМП не представи финансовоотчетните документи по чл. 234 и 236 или исканите поправки по чл. 235 и 236 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. 240. Плащанията за отчетената дейност по чл. 234, ал. 7 и 8 се извършват чрез РЗОК до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ.

Чл. 241. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на НРД.

Чл. 242. 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 X

Документация и документооборот за изпълнители на извънболнична помощ

Чл. 243. Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки ИМП, включва първични медицински и финансови документи съгласно приложение № 2 и глава десета.

Чл. 244. (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“;
7. „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6);
8. „Рецептурна книжка на военноинвалид/военнопострадал“;
9. „Рецептурна книжка на ветеран от войните“;
10. „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“;
11. „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7);
12. „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8);
13. „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А).
14. „Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение“ (бл. МЗ-НЗОК № 10);
15. „Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология“ (бл. МЗ-НЗОК № 12);
16. „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:

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 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:

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:

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 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) – 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) – издава се от изпълнителя на СИМП, а при необходимост от провеждане на ВСМД, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложение № 8 или приложения № 8 и № 13, и ВСМД от пакет „Анестезиология и интензивно лечение“, и от изпълнителя на ПИМП.

IV. „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) – издава се за извършване на МДИ и ВСМДИ, както следва:

1. за МДИ – издава се от изпълнител на ПИМП/СИМП;

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 издава по електронен път от лицата по чл. 56, ал. 2. Редът за издаването му е съгласно глава единадесета.

VII. „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6) – документът 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).

В „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6) се попълват отделна част и общ талон, както следва:

Отделната част от „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6) се попълва от всеки специалист, включително и от всеки член на ЛКК, извършил прегледа, която се съхранява в неговия медицински софтуер. Данни от отделната част на талона за медицинска експертиза се отчитат с електронния отчет на лекаря към амбулаторния лист за извършената от него дейност за всяко ЗОЛ, а в случаите на извършване на експертиза от ЛКК – от председателя на ЛКК.

Общият талон от „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6):

1. при предварителни прегледи със специалисти за представяне пред ЛКК или ТЕЛК – общият талон се съхранява в медицинския софтуер на лекаря специалист, извършил прегледа; данни от общия талон се отчитат с месечния електронен отчет на лекаря към амбулаторния лист за извършената от него дейност за всяко ЗОЛ;

2. при извършване на експертиза от ЛКК – общият талон се съхранява в медицинския софтуер на председателя на ЛКК; данни от общия талон се отчитат с месечния електронен отчет от председателя на ЛКК към амбулаторния лист за извършената от членовете на ЛКК дейност за всяко ЗОЛ;

3. при допълнително поискани прегледи от ЛКК – общият талон се съхранява в медицинския софтуер на лекаря специалист, извършил прегледа; данни от общия талон се отчитат с месечния електронен отчет на лекаря към амбулаторния лист за извършената от него дейност за всяко ЗОЛ.

VIII. Рецептурни книжки:

1. „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.

2. „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) – 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) – 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) – 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 „Кожни и венерически заболявания“ от лечебно заведение за болнична помощ с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ, работещи в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания в лечебно заведение за болнична помощ с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ.

XIV. „Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология“ (бл. МЗ-НЗОК № 12) – 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 изготвя 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 като електронни документи чрез медицинския софтуер на ОПЛ/специалиста. Издадените електронни медицински документи се регистрират в НЗИС и получават НРН по реда на чл. 232. 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. 231, ал. 1.

(4) Документите по ал. 2, т. I и IV, в които е предвиден подпис на пациента, могат да бъдат подписани от него по един 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.

(5) Изпълнителите на СИМП отчитат по електронен път документите по ал. 2, т. II, III, IV и VII в РЗОК в сроковете по чл. 233. 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.

(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, реквизитите и стандарта, посочени в приложение № 2. Като номера на документите

се вписват номерата, генерирани от медицинския софтуер на лекаря.

(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. 245. (1) Документите по чл. 244, ал. 1 се изготвят съгласно изискванията, реквизитите и стандарта, посочени в приложение № 2.

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

Чл. 246. Електронните първични медицински и финансовоотчетни 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.

Чл. 247. (1) Националната здравноосигурителна каса осигурява на изпълнителите на ПИМП чрез електронния портал на НЗОК достъп с електронен подпис на ОПЛ до информация за:

1. диспансеризирани при него пациенти с МКБ код на заболяванията и дата на диспансеризация; включени и изключени от регистър диспансеризирани ЗОЛ от пациентската листа на ОПЛ за отчетения месец;

2. регистъра на рецептурните книжки на записаните при него пациенти;

3. пациентска листа на ОПЛ.

(2) Националната здравноосигурителна каса осигурява на изпълнителите на СИМП чрез електронния портал на НЗОК достъп с електронен подпис на лекаря специалист до информация за диспансеризирани при него пациенти с МКБ код на заболяванията и дата на диспансеризация.

(3) При желание изпълнителите на извънболнична медицинска помощ представят списък с лицата, за които се заплащат разликите в сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за съответния отчетен месец, а НЗОК/РЗОК им връща обратна информация за тези лица.

(4) Националната здравноосигурителна каса осигурява на изпълнителите на ПИМП (за лицата от пациентската им листа) и на изпълнителите на СИМП по чл. 56, ал. 2 достъп с електронен подпис, чрез електронна услуга, до регистъра на протоколи за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК.

Чл. 248. За представени неверни данни в отчетите по договора се прилагат разпоредбите на глава двадесета и глава двадесет и първа.

Раздел XI

Дейности на изпълнителите на извънболнична медицинска помощ, включени в национални здравни програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето

Чл. 249. (1) Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ, които желаят да изпълняват дейности по национална здравна програма по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ, сключват договор/допълнително споразумение с НЗОК.

(2) Дейностите на изпълнителите на извънболнична медицинска помощ по ал. 1 се посочват в съответната национална здравна програма по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ и указанията към нея.

(3) Дейностите по ал. 2 се извършват на категориите лица, посочени в съответната национална здравна програма по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ и указанията към нея.

Чл. 250. (1) Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ оказват медицинската помощ на лицата по чл. 249, ал. 3 по реда на глава седемнадесета, раздел III „Условия и ред за оказване на извънболнична медицинска помощ“, освен ако в съответната национална здравна програма по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ и указанията към нея не е предвиден друг ред.

(2) Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ водят и съхраняват необходимата документация при спазване на изискванията на глава седемнадесета, раздел X „Документация и документооборот за изпълнители на извънболнична помощ“, освен ако в съответната национална здравна програма по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ и указанията към нея не е предвидено друго.

Чл. 251. (1) Отчитането на дейността по чл. 249 се извършва при условията и в сроковете, регламентирани в съответната национална здравна програма по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ и указанията към нея.

(2) Заплащането на дейността по чл. 249 се извършва при условията и в сроковете, регламентирани в чл. 234 – 241 от глава седемнадесета, раздел IX „Условия и срокове за заплащането на дейностите в извънболничната помощ“, освен ако в съответната национална здравна програма по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ и указанията към нея не е предвиден друг ред.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща за всяко поставяне на препоръчителна ваксина по национални програми цена, равна на тази по чл. 196, ал. 1, освен ако в съответната национална здравна програма по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ не е предвидена друга цена.

(4) В срок до 17-о число на месеца, следващ месеца на извършване на дейността по чл. 249, директорът на РЗОК или упълномощени от него служители изпраща/изпращат по електронен път през информационната система на НЗОК месечно известие, подписано с КЕП съгласно чл. 13, ал. 3 от ЗЕДЕУУ и по съдържащо одобрената за заплащане дейност по чл. 249, по данни от НЗИС.

(5) Дейностите, извършени по реда на този раздел, се заплащат от НЗОК след представяне на отделни документи по чл. 234, ал. 1.

(6) Плащанията за отчетената дейност по чл. 249 се извършват чрез РЗОК до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от Министерството на здравеопазването.

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. 252. (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.

Чл. 253. (1) Лечебните заведения по чл. 252 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 клиники/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 клиники/отделения по психични заболявания и центрове за психично здраве“, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства;

3. наличие в лечебното заведение на функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване, посочени в приложение № 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 чл. 182 от ЗЗ, 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. 254. 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;

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. 253, ал. 1, т. 4 – за лечебните заведения, които кандидатстват за изпълнение на съответното КДН;

6. копия на документи по чл. 253, 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 чл. 182 от ЗЗ – 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 НСВОК 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. 253, 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. 255. Лечебните заведения, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г., представят:

1. документи по чл. 254, 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. 254, т. 4, 10 и 11 – на хартиен носител;

3. документ по чл. 254, т. 5 – договор по чл. 254, т. 4 и документи по чл. 254, т. 8 и 13.

Чл. 256. При промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документите по чл. 254 и 255, 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. 257. (1) Индивидуалните договори по чл. 59, ал. 1 от ЗЗО, допълнителните споразумения към тях и документите, свързани със сключването, изменението и прекратяването им, могат да се съставят и като електронен документ и се подписват от страните с КЕП.

(2) В случаите по ал. 1 индивидуалните договори, допълнителните споразумения към тях и документите се изпращат чрез информационната ССЕВ по чл. 26, ал. 2 от ЗЕУ.

Чл. 258. 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. 259. Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва, респ. отказва сключване на договор при условията и по реда на глава седма.

Чл. 260. 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. 261. (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 „Кожни и 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. 262. (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. 263. Изпълнителят обявява на видно място, достъпно за пациента, месечен график за изпълнение на съответното КДН.

Чл. 264. (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).

(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. 265. 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. 266. (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. 267. (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 по § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2026 г.

(2) Заплащането по ал. 1, т. 2 се извършва чрез трансфери от МЗ по реда на § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2026 г.

Чл. 268. (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 VII.

(4) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на КДН за финансиране осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, съгласно методика по раздел V.

Чл. 269. 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 злоупотреби или професионални заболявания.

Чл. 270. (1) Изпълнителят на КДН има право на заплащане по чл. 268, 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.

(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) Изпълнителят на КДН се известява за определената месечна сума по ал. 2 с електронно „Известие след контрол“ срещу позиция CDC-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. 268, ал. 4 се извършва до изчерпване на определените за този вид плащане средства, договорени на ред „Средства за финансиране по раздел VIII“.

Чл. 271. (1) Изпълнителите на медицинска помощ се отчитат, като представят ежемесечно в РЗОК фактура (хартиена или електронна), финансовоотчетни документи и документите по чл. 269, 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, удостоверение от друга държава – членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, придружена с документите по чл. 233.

(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. 272. (1) Електронните отчети по чл. 269 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. 273. При неспазване на посочения в чл. 271, 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. 274. (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилно попълване на документите съгласно настоящите условия и пълното и точно изпълнение на дейността.

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

(3) Не се заплаща по предвидения ред за извършена от ИМП дейност за период, който изпълнителят вече е отчетел.

Чл. 275. При констатиране на фактическите грешки по чл. 272, 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. 276. (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. основанията 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.

(9) Не се заплаща по предвидения ред за извършените дейности от ИМП, ако те не са отчетени в два последователни месеца.

Чл. 277. Плащанията се извършват по банков път, в евро, по обявена от ИМП в индивидуалния договор банкова сметка.

Чл. 278. (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. 279. 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. 280. Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на ИМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

Раздел V

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. 281. (1) Националната здравноосигурителна каса финансира осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения – изпълнители на КДН, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината.

(2) Разпределението на средствата за финансиране по ал. 1 се осъществява по обективни критерии, регламентирани в методиката по глава седемнадесета, раздел VIII, за изпълнители на СИМП.

(3) Средствата за финансиране по ал. 1 са включени в средствата по глава седемнадесета, раздел VIII, за изпълнители на СИМП.

Чл. 282. Лечебните заведения – изпълнители на КДН, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, се включват в списъка за изпълнители на СИМП, изготвен по реда на глава седемнадесета, раздел VIII.

Чл. 283. (1) Изпълнителите на КДН получават заплащане на средствата по методиката по глава седемнадесета, раздел VIII, само ако са отчетли оказаната от тях медицинска помощ по договора си с НЗОК за съответния месец.

(2) Изпълнителите получават заплащането по ал. 1 по реда и в сроковете, регламентирани в глава осемнадесета, раздел IV.

Раздел VI

Документация и документооборот на изпълнителите на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г.

Чл. 284. Документацията, която е дължен 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. 285. (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 „Кожни и 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. 286. Изпълнителите на КДН могат да използват разпечатани образци на документите по чл. 285.

Чл. 287. (1) Финансовоотчетните документи по приложение № 4 са:

1. фактура;
2. спецификация;
3. отчети за месечно отчитане на дейността.

(2) Финансовоотчетните документи се подготвят в два екземпляра от всички лечебни заведения, сключили договор с НЗОК. Първият екземпляр, придружен с фактура, се отчита в РЗОК в срок съгласно условията и сроковете на заплащане, установени по реда на глава осемнадесета, раздел IV. Вторият екземпляр остава в ИМП.

Чл. 288. (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 VII

Обеми и цени на закупуването от НЗОК дейности по комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически и психични заболявания

Чл. 289. 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. 290. 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 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 3 от Наредба № 9 от 2019 г., както и приложение № 18;
6. по приложение № 12 към чл. 1 и 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)“.

Чл. 291. (1) Договорите по чл. 290 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. 292. 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. 293. (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 клиника 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; в лечебното заведение могат да работят лекари-специалисти по същите специалности, посочени в приложение № 1а към договора на лечебното заведение;

7. лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ, осигурява непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност по медицински специалности съгласно разрешението за осъществяване на лечебна дейност;

8. лечебното заведение е осигурило дейността на липсващите му структурни звена с необходимата медицинска апаратура и оборудване чрез договор с друго лечебно заведение за болнична или извънболнична помощ в случаите, когато съответният алгоритъм допуска това, както следва:

а) с лечебни заведения, които се намират на територията на същата област, или с по-близко лечебно заведение в съседна област;

б) с лечебни заведения на територията на друга област, когато на територията на областта липсват имунологична, цитогенетична, генетична лаборатория за метаболитен, ензимен и ДНК анализ, вирусологична, паразитологична, химико-токсикологична, нуклеарномедицинска лаборатория (вкл. радиоизотопна лаборатория), клинична патология и микробиология, магнитнорезонансна томография/компютърна томография;

9. наличие на документи за придобита квалификация за продължаващо медицинско обучение след придобиване на специалност, необходими за извършване на определени процедури за работа със съответна медицинска апаратура, се прилагат към заявлението за сключване на договор в съответствие с чл. 182 ЗЗ и съответните утвърдени медицински стандарти;

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

11. наличие на удостоверение за професионален опит/клинична компетентност, издадено от ръководителя на лечебното заведение или обединение на лечебното заведение на основание на работен журнал или описателни фишове, в които са регистрирани извършените от специалиста брой процедури за предходен период според изискванията на съответната КП, АПр и КПр; удостоверението се издава от ръководителя на ЛЗ, където специалистът е извършил процедурите, с официален документ; тези документи подлежат на проверка от НЗОК/РЗОК;

12. лечебното заведение е оборудвано и поддържа софтуер за отчет на договорената и извършена медицинска дейност по НРД;

13. лечебното заведение или обединение на лечебното заведение разполага с функциониращо информационно звено, осигуряващо обмен на необходимата информация с НЗОК/РЗОК;

14. лечебното заведение е осигурило комплексно лечение по приложение № 12 на Наредба № 9 от 2019 г., самостоятелно или по договор/и с друго лечебно заведение/я, за реализиране на пълния обем дейности по чл. 358, ал. 2;

15. в лечебното заведение функционира система за проследяване на медицинските изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и АПр/КПр, от постъпването им в лечебното заведение до прилагането им на пациентите.

(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, платен отпуск или отпуск по болест, 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.

(5) Работният график на специалистите по ал. 1, т. 6, както на специалистите и лекарите без специалност, които работят и в други лечебни заведения, следва да осигурява изпълнението на изискванията за работа по КП, АПр и КПр.

(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.

(7) В случаите, в които лекар със специалност посочен в приложение № 1 към договора на лечебното заведение, сключи договор по смисъла на Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазване с лечебното заведение, за придобиване на следваща клинична специалност, същият продължава да оказва медицинска помощ по специалността си и не се изключва от приложение № 1.

Чл. 294. (1) По изключение лечебните заведения за болнична помощ, които не отговарят на изискването на чл. 293, ал. 1, т. 6, предложение първо, могат да сключат договор по чл. 290 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. 290.

(2) При сключването на договор при условията на ал. 1 за лечебните заведения от списъка по чл. 402, ал. 2 и 5 се допуска съответните медицински специалисти да могат да бъдат назначени и на непълно работно време, но на не по-малко от половината от законоустановеното работно време за съответната длъжност, с цел достигане на изискванията за необходим брой лекари от съответната специалност в съответствие с диагностично-лечебните алгоритми на КП/АПр/КПр.

Чл. 295. За лечебните заведения – КОЦ и ЦКВЗ и такива за болнична помощ, 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. 296. (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. Този специалист не се посочва в приложение № 16 на договора с НЗОК.

Чл. 297. 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.

Раздел II

Необходими документи за сключване на договори за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури

Чл. 298. (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. 293, 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. 293, ал. 1, т. 6 и ал. 2;

7. копие на договора по чл. 293, ал. 1, т. 8;

8. копия на документи за придобити специалности по наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, които ще изпълняват КП, АПР и КПр съобразно квалификационните изисквания, посочени във всяка КП, АПР и КПр;

9. документи, удостоверяващи обстоятелствата по чл. 293, 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 по образец съгласно приложение № 20 „Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ“ за функционираща и изправна налична медицинска апаратура и 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. декларация по образец съгласно приложение № 20 „Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ“ за наличен программен продукт за извършване на медико-диагностични изследвания;

13. декларация по образец съгласно приложение № 20 „Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ“ за наличие на специализиран фармацевтичен софтуер, отговарящ на изисквания за свързване с Българската система за верификация на лекарствата и предоставяне възможността да се дезактивира уникалният идентификационен белег в системата от регистри по реда на глава VI от Делегиран регламент (ЕС) 2016/161;

14. 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 този НРД;

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

16. декларация по чл. 21, ал. 1 на хартиен носител за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК;

17. копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специалност и лекарите специалисти, работещи на основен трудов договор под ръководството и разпореждането на лекар с квалификации – за лекарите чужденци;

18. графици на лекарите, оказващи медицинска помощ по КП, АПР и КПр към момента на подаване на заявительните документи;

19. приложение № 1 „Списък на специалистите, работещи по КП/АПР/КПр“, в което са посочени всички лекари на основен трудов договор, оказващи медицинска помощ по КП, АПР и КПр;

20. приложение № 1а „Списък на специалистите и лекари без специалност, работещи по КП/АПР/КПр“, в което са посочени всички лекари без специалност и лекарите специалисти, работещи на основен трудов договор под ръководството и разпореждането на лекар с придобита специалност и оказващи медицинска помощ по КП, АПР и КПр;

21. приложение № 16 „Списък на лекари, оказващи консултативна медицинска помощ в съответствие с чл. 398“;

22. приложение № 1в „Общопрактикуващи лекари“;

23. списък на наетите медицински сестри, акушерки, асоциирани медицински специалисти или помощник-фармацевти с посочен УИН;

24. копие от правилника за устройството, дейността и вътрешния ред за лечебните заведения за БП, КОЦ и ЦКВЗ и диализен център;

25. копия от договор/договори по чл. 293, ал. 1, т. 14;

26. 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. 299. Лечебните заведения, сключили договор/допълнително споразумение с НЗОК за оказване на БМП в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г., представят:

1. документи по чл. 298, ал. 1, т. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 17 и 25 и ал. 2 – само в случай на настъпили промени в обстоятелствата, отразени в тях, или декларация за липса на промени;
2. документи по чл. 298, ал. 1, т. 7, 10, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23 и 24;
3. декларации по чл. 298, ал. 1, т. 11, 12, 13, 14, 16 и 26.

Чл. 300. Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва, респ. отказва сключване на договор по реда на глава седма.

Чл. 301. (1) Общият брой на леглата, с които лечебните заведения сключват договор, не може да надвишава общия брой легла, посочен в договора през 2026 г., сключен в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г.

(2) В случаите, в които лечебните заведения по ал. 1 са преминали през процедурата по чл. 376 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. 376 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.

(5) Лечебните заведения могат да променят броя на разкритите болнични легла в клиниките/отделенията си с легла веднъж годишно в периода от 1 до 31 януари, без да надвишават общия брой на леглата по ал. 1.

(6) При необходимост временно лечебните заведения могат да превишават с до 5 на 100 леглата в дадена клиника/отделение от един и същ вид (терапевтични и хирургични легла), при наличие на свободни такива.

Чл. 302. При наличие на сключен договор изпълнителят на БМП е длъжен:

1. при промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл. 298, 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. 298, 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. ежесечно 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. 298, ал. 1, т. 15 да предоставя в РЗОК актуален сертификат в срок до 14 работни дни от издаването му.

Чл. 303. (1) Индивидуалните договори по чл. 59, ал. 1 от ЗЗО, допълнителните споразумения към тях и документите, свързани със сключването, изменението и прекратяването им, могат да се съставят и като електронен документ и се подписват от страните с КЕП.

(2) В случаите по ал. 1 индивидуалните договори, допълнителните споразумения към тях и документите се изпращат чрез информационната ССЕСВ по чл. 26, ал. 2 от ЗЕУ.

Чл. 304. Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответното лечебно заведение всички документи, приложени към заявлението за сключване на договор.

Чл. 305. В случаите, когато лечебно заведение едновременно кандидатства за извършване на дейности по КП, АПр и КПр, изискуемите документи за сключване на договор, които се дублират, се представят в един екземпляр.

Раздел III

Условия и ред за оказване на болнична медицинска помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури

Управление на болничния прием

Чл. 306. (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 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. Удостоверителният документ за право на здравно осигуряване задължително следва да обхваща целия период на лечение на пациента в лечебното заведение.

(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. 307. (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 предоставен, 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 ЗЕДЕУ. 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.

(9) Лечебното заведение – изпълнител на БМП, незабавно изпраща чрез клиентската част на информационната система по ал. 6 електронния документ по ал. 8 в съвършената 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, от приемащото лечебно заведение се извършва служебно вписване.

Чл. 308. (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. 309. (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;

5. да не изисква плащане или доплащане от здравноосигурените лица за дейности, които се заплащат от НЗОК, с изключение на скъпоценстващи медицински изделия, за които изрично в диагностично-лечебните алгоритми на определени КП/АПр и този НРД е посочено, че не се заплащат от НЗОК.

(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) Изпълнителят на БМП може да увеличава временно броя на болничните легла в съответната клиника/отделение при възникване на бедствие и при обявяване на извънредна епидемична обстановка, при условията и по реда на 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 (Наредба № 49 от 2010 г.).

Чл. 310. 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. 311. 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. 312. (1) Изпълнителят на БМП превежда пациент по КП, АПр и КПр за лечение към друго лечебно заведение за болнична помощ, когато в хода на лечебно-диагностичния процес установи, че не може да изпълни определени медицински дейности поради:

1. промяна на приемната диагноза или настъпило усложнение, което лечебното заведение не може да лекува;
2. възникнал проблем с медицинската апаратура и оборудване;
3. липса на съответно квалифициран медицински персонал.

(2) В случаите по ал. 1 изпращащият изпълнител на БМП попълва отново необходимите първични медицински документи.

(3) Изпращащият изпълнител на БМП задължително предоставя на приемащия изпълнител на БМП писмена информация за клиничното състояние на пациента и оказаните му диагностично-лечебни процедури, както и мотивите за превеждане в приемащото лечебно заведение за БМП.

Чл. 313. (1) Лекар без специалност, 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 лекарят без специалност се посочва в медицинската документация, която се подписва от него, както и от лекаря със специалност и/или от завеждащия клиника/отделение.

(2) Специализанти могат да извършват лечебни дейности и манипулации 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. В тези случаи специализантите се вписват в медицинската документация като изпълнители, а медицинската документация се преподписва от лекар с придобита съответна специалност, който извършва медицинска дейност в същото лечебно заведение по договор с НЗОК.

Чл. 314. (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) Времевият график за извършване на определени основни процедури, посочени в диагностично-лечебния алгоритъм на съответната КП/АПр/КПр, обхваща само тези процедури, които са задължителни за изпълнение и със същите се завършва КП/АПр/КПр.

(3) Определеният в диагностично-лечебния алгоритъм годишен брой на извършване на КП или АПр се отнася за срока на календарната година.

(4) Извършените медико-диагностични изследвания и инструментални процедури се отразяват в съответните журнали по хронология с имена и диагноза/и.

Чл. 315. Броят на пролежаните леглодни се изчислява, като денят на постъпване и денят на изписване се броят за един леглоден, а всеки ден между тях се брои като пролежан.

Чл. 316. 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.

Чл. 317. (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“.

(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, магнитнорезонансни томографски образни изследвания и хибридни образни изследвания на електронен носител. При получаване на електронния носител се изготвя приемно-предавателен протокол.

Чл. 318. (1) Всички медицински изделия, използвани за осъществяването на основни диагностични и оперативни процедури, посочени в диагностично-лечебния алгоритъм 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 в 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.

Чл. 319. (1) Лечебните заведения за болнична помощ отчитат медицинските изделия от списъците по чл. 390, ал. 3, които НЗОК заплаща извън стойността на КП/АПр/КПр, като в отчетните файлове отразяват – код на производител или търговец на едро с медицински изделия или техни упълномощени представители и код на медицинското изделие.

(2) При грешно отчетен от лечебното заведение код на производител/и или търговец/ци на едро с медицински изделия 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. 320. (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, 242.1, 242.2, 243, 245, 246, 247, 248, 250, 251, 252 и 253 се изпълняват само в условията на комплексно лечение по чл. 358.

Чл. 321. (1) В случаите, когато диагностичната и/или лечебната дейност не може да бъде постигната в условията на извънболничната помощ, ЗОЛ може да бъде насочено съгласно Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) за хоспитализация в лечебно заведение – изпълнител на БМП.

(2) Преценката по ал. 1 се извършва от лекар, лекар по дентална медицина от лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ, като в условията на спешност същата може да бъде извършена и от дежурен екип в ЦСМП или от лекар в структура за спешна медицинска помощ на лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, към което пациентът се е самонасочил.

(3) Към направлението за хоспитализация се прилага амбулаторният лист от извършения преглед на пациента с посочени данни от анамнезата и обективното състояние на пациента, предприетите диагностични и терапевтични дейности, в това число и обективните обстоятелства, мотивиращи становището, че лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ.

(4) Амбулаторният лист 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 медицинска документация.

(5) За организиране на плановия прием в лечебните заведения – изпълнители на БМП, се поддържа листа на планов прием, при липсата на капацитет за планова хоспитализация. 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. 232, ал. 3, чл. 409, ал. 2 и електронно издаване на амбулаторния лист от извършения преглед на пациента по реда на чл. 232, 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. 322. (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 болницата осъществява или планува приема на ЗОЛ. Приемащият лекар може да бъде и без специалност.

Чл. 323. (1) При наличие на индикации (клинични и параклинични) за хоспитализация по КП ЗОЛ не може да бъде връщано при изпълнител на извънболнична медицинска помощ за допълнителни консултации и/или изследвания, свързани с основното заболяване, за което пациентът се хоспитализира.

(2) При необходимост от болнично лечение лечебно заведение за БМП може да издава „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) за КП по физикална и рехабилитационна медицина само ако пациентът е лекуван по повод остро заболяване в същото лечебно заведение – изпълнител на БМП.

(3) Направлението за хоспитализация има срок на валидност до 30 календарни дни от издаването му. По изключение хоспитализирането може да се осъществи след този срок, ако в посочения 30-дневен срок на пациента е извършен преглед в ДКБ/ПК на изпълнителя на БП, а хоспитализирането е осъществено след този срок.

(4) При хоспитализация (планов прием) по КП или АПр и при спазване на изискването на ал. 1 ЗОЛ може да представи предварително извършени изследвания от групата на образната диагностика, клинично-лабораторни изследвания, електрокардиографски и графични изследвания, реализирани в друго или същото лечебно заведение преди хоспитализацията, 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.

(5) 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.

(6) 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.

(7) 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. 324. 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 договорени;

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:

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. 325. (1) При дехоспитализация изпълнителят на БМП предоставя на пациента епикриза с машинен текст, която се издава в три еднообразни екземпляра, подписва се 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;
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 добавя към „История на заболяването“ (ИЗ) 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;
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 съпроводящите 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. 326. (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 (епидурална, спинална или блок), и е неразделна част от ИЗ на пациента;
2. документ № 4 „Информация за пациента“ (родителя/настойника/попечителя); документът се предоставя на пациента (родителя/настойника/попечителя) в хода на лечебно-диагностичния процес за запознаване и не е част от медицинско-финансовата документация;
3. декларация за информирано съгласие от страна на пациента по отношение провежданите процедури в хода на лечебно-диагностичния процес – изготвя се от изпълнителя на БМП и се 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 прилага към ИЗ на пациента и стават неразделна част от него.

(3) Документите по ал. 2, в които е предвиден подпис на пациента, се подписват от него по един 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.

Чл. 327. 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 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 епикризата;

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

8. при извършване на ултразвуково изследване, вкл. и при интервенционални процедури под ехографски контрол, се изготвя и прилага в ИЗ документ „Протокол за ултразвуково изследване“, който съдържа описанието на находката съгласно медицински стандарт по „Образна диагностика“, име на пациента, час и дата на извършване, собственоръчно положено име и подпис 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 собственоръчно 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 собственоръчно 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, собственоръчно положено име и подпис или (е-подпис) автентификация на специалиста, осъществил изследването;

13. при извършване на хирургични процедури по КП се изготвя и прилага в ИЗ документ „Оперативен протокол“, който съдържа описанието на манипулацията, име на пациента, час и дата на извършване, собственоръчно положено име и подпис или (е-подпис) автентификация на специалистите, осъществили процедурата;

14. при извършване на ендоскопско изследване се изготвя и прилага в ИЗ документ „Ендоскопски протокол“, който съдържа описанието на находката, име на пациента, час и дата на извършване, собственоръчно положено име и подпис или (е-подпис) автентификация на специалиста, осъществил изследването;

15. 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;

16. изписаните, отпуснатите и използваните в хода на лечението на ЗОЛ лекарствени продукти, в това число и осигурените от изписаната на БМП (вид, доза – еднократна и/или дневна, курс на лечение), задължително се отбелязват в декурзус, лекарствен и температурен и/или реанимационен лист на пациента; в епикризата се отразява подробна информация за проведеното лекарствено лечение;

17. 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 екземпляр на епикризата 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“;

18. 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 епикризата, съдържаща причините за превеждане;

19. превеждането към друга структура в същото лечебно заведение се документира в ИЗ;

20. 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;

21. в случай че пациентът се изписва с диагноза за заболяване, включено в Наредба № 8 от 2016 г., същият се насочва за диспансерно наблюдение;

22. 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;

23. 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. 328. (1) Изпълнителят на КП по приложението № 17 „Клинични пътеки“ задължително сключва договор и за изпълнение на АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...“ по приложение № 18.

(2) Алинея първа не се прилага за 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. 329. (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, 42 и 49 се изпълняват само в условията на комплексно лечение по чл. 358.

Чл. 330. Лечебните заведения попълват документ № 2 „Предоперативна анестезиологична консултация“, който е задължителен за всяка АПр с оперативна дейност, извършена с обща или регионална (епидурална, спинална или блок) анестезия. Този документ се прикрепва към ИЗ и е неразделна част от същата.

Чл. 331. (1) Амбулаторни процедури № 1, 2, 3, 6, 8, 10, 21.2, 27.1, 27.2, 32, 45, 46, 47, 48, 49, 50 и 53 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, 21.1, 22, 23, 24, 31 и 34 се извършват в полза на ЗОЛ, на които е издадено „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7).

(4) Амбулаторни процедури № 25, 26, 28, 29, 30, 33.1, 33.2, 35, 36, 37, 44, 51 и 52 се извършват в полза на ЗОЛ, на които е издадено „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А).

(5) Валидността на „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) е 30 дни от датата на издаването им. За АПр № 36 „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А) е със срок на валидност – 60 дни от издаването му.

Чл. 332. (1) За АПр № 1 направлението по чл. 331, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват всички проведени хроничнохемодиализни процедури по брой, дата и час на започване и завършване на всяка отделна АПр.

(2) За АПр № 2 и № 3 направлението по чл. 331, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразява броят дни.

Чл. 333. (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 фармакотерапевтични ръководства.

(2) Решението по ал. 1 съдържа задължително и следните реквизити: дата на вземане на решението, пореден номер, име и положен собственоръчен подпис на членовете на комисията. Поредният номер на решението започва с началото на всяка календарна година.

(3) Екземпляр от решението по ал. 1 е неразделна част от медицинската документация на пациента и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК/РЗОК при поискване, друг екземпляр от решението се съхранява от комисията.

Чл. 334. (1) За АПр № 6 направлението по чл. 331, 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. 335. (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. 336. За АПр № 8 направлението по чл. 331, 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. 337. (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. 338. (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. 331, ал. 3 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват всички проведени процедури.

Чл. 339. (1) За АПр № 25 направлението по чл. 331, 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. 331, 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. 331, ал. 4 се издава еднократно за всяка една гърда (млечна жлеза) от чифтния орган.

(3) За АПр № 27.1 направлението по чл. 331, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват не повече от три процедури. За АПр № 27.2 направлението по чл. 328, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват не повече от две процедури.

(4) За АПр № 29 направлението по чл. 331, ал. 4 се издава еднократно за дейност в срок от 30 дни, като в същото се отразяват не повече от десет процедури.

(5) За АПр № 32 и 45 направлението по чл. 331, ал. 1 се издава не повече от два пъти за една календарна година.

(6) За АПр № 44 направлението по чл. 331, 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.

(7) За АПр № 50 направлението по чл. 331, ал. 1 се издава еднократно за една календарна година.

(8) За АПр № 51 и АПр № 52 направлението по чл. 331, ал. 4 се издава еднократно за месеца.

(9) За АПр № 53 направлението по чл. 331, ал. 1 се издава еднократно за месеца, не повече от дванадесет пъти за една календарна година.

Чл. 340. (1) С направлението по чл. 331, ал. 4 за изпълнение на АПр № 36 и № 37 пациентите се насочват към ЛКК, сформирани на основание чл. 77 ЗЛЗ в структурите по нуклеарна медицина в лечебното заведение – изпълнител на същите.

(2) Комисията по ал. 1 взема решение за осъществяване на процедурите в 14-дневен срок от подаване на медицинската документация.

Чл. 341. 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. 63, ал. 1.

Чл. 342. Амбулаторна процедура № 39 се предоставя на ЗОЛ до четири пъти за една календарна година при извършени до четири клинични прегледа.

Чл. 343. Амбулаторни процедури № 40 и № 41 се предоставят на ЗОЛ до три пъти за една календарна година при извършени до три клинични прегледа.

Чл. 344. 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 два през период от пет до седем месеца.

Чл. 345. (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. 331.

Чл. 346. Амбулаторните процедури се извършват в съответствие с алгоритмите по приложение № 18 и се отразяват в посочените в тези алгоритми документи.

Чл. 347. (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. 348. (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.

(2) В алгоритъма на КП се посочва минималното ниво на компетентност, на което следва да отговаря съответната структура на лечебното заведение.

Чл. 349. (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. 350. (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. 351. (1) Клинични процедури № 3 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“, № 4 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“, № 8 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене при деца“ и № 9 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене при деца“ 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. 352. (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.

(3) Клинична процедура № 7 „Ендоваскуларно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им“ 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.

Чл. 353. Процедурите по чл. 349, ал. 1, чл. 350, ал. 1, чл. 351, ал. 1 и чл. 352 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. 354. 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. 355. (1) В случаите по чл. 354 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. 356. 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. 357. (1) Клинична пътека с договорен минимален престой до 3 дни може да бъде изпълнена и приключена като АПр с наименование АПр „Предсрочно изпълнение на КП...“ и съдържание съгласно приложение № 18, в случай че в рамките на не по-малко от 12 часа от престоя на пациента в лечебното заведение по КП по отношение на него са изпълнени всички задължителни дейности и са налице всички условия за дехоспитализация, определени с този НРД, и е налице писмена оценка от лекар за липсата на медицински риск за пациента от приключването на дейността по КП.

(2) Амбулаторна процедура „Предсрочно изпълнение на КП...“ по приложение № 18 се извършва в съответствие с алгоритъма на същото и се отразява в съответните документи.

Условия и ред за извършване на дейности за „Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)“

Чл. 358. (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. 359. 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. 360. (1) Националната здравноосигурителна каса сключва договор за изпълнение на АПр № 5 по чл. 358, 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 лечение или нуклеарна медицина от минимум 2-ро ниво на компетентност и хирургия. Когато АПр № 5 се изпълнява 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. 358, 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. 358, ал. 1, т. 1, букви „а“ и „б“.

(5) Лечебните заведения по ал. 1 и 2 осигуряват на пациентите с онкологични заболявания пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

Раздел IV

Предписване и отпускане на лекарствени продукти, прилагани в болничната помощ и заплащани от НЗОК извън цената на клиничните пътеки и амбулаторните процедури

Чл. 361. (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 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, 242.1, 242.2, 243, 245, 246, 248, 250, 251 и 252, 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 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 на АПр № 6 „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“ и № 7 „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при хематологични заболявания“ и КП № 240, 242.1, 242.2, 243, 244, 245, 246, 248, 250.1, 250.2, 251.1, 251.2 и 252, необходимите еритро- и гранулоцитни 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 коагулопатии в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги.

(4) Списъците по ал. 3 са публикувани на интернет страницата на НЗОК.

(5) Изпълнителят на БМП подава в ежедневиия файл по чл. 408 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. 362. (1) Лекарствените продукти по чл. 361, 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. 361, 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. 363. (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. 361, 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 неизползваеми 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 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 верификационните данни (индивидуален идентификационен белег съгласно Регламент (ЕС) 2016/161) на приложените лекарствени продукти и формирани, използвани или неизползваеми остатъци от същите, за всеки пациент 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. 364. (1) Лекарствените продукти по чл. 361, 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. 365. (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 ежедневиите файлове, които съдържат информация за индивидуалните дози, приложени на пациентите, и информация за остатъчните количества.

Чл. 366. Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на БМП приложените лекарствени продукти (вкл. биологични) за лечение на злокачествени заболявания извън цената на КП и АПр.

Чл. 367. (1) За всеки от лекарствените продукти, прилагани в БМП, които се заплащат от НЗОК извън стойността на оказваните медицински услуги, НЗОК заплаща съответна стойност, определена съгласно чл. 45, ал. 29 и 29а от ЗЗО.

(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. 368. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща извън цената на КП, АПр 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 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 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. 369. (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 закупуването от НЗОК дейности в болничната медицинска помощ

Чл. 370. (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.

(3) Договорените обеми и цени от 1.09.2026 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2026 г. по ЗБНЗОК за 2026 г. съгласно чл. 371, 372 и 373.

(4) Цените и обемите в настоящия раздел подлежат на промяна по реда на чл. 374.

Обеми и цени на закупуването от НЗОК дейности по клинични пътеки

Чл. 371. (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода 1.09 – 31.12.2026 г. закупуването на следните обеми за дейностите по КП, посочени по приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
001	Стационарни грижи при бременност с повишен риск	7 354	470,18
002	Пренатална инвазивна диагностика на бременността и интензивни грижи при бременност с реализиран риск	1 475	736,77
003	Оперативни процедури за задържане на бременност	126	230,59
004	Преждевременно прекъсване на бременността		
004.1	Преждевременно прекъсване на бременността до 13 гест. с. включително	1 417	226,66
004.2	Преждевременно прекъсване на бременността над 13 гест. с.	245	343,64
005	Раждане		
005.1	Нормално раждане	6 194	1 039,29
005.2	Раждане чрез цезарово сечение	7 847	728,89
006	Грижи за здраво новородено дете	9 413	473,78
007	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, първа степен на тежест	4 495	873,44
008	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, втора степен на тежест	1 346	1 300,88
009	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, първа степен на тежест	825	1 068,60
010	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, втора степен на тежест	760	1 411,67
011	Диагностика и лечение на новородени с тегло под 1499 грама	168	4 051,01
012	Диагностика и лечение на дете с вродени аномалии	1 130	1 474,79
013	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, първа степен на тежест	780	2 156,32
014	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, втора степен на тежест	339	3 768,23
015	Диагностика и интензивно лечение на новородени с приложение на сурфактант		
015.1	Диагностика и интензивно лечение на новородени с еднократно приложение на сурфактант	79	4 754,48
015.2	Диагностика и интензивно лечение на новородени с многократно приложение на сурфактант	453	8 483,04
016	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис/остър миокарден инфаркт без инвазивно изследване и/или интервенционално лечение	805	438,69
017	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания		
017.1	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания при лица над 18 години	6 728	701,57
017.2	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания при лица под 18 години	47	943,01
018	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания с механична вентилация		
018.1	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания с механична вентилация за лица над 18 години	2	1 257,34
018.2	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания с механична вентилация при лица под 18 години	13	1 676,47
019	Постоянна електрокардиостимулация		

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
019.1	Постоянна електрокардиостимулация – с имплантация на антибрадикарден пейсмейкър – еднокамерен или двукамерен	1 501	668,15
019.2	Постоянна електрокардиостимулация – с имплантация на ресинхронизираща система за стимулация или автоматичен кардиовертер дефибрилатор	458	1 135,87
020	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания		
020.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания при лица над 18 години	10 069	2 602,16
020.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания при лица под 18 години	3	4 008,94
020.3	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания и налична комплексна коронарна анатомия	2 500	2 602,16
021	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии		
021.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии при лица над 18 години	998	2 546,01
021.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии при лица под 18 години	8	3 097,82
022	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации		
022.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации за лица над 18 години	1	2 995,30
022.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации при лица под 18 години	3	4 008,94
023	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация		
023.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация при лица над 18 години	1	2 902,47
023.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация при лица под 18 години	15	4 300,49
024	Ендоваскуларно лечение на екстракраниални съдове	1	1 138,91
025	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване	7 004	829,13
026	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение	5 611	2 551,14
027	Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с фибринолитик	2	1 951,60
028	Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение	3 258	3 380,15
029	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация	25 322	581,85
030	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация		
030.1	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация при лица над 18 години	542	1 548,35
030.2	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация за лица под 18 години	1	1 783,27
031	Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит		
031.1	Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит за лица над 18 години	149	4 555,61
031.2	Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит за лица под 18 години	1	5 314,88
032	Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда		
032.1	Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда при лица над 18 години	2 123	551,18
032.2	Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда при лица под 18 години	13	660,18
033	Диагностика и лечение на ритъмни и проводни нарушения	12 007	406,66
034	Диагностика и лечение на артериална хипертония в детската възраст	88	734,98
035	Диагностика и лечение на хипоксемични състояния при вродени сърдечни малформации в детска възраст	7	1 539,29
036	Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм без фибринолитик	1 206	744,21
037	Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм с фибринолитик	174	2 887,46
038	Диагностика и лечение на хронична обструктивна белодробна болест – остра екзацербация	4 069	668,15
039	Диагностика и лечение на бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18-годишна възраст	11 566	852,81
040	Диагностика и лечение на бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп		
040.1	Диагностика и лечение на бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица над 18-годишна възраст	3 403	590,40
040.2	Диагностика и лечение на бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица под 18-годишна възраст	808	734,98
041	Диагностика и лечение на алергични и инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система		
041.1	Диагностика и лечение на алергични и инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система при лица над 18 години	559	414,26
041.2	Диагностика и лечение на алергични и инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система при лица под 18 години	5 525	547,89
042	Диагностика и лечение на гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система		
042.1	Диагностика и лечение на гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица над 18 години	5 414	956,75
042.2	Диагностика и лечение на гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица под 18 години	56	1 795,19
043	Бронхоскопски процедури с неголям обем и сложност в пулмологията	299	383,87
044	Високоспециализирани интервенционални процедури в пулмологията	1 377	852,81
045	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система	4 650	714,47
046	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система в детска възраст	3	1 539,26
047	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация		
047.1	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация при лица над 18 години	75	1 974,09
047.2	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация при лица под 18 години	1	2 292,81
048	Диагностика и лечение на бронхопневмония в детска възраст	8 596	935,42

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
049	Диагностика и лечение на бронхиолит в детската възраст	5 533	758,68
050	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза		
050.1	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза при лица над 18 години	13 449	789,64
050.2	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза при лица под 18 години	3	1 035,64
BP050.1	Допълнително заплащане за КП 050.1 по реда на НРД	12 243	157,93
BP050.2	Допълнително заплащане за КП 050.2 по реда на НРД	1	207,13
051	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с тромбоза		
051.1	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с тромбоза	633	2 649,59
051.2	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с интервенционално лечение	101	2 836,68
052	Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив		
052.1	Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив при лица над 18 години	622	1 530,68
052.2	Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив при лица под 18 години	1	1 879,55
053	Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив		
053.1	Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив при лица над 18 години	80	1 594,46
053.2	Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив при лица под 18 години	1	1 974,76
054	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре)		
054.1	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) при лица над 18 години	138	7 288,97
054.2	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) при лица под 18 години	2	7 501,57
055	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация		
055.1	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация при лица над 18 години	1	9 293,45
055.2	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация при лица под 18 години	1	9 339,00
056	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми		
056.1	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми при лица над 18 години	27 465	510,22
056.2	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми при лица под 18 години	216	668,15
056.3	Диагностика и лечение на синдром на Гилен-Баре с имуноглобулини	1 322	668,15
057	Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити		
057.1	Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при лица над 18 години	695	2 186,69
057.2	Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при лица под 18 години	52	2 733,37
058	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система, засягащи ЦНС с начало в детска възраст		
058.1	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система, засягащи ЦНС с начало в детска възраст при лица над 18 години	4	912,53
058.2	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система, засягащи ЦНС с начало в детска възраст при лица под 18 години	120	997,89
059	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система при възрастни пациенти, засягащи централна нервна система и моторния неврон (ЛАС)	2 889	629,92
060	Диагностика и лечение на невро-мускулни заболявания и болести на предните рога на гръбначния мозък	159	634,84
061	Диагностика и лечение на мултипленна склероза	739	680,98
062	Диагностика и лечение на епилепсия и епилептични пристъпи		
062.1	Диагностика и лечение на епилепсия и епилептични пристъпи при лица над 18 години	3 363	531,49
062.2	Диагностика и лечение на епилепсия и епилептични пристъпи при лица под 18 години	1 044	604,60
063	Лечение на епилептичен статус		
063.1	Лечение на епилептичен статус при лица над 18 години	377	908,08
063.2	Лечение на епилептичен статус при лица под 18 години	61	1 117,64
064	Диагностика и лечение на миастения гравис и миастенни синдроми		
064.1	Диагностика и лечение на миастения гравис и миастенни синдроми при лица над 18 години	211	704,95
064.2	Диагностика и лечение на миастения гравис и миастенни синдроми при лица под 18 години	12	1 062,13
065	Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация		
065.1	Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация при лица над 18 години	3	7 364,91
065.2	Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация при лица под 18 години	1	8 731,59
066	Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация		
066.1	Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация при лица над 18 години	2	7 592,68
066.2	Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация при лица под 18 години	1	9 111,22
067	Диагностика и лечение на паркинсонова болест	235	562,42
068	Диагностика и лечение на заболявания на горния гастроинтестинален тракт		
068.1	Диагностика и лечение на заболявания на горния гастроинтестинален тракт за лица над 18-годишна възраст	2 009	354,12
068.2	Диагностика и лечение на заболявания на горния гастроинтестинален тракт за лица под 18-годишна възраст	434	407,57
069	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт		
069.1	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт за лица над 18-годишна възраст	3 414	547,89
069.2	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт за лица под 18-годишна възраст	23	692,45
070	Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит		
070.1	Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит за лица над 18-годишна възраст	1 796	1 553,56

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
070.2	Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит за лица под 18-годишна възраст	206	1 929,40
071	Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво		
071.1	Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво за лица над 18-годишна възраст	3 502	363,23
071.2	Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво за лица под 18-годишна възраст	763	452,65
072	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт		
072.1	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт за лица над 18-годишна възраст	4 460	759,26
072.2	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт за лица под 18-годишна възраст	12	1 002,51
073	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума		
073.1	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума за лица над 18-годишна възраст	19 903	1 471,87
073.2	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума за лица под 18-годишна възраст	6	1 717,21
074	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума		
074.1	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума за лица над 18-годишна възраст	20 573	797,51
074.2	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума за лица под 18-годишна възраст	161	867,26
075	Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза)		
075.1	Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза) за лица над 18-годишна възраст	5 952	1 174,90
075.2	Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза) за лица под 18-годишна възраст	76	1 462,30
076	Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания		
076.1	Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания за лица над 18-годишна възраст	6 301	734,98
076.2	Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания за лица под 18-годишна възраст	179	997,78
077	Диагностика и лечение на хронични диарии с начало в детската възраст	1	451,77
078	Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет		
078.1	Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години	15 619	702,49
078.2	Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет при лица под 18 години	442	746,54
079	Диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза		
079.1	Диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза при лица над 18 години	1 563	392,96
079.2	Диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза при лица под 18 години	78	456,43
080	Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека		
080.1	Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица над 18 години	2 337	680,31
080.2	Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица под 18 години	688	868,74
081	Лечение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна		
081.1	Лечение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица над 18 години	538	569,45
081.2	Лечение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица под 18 години	52	745,21
082	Диагностика на лица с метаболитни нарушения		
082.1	Диагностика на лица с метаболитни нарушения при лица над 18 години	2 044	478,06
082.2	Диагностика на лица с метаболитни нарушения при лица под 18 години	483	676,59
083	Лечение на лица с метаболитни нарушения		
083.1	Лечение на лица с метаболитни нарушения при лица над 18 години	277	564,60
083.2	Лечение на лица с метаболитни нарушения при лица под 18 години	147	799,21
084	Диагностика и лечение на остър и хроничен обострен пиелонефрит	10 077	652,41
085	Диагностика и лечение на гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания – новооткрити		
085.1	Диагностика и лечение на гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания – новооткрити – при лица над 18 години	835	1 239,73
085.2	Диагностика и лечение на гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания – новооткрити – при лица под 18 години	47	1 420,40
086	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания		
086.1	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания – при лица над 18 години	4 659	1 096,69
086.2	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания – при лица под 18 години	147	1 446,30
087	Диагностика и лечение на остра бъбречна недостатъчност		
087.1	Диагностика и лечение на остра бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	2 362	1 167,27
087.2	Диагностика и лечение на остра бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	11	1 498,00
088	Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност		
088.1	Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	1 640	632,08
088.2	Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	105	708,91
089	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан		
089.1	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години	2 607	537,79
089.2	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан при лица под 18 години	181	700,69
089.3	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години – с усложнения	15	785,66
090	Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания		
090.1	Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години	14 530	656,01
090.2	Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания при лица под 18 години	295	823,28
091	Диагностика и лечение на дегенеративни и обменни ставни заболявания	2 661	565,74
092	Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози	185	725,88

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
093	Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата	2 128	518,22
094	Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен	410	549,48
095	Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем	371	467,15
096	Лечение на кожни прояви при съединително-тъканни заболявания и васкулити	123	478,93
097	Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин	2	379,63
098	Диагностика и лечение на остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром	4 948	748,33
099	Диагностика и лечение на инфекциозни и паразитни заболявания, предавани чрез ухапване от членестоноги	392	723,88
100	Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит А и Е	262	1 367,83
101	Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит В, С и D	250	1 557,78
102	Диагностика и лечение на паразитози	5	842,93
103	Диагностика и лечение на покривни инфекции	31	842,93
104	Диагностика и лечение на контактиозни вирусни и бактериални заболявания – остро протичащи, с усложнения	2 823	935,42
105	Диагностика и лечение на вирусни хеморагични трески	2	1 214,83
106	Диагностика и лечение на токсоалергични реакции		
106.1	Диагностика и лечение на токсоалергични реакции при лица над 18 години	1 263	564,95
106.2	Диагностика и лечение на токсоалергични реакции при лица под 18 години	1 535	652,54
107	Диагностика и лечение на отравяния и токсични ефекти от лекарства и битови отрови	2 274	736,24
108	Диагностика и лечение на фалойдно гъбно отравяне	4	3 017,23
109	Диагностика и лечение на токсична епидермална некролиза (болест на Лайел)	10	2 591,93
110	Лечение на доказани първични имунодефицити		
110.1	Лечение на доказани първични имунодефицити при лица над 18 години	31	2 024,72
110.2	Лечение на доказани първични имунодефицити при лица под 18 години	108	2 459,47
111	Диагностика и лечение на остри внезапно възникнали състояния в детската възраст	4 659	419,11
112	Диагностика и лечение на муковисцидоза	13	1 822,25
113	Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип		
113.1	Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип с минимален болничен престой 48 часа	72	224,97
113.2	Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип с минимален болничен престой 4 дни	5 277	420,02
114	Интензивно лечение на коматозни състояния, неиндицирани от травма	1 083	2 200,36
115	Интензивно лечение при комбинирани и/или съчетани травми	178	3 003,67
116	Оперативно лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години	684	6 765,92
117	Оперативно лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение при лица от 0 до 18 години. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица от 0 до 18 години	41	12 628,15
118	Оперативно лечение на деца до 1 година с критични вродени сърдечни малформации в условията на екстракорпорално кръвообращение	16	21 639,16
119	Оперативни процедури при комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условия на екстракорпорално кръвообращение	1 383	10 843,48
120	Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция		
120.1	Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция	37	12 026,82
120.2	Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция, с продължителна механична вентилация	6	13 830,84
121	Оперативно лечение на заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица над 18 години	173	2 643,38
122	Оперативно лечение на заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица под 18 години	14	3 872,26
123	Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им		
123.1	Оперативно лечение на аневризми на абдоминална аорта	51	4 464,49
123.2	Оперативно лечение на руптурирали аневризми на абдоминална аорта	23	8 436,32
123.3	Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им	4 025	3 037,08
123.4	Диагностика и лечение след провеждане на КГР № 7 „Ендоваскуларно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им“	1	1 490,41
124	Оперативно лечение на хронична съдова недостатъчност във феморо-попliteалния и аксиларно-брахиалния сегмент	2 405	1 804,02
125	Оперативно лечение на клонове на аортната дъга	288	1 974,09
126	Спешни оперативни интервенции без съдова реконструкция при болни със съдови заболявания (тромбектомии, емболектомии, ампутации и симпатектомии)	385	1 336,31
127	Консервативно лечение на съдова недостатъчност	1 718	638,65
128	Консервативно лечение с простагландини/простаглицлинови деривати при съдова недостатъчност	17	395,20
129	Оперативно лечение при варикозна болест и усложненията ѝ	50	494,93
130	Оперативни процедури върху придатъците на окото с голям обем и сложност	1 518	365,57
131	Други операции на очната ябълка с голям обем и сложност	622	581,43
132	Кератопластика	82	874,68
133	Консервативно лечение на глаукома, съдови заболявания на окото и неперфоративни травми	4 949	281,22
134	Консервативно лечение при инфекции и възпалителни заболявания на окото и придатъците му	2 583	281,22
135	Оперативно лечение при заболявания на ретина, стъкловидно тяло и травми, засягащи задния очен сегмент	997	949,07
136	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с много голям обем и сложност	2 979	2 771,33
137	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с голям обем и сложност	7 368	1 269,50
138	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото със среден обем и сложност	3 137	546,11
139	Високотехнологична диагностика при ушно-носно-гърлени болести	1 444	453,31
140	Консервативно парентерално лечение при ушно-носно-гърлени болести		

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
140.1	Консервативно парентерално лечение при ушно-носно-гърлени болести при лица над 18 години	386	281,22
140.2	Консервативно парентерално лечение при ушно-носно-гърлени болести при лица под 18 години	127	281,22
141	Трансуретрално оперативно лечение при онкологични заболявания на пикочния мехур	2 095	919,56
142	Радикална цистопростатектомия с ортотопичен пикочен мехур	7	3 969,87
143	Трансуретрална простатектомия	979	981,42
144	Отворени оперативни процедури при доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза и нейните усложнения	102	1 231,96
145	Ендоскопски процедури при обструкции на горните пикочни пътища	7 105	713,15
146	Оперативни процедури при вродени заболявания на пикочо-половата система	490	2 672,45
147	Оперативни процедури върху мъжка полова система	4 220	634,74
148	Оперативни процедури на долните пикочни пътища с голям обем и сложност	300	2 382,75
149	Оперативни процедури на долните пикочни пътища със среден обем и сложност	799	1 066,52
150	Оперативни процедури при инконтиненция на урината	33	765,63
151	Реконструктивни операции в урологията	571	1 264,69
152	Ендоскопски процедури при обструкции на долните пикочни пътища	6 312	538,80
153	Оперативни процедури при травми на долните пикочни пътища	498	1 068,87
154	Оперативни процедури на бъбрека и уретера с голям и много голям обем и сложност	4 244	2 875,66
155	Оперативни процедури на бъбрека и уретера със среден обем и сложност	1 027	1 047,79
156	Радикална цистектомия. Радикална цистопростатектомия	151	3 728,21
157	Радикална простатектомия	59	2 871,39
158	Оперативни интервенции при инфекции на меките и костни тъкани	9 716	498,30
159	Артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	2 469	1 008,99
160	Нерадикално отстраняване на матката	1 883	1 006,73
161	Радикално отстраняване на женски полови органи	245	1 699,76
162	Оперативни интервенции чрез коремен достъп за отстраняване на болестни изменения на женските полови органи	2 330	835,20
163	Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или инвазивно изследване на женските полови органи	9 233	424,63
164	Корекции на тазова (перинеална) статика и/или на незадържане на урината при жената	472	978,62
165	Диагностични процедури и консервативно лечение на токсо-инфекциозен и анемичен синдром от акушеро-гинекологичен произход	3 359	501,12
166	Корекции на проходимост и възстановяване на анатомия при жената	54	978,62
167	Системна радикална ексцизия на лимфни възли (тазови и/или парааортални и/или ингвинални) като самостоятелна интервенция или съчетана с радикално отстраняване на женски полови органи. Тазова екзентерация	195	2 870,03
168	Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания		
168.1	Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания в акушерството и гинекологията	355	5 535,76
168.2	Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания в коремната хирургия, гърдната хирургия, детската хирургия и урологията	1 143	5 757,19
169	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок	105	2 040,92
170	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок, с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването	19	8 574,68
171	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	1 334	2 864,41
172	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	9	5 416,49
173	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица над 18 години	173	2 298,86
174	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица под 18 години	18	2 944,07
175	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума, с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	6 325	3 049,84
176	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума, с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	135	4 482,59
177	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица над 18 години	1 776	1 257,34
178	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица под 18 години	27	2 039,14
179	Оперативни процедури върху апендикс	701	753,64
180	Хирургични интервенции за затваряне на стома	29	778,65
181	Хирургични интервенции на ануса и периааналното пространство	3 935	497,55
182	Оперативни процедури при хернии	3 695	697,40
183	Оперативни процедури при хернии с инкарцерация	720	823,94
184	Конвенционална холецистектомия	84	1 189,52
185	Лапароскопска холецистектомия	1 344	961,74
186	Оперативни процедури върху екстрахепаталните жлъчни пътища	405	2 424,60
187	Оперативни процедури върху черен дроб		
187.1	Оперативни процедури върху черен дроб с много голям обем и сложност	163	4 499,37
187.2	Оперативни процедури върху черен дроб с голям обем и сложност	663	1 968,47
188	Оперативни процедури върху черен дроб при ехинококова болест	24	1 779,50
189	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, с голям и много голям обем и сложност		
189.1	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, с много голям обем и сложност	34	4 687,90
189.2	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, с голям обем и сложност	313	4 687,90
190	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, със среден обем и сложност	4	1 827,65
191	Оперативни процедури върху далака		
191.1	Оперативни процедури върху далака при лица над 18 години	26	1 161,40
191.2	Оперативни процедури върху далака при лица под 18 години	14	1 709,50
192	Оперативни интервенции при диабетно стъпало, без съдово-реконструктивни операции	1 822	1 193,19
193	Оперативно лечение на онкологично заболяване на гърдата: стадии Tis 1-4 N 0-2 M0-1	1 544	1 673,20
194	Оперативни интервенции върху гърда с локална ексцизия и биопсия	1 298	398,43

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
195	Оперативно лечение при остър перитонит	971	2 487,67
196	Оперативно лечение на интраабдоминални абсцеси	94	1 605,78
197	Консервативно лечение при остри коремни заболявания	10 128	581,30
198	Хирургично лечение при животозастрашаващи инфекции на меките и костни тъкани	4 983	2 277,80
199	Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени и доброкачествени новообразувания		
199.1	Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания	1 979	568,04
199.2	Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания	1 965	269,96
200	Реконструктивни операции на гърдата по медицински показания след доброкачествени и злокачествени тумори, вродени заболявания и последици от травми и изгаряния	165	1 093,91
201	Оперативни процедури върху щитовидна и парашитовидни жлези, с голям и много голям обем и сложност	352	1 377,94
202	Оперативни процедури върху щитовидна и парашитовидни жлези, със среден обем и сложност	186	860,51
203	Хирургично лечение при надбъбречни заболявания	30	1 672,10
204	Тежка черепно-мозъчна травма – оперативно лечение	237	3 644,07
205	Тежка черепно-мозъчна травма – консервативно поведение	167	1 433,05
206	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)		
206.1	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)	774	3 073,52
206.2	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация)	294	4 359,72
206.3	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невроендоскопия и интраоперативен ултразвук), след клинична процедура „Ендоваскуларно лечение на нетравматични мозъчни кръвоизливи, аневризми и артериовенозни малформации на мозъчните съдове“	155	1 462,30
207	Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин	176	2 019,09
208	Консервативно поведение при леки и среднотежки черепно-мозъчни травми	4 645	393,69
209	Хирургично лечение при травма на главата	375	1 169,32
210	Периферни и черепно-мозъчни нерви (екстракраниална част) – оперативно лечение	1 791	781,77
211	Гръбначни и гръбначно-мозъчни оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност		
211.1	Гръбначни и гръбначно-мозъчни оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност	3 001	2 584,89
211.2	Гръбначни и гръбначно-мозъчни оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност – с невронавигация и 3D интраоперативен образен контрол	357	3 237,86
212	Гръбначни и гръбначно-мозъчни оперативни интервенции с малък и среден обем и сложност	2 102	1 631,03
213	Оперативно лечение на тумори на бял дроб, медиастиnum, плевра и гръдна стена	619	2 624,03
214	Разширени (големи) операции с пълно или частично отстраняване на повече от един интраторакален орган, включително медиастинал тумор или гръдна стена. Едноетапни операции при белодробни болести, засягащи двата бели дроба при болести със съчетана белодробна и друга локализация	1 209	3 389,38
215	Оперативно лечение на болести на бял дроб, медиастиnum, плевра и гръдна стена, без онкологични заболявания	1 090	1 758,44
216	Спешни състояния в гръдната хирургия	873	618,66
217	Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник		
217.1	Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник	6 017	1 858,69
217.2	Оперативни процедури с много голям обем и сложност на таза, тазобедрената и колянната става	582	4 191,17
217.3	Оперативни процедури при множествени счупвания и/или луксации на таза, горни и долни крайници	302	5 011,17
218	Оперативни процедури с алопластика на тазобедрена и колянна става	6 050	1 169,28
219	Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност	5 993	829,00
220	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност		
220.1	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност	5 487	892,90
220.2	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност при повече от един пръст (лъч)	152	1 214,83
221	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с много голям обем и сложност	692	1 518,54
222	Средни оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	3 216	446,57
223	Оперативни процедури при заболявания на гръдния кош	128	712,98
224	Септични (бактериални) артрити и остеомиелити при лица под 18 години	11	2 234,68
225	Хирургично лечение в лицево-челюстната област с много голям обем и сложност	88	1 574,78
226	Оперативно лечение в лицево-челюстната област с голям обем и сложност	105	796,98
227	Оперативни процедури в лицево-челюстната област със среден обем и сложност	2 898	703,02
228	Оперативно лечение на възпалителни процеси в областта на лицето и шията	1 038	545,55
229	Консервативно лечение при заболявания на лицево-челюстната област	925	315,51
230	Оперативно лечение на вродени малформации в лицево-челюстната област	46	1 326,04
231	Лечение на фрактури на лицевите и челюстните кости	277	701,57
232	Хирургично лечение на изгаряния с площ от 5 % до 10 % при възрастни и до 3 % при деца	33	614,38
233	Хирургично лечение при необширни изгаряния с площ от 1 до 19 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции	1 289	2 828,00
234	Хирургично лечение при обширни изгаряния над 20 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции		
234.1	Хирургично лечение при обширни изгаряния от 20 % до 39 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции	78	8 746,77
234.2	Хирургично лечение при обширни изгаряния над 40 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции	19	8 746,77
235	Оперативно лечение на поражения, предизвикани от ниски температури (измръзване)	17	594,99
236	Оперативно лечение на последствията от изгаряне и травма на кожата и подкожната тъкан	1 968	1 559,84
237	Оперативно лечение на кожни дефекти от различно естество, налагащи пластично възстановяване	979	908,08
238	Реплантиция и реконструкции с микросъдова хирургия	192	6 924,53
239	Оперативно лечение на деца до 3 години с вродени аномалии в областта на торакалната и абдоминалната област	114	10 967,89

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
240	Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения	42 706	365,28
241	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания		
241.3	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с КТ на минимум две зони или костномозъчно изследване с МКБ – код 41.31 (30081-00, 30087-00) при лица над 18 години	20 612	347,88
241.4	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с КТ на минимум две зони или костномозъчно изследване с МКБ – код 41.31 (30081-00, 30087-00) при лица под 18 години	25	618,46
241.5	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с МРТ при лица над 18 години	6 627	505,76
241.6	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с МРТ при лица под 18 години	4	818,08
242	Диагностика и лечение на левкемии		
242.1	Диагностика и лечение на левкемии	4 475	1 050,27
242.2	Диагностика и лечение на левкемии с интензивни протоколи	497	1 050,27
243	Диагностика и лечение на лимфоми	5 709	818,07
244	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии		
244.1	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии. За лица над 18 години	5 710	525,33
244.2	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии. За лица под 18 години	855	803,34
245	Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст	768	1 738,39
246	Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности	790	550,81
247	Брахитерапия с ниски активности	16	301,66
248	Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия		
248.1	Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни	3	2 045,17
248.2	Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни	1	3 936,95
250	Триизмерно конформално лъчелечение		
250.1	Триизмерно конформално лъчелечение с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни	2 206	1 391,53
250.2	Триизмерно конформално лъчелечение с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни	153	2 403,07
251	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания		
251.1	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни	1 307	1 739,41
251.2	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни	2 959	3 594,79
252	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания		
252.1	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания	581	2 899,02
252.2	Роботизирана радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания	991	5 334,21
253	Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания	5 874	118,45
254	Продължително лечение и ранна рехабилитация след острия стадий на исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт с остатъчни проблеми за здравето	5 618	55,88
255	Продължително лечение и ранна рехабилитация след инфаркт на миокарда и след сърдечни интервенции	140	54,99
256	Продължително лечение и ранна рехабилитация след оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност с остатъчни проблеми за здравето	16 613	76,49
257	Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи при персистиращо/хронично/вегетативно състояние	57	97,74
258	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на централна нервна система	1 157	37,13
259	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на периферна нервна система	670	37,13
260	Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа		
260.1	Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа	7 648	67,50
260.2	Робот-асистирана рехабилитация при детска церебрална парализа	1 482	123,73
261	Физикална терапия и рехабилитация при първични мускулни увреждания и спинална мускулна атрофия	29	466,80
262	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система		
262.1	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система	2 261	438,69
262.2	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система като последици от мозъчно-съдова болест, след непосредствена дехоспитализация от профилирана клиника/отделение за активно лечение на основното заболяване	137	506,18
263	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система		
263.1	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система	29 628	281,75
263.2	Физикална терапия и рехабилитация с комплексна подводно-екстензионна терапия при болести на периферна нервна система с увреждания на гръбначния стълб	161	506,18
264	Физикална терапия и рехабилитация след преживян/стар инфаркт на миокарда и след оперативни интервенции	117	416,20
265	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат		
265.1	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат	43 567	281,75
265.2	Физикална терапия и рехабилитация с комплексна подводно-екстензионна терапия при болести на гръбначния стълб	250	506,18
265.3	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат след непосредствена дехоспитализация от профилирана клиника/отделение за активно лечение на основното заболяване	208	365,57
266	Речева рехабилитация след ларингектомия	28	321,28
267	Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи след лечение от COVID-19	1	320,58
269	Транзиторна исхемична атака	3 300	350,00
270	Лечение на инфекции на пикочно-половата система	400	255,00
999	Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура	1 371	123,73

(2) Обемите за КП № 253 – 260 (260.1 и 260.2) са в брой леглодни, като цената е за 1 леглоден.

(3) За случай по КП, отчетен като АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ...“ по приложение № 11 на Наредба № 9 от 2019 г., се заплащат 80 % от цената на съответната КП, с изключение на КП № 240, 241, 243 и 245, за които се заплащат 60 % от

цената на съответната КП по ал. 4, 5 и 6.

(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) За случай по КП № 240, 241, 243 и 245, отчетен като АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ...“ по приложение № 11 на Наредба № 9 от 2019 г., се заплащат 60 % от цената на съответната КП № 240, 241, 243 и 245.

(6) За случай по КП № 269, отчетен като АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ...“ по приложение № 11 на Наредба № 9 от 2019 г., се заплащат 50 % от цената на КП № 269.

(7) 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 заплащат 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 заплащат 87 % от цената по КП № 51.1, а на извършващото КП № 51.2 лечебно заведение се заплаща цената на КП № 51.2.

(8) 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.

(9) 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.

(10) 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.

(11) 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.

(12) 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 798,63 евро. 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 със 798,63 евро.

(13) 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 573,67 евро. 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 573,67 евро.

(14) В случай че по КП № 245 е отчетен само терапевтичен код – 13750-01/13750-02/13750-03/13750-04 (клетъчна афереза), се заплаща цена 573,67 евро. 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 573,67 евро.

(15) 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).

(16) В случай че по КП № 245 е отчетен пациент на възраст 18 – 25 години („млади възрастни“), се заплащат 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.

(17) 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.

(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 консултативи в случаите на приложим метод на лапароскопска или робот-асистирана 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.

(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) 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.

(24) Когато от сбора на новородените, отчетени по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, отнасящи се за деца с тегло под 2500 g, 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 и 15.2, надвишаващи посочения процент, се заплащат 65 % от цената на съответната КП.

(25) Когато от сбора на новородените по КП № 7 и 8, отнасящи се за деца с тегло над 2500 g, са отчетени повече от 40 % от общия брой деца с тегло над 2500 g, 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.

(26) Когато от сбора на новородените по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, отнасящи се за деца с тегло под 2500 g, 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 65 % от цената на съответната КП.

(27) Когато от сбора на новородените по КП № 7 и 8, отнасящи се за деца с тегло над 2500 g, са отчетени повече от 50 % от общия брой деца с тегло над 2500 g, 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.

(28) Алинеи 24, 25, 26 и 27 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.

(29) Когато случаите по КП № 69.1, отчетени с кодове 32087-00 и 32093-00 (полипектомии), са над 40 % от всички случаи по същата КП, случаите над 40 % 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 40 % от всички случаи по същата КП, случаите над 40 % се заплащат на цената на КП № 68.2.

(30) 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 заплащат 60 % от цената на КП № 195.

(31) 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.

(32) При надвишаване на случаите по КП № 198 над 20 % от сбора на случаите от КП № 158 и КП № 198 за дадено лечебно заведение случаите над 20 % се заплащат 80 % от цената на КП № 198. Този начин на заплащане не се прилага за лечебните заведения, в които е разкрита клиника/отделение по гнойно-септична хирургия.

(33) Допълнително заплащане за случаи по КП № 50.1 и КП № 50.2 се определя за отчетен леглоден над определения минимален болничен престой, но за не повече от 10 дни общ болничен престой на пациента. Заплащането за един леглоден допълнителен болничен престой се определя равно на 80 % от цената на съответната КП № 50.1 и КП № 50.2, разделена на броя дни минимален болничен престой.

(34) Когато случаите по отчетени КП № 262.2 надвишават 10 % от сбора на случаите от КП № 262.1 и КП № 262.2, случаите над 10 % се заплащат на цената на КП № 262.1.

(35) Когато случаите по отчетени КП № 263.2 надвишават 10 % от сбора на случаите от КП № 263.1 и КП № 263.2, случаите над 10 % се заплащат на цената на КП № 263.1.

(36) Когато случаите по отчетени КП № 265.2 надвишават 10 % от сбора на случаите от КП № 265.1 и КП № 265.2, случаите над 10 % се заплащат на цената на КП № 265.1.

(37) Когато случаите по отчетени КП № 265.3 надвишават 1 % от сбора на случаите от КП № 265.1 и КП № 265.3, случаите над 1 % се заплащат на цената на КП № 265.1.

(38) Броят на случаите, насочени и приети по КП № 182 и КП № 183 с диагнози K40.0, K40.1, K40.2, K40.3, K40.4, K40.9, K41.0, K41.1, K41.2, K41.3, K41.4 и K41.9 и завършени (отчетени) по КП № 175 в едно лечебно заведение, не може да надвишава 15 % от сбора на случаите, насочени и приети по КП № 182 и КП № 183. Случаите, надвишаващи 15 % при посочените условия, се заплащат на цената на КП № 182.

(39) Изчислението и проследяването на % случаи по ал. 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37 и 38 се извършва два пъти за календарна година и се смята на 6-месечен период на дейност (януари – юни, юли – декември).

(40) Изчислението и проследяването на % случаи по ал. 7 – 39 се извършва за дадено лечебно заведение.

(41) Потвърждаването на цената, която следва да бъде заплатена за всяка КП по ал. 7 – 39 се извършва с контрол преди заплащане.

Обеми и цени на закупуването от НЗОК дейности по клинични процедури

Чл. 372. (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.09 – 31.12.2026 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:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
01	Диализно лечение при остри състояния	3 608	160,29
02	Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане	288	197,41
03	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене	84 963	449,93
BONK03	Допълнително заплащане за КПр 03 по реда на НРД	23 456	227,22
04	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене	29 324	202,48
05	Лечение за новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели сърдечна оперативна интервенция до навършване на 1-годишна възраст	162	733,96
06	Ендоваскуларно лечение на нетравматични мозъчни кръвоизливи, аневризми и артериовенозни малформации на мозъчните съдове	127	2 487,58
07	Ендоваскуларно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им	1	1 518,54
08	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене при деца	1 821	449,93
BONK08	Допълнително заплащане за КПр 08 по реда на НРД	491	227,22
09	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене при деца	1 226	202,48

(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. 376, 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 предходния 6-месечен период.

(3) Допълнителното заплащане за КПр № 8 с цената на ред BONK08 в таблицата по ал. 1 се определя за до 30 % от отчетените и заплатени за месеца КПр № 8 за лица по чл. 376, ал. 1, т. 1 и 2.

Обеми и цени на закупуването от НЗОК дейности по амбулаторни процедури

Чл. 373. (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.09. - 31.12.2026 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:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
01	Хрониохемодиализа		
01.1	Хрониохемодиализа	188 835	127,82
01.2	Бъбречно-заместителна терапия (хемодиафилтрация)	1	205,42
02	Перитонеална диализа с апарат	3 675	110,44
03	Перитонеална диализа без апарат	6 886	87,43
04	Осигуряване на постоянен достъп за провеждане на диализно лечение и химиотерапия	792	346,23
05	Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания	56 786	30,68

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (евро)
1	2	3	4
06	Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания	58 226	110,44
EA06	Заплащане за АПр 6 с отчетени ЛП, извън броя по ДЛА	36 353	7,67
07	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания	40 293	82,83
EA07	Заплащане за АПр 7 с отчетени ЛП, извън броя по ДЛА	4 862	7,67
08	Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия	1 579	173,94
09	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при муковисцидоза	1	84,36
10	Наблюдение при пациенти с невромускулни заболявания на неинвазивна вентилация	1	157,93
11	Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика	1 848	236,21
12	Бъбречно-каменна болест: уролитиаза – екстракорпорална литотрипсия	1 357	281,22
13	Инструментална диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза	1 565	145,78
14	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на заболявания на хипофизата и надбъбрека	1 232	218,67
15	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна	145	182,23
16	Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис	1 637	45,55
17	Диагностика и лечение на еритродермии	833	45,55
18	Оперативни процедури в областта на ушите, носа и гърлото и лицево-челюстната област с малък обем и сложност	1 765	212,60
19	Оперативно отстраняване на катаракта	21 236	342,58
20	Хирургично лечение на глаукома	301	501,12
21	Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност		
21.1	Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност	7 143	140,60
21.2	Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност (Терапевтични процедури)	4 745	140,60
22	Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник	2 929	233,24
23	Малки оперативни процедури на таза и долния крайник	412	309,78
24	Малки артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	1	177,67
25	Диагностична и терапевтична пункция и/или биопсия	141	112,49
26	Амбулаторни хирургични процедури	34 565	136,66
27	Специфични изследвания при хематологични заболявания		
27.1	Специфични изследвания при хематологични заболявания	6 110	242,41
27.2	Специфични изследвания при хематологични заболявания – изследване на ДНК, имуноцитохимично изследване на биоптат	12	242,41
28	Паравертебрални блокади и блокади на отделни нерви	85	112,49
29	Поетална вертикализация и обучение в ходене	9 330	168,73
30	Напасване на протеза на горен или долен крайник	1	67,50
31	Амбулаторно наблюдение на лица с кохлеарно-имплантна система	44	56,24
32	Амбулаторно наблюдение на лица с постоянен електрокардиостимулатор	2 006	56,24
33	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема		
33.1	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема	8 475	28,12
33.2	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема на медицински хранителни субстанции	345	765,46
34	Ендоскопска диагностика на заболявания, засягащи стомашно-чревния тракт	2 565	281,22
35	Сцинтиграфски изследвания	1 795	89,99
36	Позитронно-емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ) (ПЕТ/СТ)	22 139	940,78
37	Еднофотонна емисионна компютърна томография с компютърна томография – SPECT/СТ на хибриден скенер	3 295	253,60
38	Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, ал. 2 ЗЗО	54 618	33,75
39	Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит	239	140,60
40	Амбулаторно лечение и контрол на идиопатична белодробна фиброза	1	86,05
41	Амбулаторно лечение и контрол при туберозна склероза	1	84,36
42	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация на пациенти с възпалителни полиартропатии и спондилопатии	11 520	84,36
43	Специфични изследвания при пациенти с онкологични заболявания	1	364,45
44	Диагностика на злокачествени заболявания на гърдата	875	473,78
45	Диагностика на първични имунни дефицити	418	517,43
46	Диагностика и лечение на пациенти с инсулинозависим диабет, ползващи инсулинови помпи и/или сензори за продължително мониториране на нивото на глюкозата	85	72,89
47	Обучение и подпомагащо консултиране на пациенти с диабет	805	43,74
48	Амбулаторно лечение и контрол на пациенти с хронична хипоксемична дихателна недостатъчност, показани за домашно кислородолечение (LTOT)	1	39,37
49	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при хронична уртикария с ангиоедем	1	28,12
50	Секвениране от следващо поколение (NGS) при пациенти с новодиагностицирани онкологични заболявания	8 000	25,00
51	Радионуклидна терапия с тераностични радиофармацевтици при невроендокринни тумори	13	1 500,00
52	Радионуклидна терапия с тераностични радиофармацевтици при простатен карцином	13	1 500,00
53	Заместително лечение при вторични хипогамаглобулинемии при лица над 18-годишна възраст	133	600,00

(2) В случай че по АПр № 33.1 е отчетен код 96199-00, се заплаща цена 56,24 евро.

(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.

(4) Когато АПр № 6 или АПр № 7, с които са отчетени лекарствени продукти, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, надвишават отчитания брой АПр № 6 или АПр № 7 на един пациент съгласно ДЛА, за отчетената АПр № 6 или АПр № 7 се заплаща съответната цена на ред EA06 или ред EA07 в таблицата по ал. 1.

(5) При извършване на две диагностични процедури за кодове за гастроскопия и колоноскопия, включени в АПр № 34, към цената по ал. 1 на амбулаторната процедура се доплащат 56,24 евро.

Чл. 374. (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. 371, 372 и 373 за 2026 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) Договорените за първи път в календарната година КП/АПР/КПР подлежат на наблюдение и анализ в съответствие с ал. 2 – ежемесечно.

(4) В случай че при анализа по ал. 2 към 30 септември се установи 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-о 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.

(5) 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 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.

(6) Текущо през периода на действие на този НРД 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.

(7) 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. 371, 372 и 373 за 2026 г., водещо до преразход на средствата по здравноосигурителните плащания.

(8) В хода на изпълнение на НРД в резултат на анализа по ал. 2 и ал. 3, 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. 375. 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 2026 – 2028 г., в разделите на този НРД 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 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 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 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. 376. (1) Тази методика урежда закупуването на дейностите за БМП за:

1. задължително здравноосигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 от ЗЗО с непрекъснати здравноосигурителни права;

2. здравнонеосигурени лица съгласно § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2026 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 § 7, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2026 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 2026 г.

(3) Заплащането по ал. 1, т. 3 се извършва чрез целеви средства от Агенцията за социално подпомагане по реда на § 7, ал. 3 от ЗБНЗОК за 2026 г.

Чл. 377. (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. 361, 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 и този НРД 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 епикриза;

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. 361, ал. 1, т. 3 и 4); услуги, включващи професионални здравни грижи съгласно Наредба № 1 от 2011 г.;

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. 361, 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. 361, ал. 1;

5. лекарствени продукти по чл. 368;

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. 361, ал. 1 и чл. 368 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. 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. 361, 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. 378. 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. 379. (1) За всеки случай по КП № 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259 и 260 и по КПр № 2, 3, 4, 5, 8 и 9 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 спазан 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. 380. (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;

3. за АПр № 5, 11, 13 – 15, 18, 22 – 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 (за АПр № 19 и 20 по една АПр за ляво и дясно око);

12. за АПр № 21.1 – не повече от една АПр с едно „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури (бл. МЗ-НЗОК № 7), а за АПр № 21.2 – не повече от две АПр с едно „Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8);

13. за АПр № 25 – не повече от две АПр с едно „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А);

14. за АПр № 26 – не повече от три АПр с едно „Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 8А);

15. за АПр № 27.1 – при извършване и на трите диагностични процедури, включени в тази АПр, се заплаща три пъти стойността на същата; за АПр № 27.2 се заплаща до 6 пъти за календарната година;

16. за АПр № 29 – заплаща се пакетна цена за минимум десет процедури на едно ЗОЛ;

17. 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;

18. 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;

19. 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;

20. за АПр № 39 – до четири пъти за една календарна година;

21. за АПр № 40 и 41 – до три пъти за една календарна година;

22. за АПр № 42 – до четири пъти за една календарна година на едно ЗОЛ;

23. 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;

24. за АПр № 45 – не повече от две АПр за едно ЗОЛ за една календарна година;

25. за АПр № 48 – до три пъти за една календарна година;

26. за АПр № 49 – до четири пъти, но не по-малко от два пъти за една календарна година;

27. за АПр № 50 – един път за една календарна година;

28. за АПр № 51 и АПр № 52 до 6 пъти за една календарна година;

29. за АПр № 53 – не повече от дванадесет броя за една календарна година на ЗОЛ.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителя на АПр № 31 за външен компонент – речеви процесор от кохлеарно-имплантна система при необходимост от подмяна след изтичане на гаранционния срок и по определен ред и критерии.

Чл. 381. (1) Контролните прегледи, включени в КП, не следва да бъдат извършени с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) от същия/друг лекар, извършил дейността по тази КП.

(2) Контролните прегледи след изписване не се отнасят до:

1. профилактични прегледи;

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

3. преглед по повод диспансерно наблюдение;

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

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

(3) Пациентът, преминал по КП, има право на контролните прегледи по чл. 377, 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. 377, ал. 1, т. 1, буква „г“ с „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. 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“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) и „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. 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. 382. (1) 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.

(2) Изключение от ал. 1 са случаите:

а) в които е хоспитализиран пациент с комбинирана травма (увреда, получена от повече от един увреждащ агент и/или съчетана травма – засягане на повече от една телесна кухина (глава, гръден кош, корем) + фрактури на две дълги кости и/или таз или засягане на повече от две телесни кухини), при които се налага на пациента да бъдат извършени хирургични интервенции, представляващи основни процедури по повече от една клинична пътека и от обхвата на повече от една клинична специалност;

б) в които при пациент, хоспитализиран по оперативна/интервенционална КП, по която е извършена основната процедура за отчитане на клиничната пътека, е настъпило критично животозастрашаващо състояние (само за исхемичен/хеморагичен мозъчен инсулт или белодробна тромбоемболия или сърдечен инфаркт), което е наложило извършване на основна процедура по друга клинична пътека, от обхвата на друга клинична специалност.

в) в които е хоспитализиран пациент със заболяване, обхващащо повече от една анатомична система или засягане на повече от една телесна кухина (глава, гръден кош, корем), при които се налага на пациента да бъдат извършени хирургични интервенции, представляващи основни процедури по повече от една клинична пътека и от обхвата на повече от една клинична специалност;

(3) В случаите по ал. 2 лечебното заведение отправя мотивирано искане до НЗОК/РЗОК, докато пациентът е хоспитализиран за извършване на проверка. В случай че проверката установи, че по клиничните пътеки е извършена съответната основна процедура и няма друго основание за отхвърлянето им, НЗОК заплаща 100 % от стойността на КП, по която се завършва лечението, и 80 % от стойността на останалите клинични пътеки, по които са извършени основни процедури.

Чл. 383. (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, 242.1, 242.2, 243, 244, 245, 247, 248, 250 и 251;

2. амбулаторна процедура № 6 в един и същи ден с АПр № 7 и 8;

3. амбулаторна процедура № 7 в рамките на същия болничен престой по КП № 240, 241, 242.1, 242.2, 243, 246, 247, 248, 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, 242.1, 242.2, 243 и 245;

5. клинични процедури № 3, 4, 8 и 9 в рамките на същия болничен престой по КП № 114 и 115;

6. клинична процедура № 3 и 8 в рамките на същия болничен престой съответно по КП № 18.1, 18.2, 23.1, 23.2, 30.1, 30.2, 47.1, 47.2, 55.1, 55.2, 65.1, 65.2, 66.1 и 66.2, в които кодът за механична вентилация (13882-00 или 13882-01, или 13882-02) е задължителен за завършване и отчитане на посочените КП;

7. клинична процедура № 1 в рамките на АПр № 1, 2 и 3;

8. амбулаторна процедура № 9 в рамките на същия болничен престой по КП № 112;
9. амбулаторни процедури № 1, 4, 6 – 36 в рамките на същия болничен престой по КПр № 3 и 4, съответно КПр № 8 и 9;
10. амбулаторна процедура № 8 в рамките на същия болничен престой по АПр № 27.1 и 27.2;
11. амбулаторни процедури № 25 и 26 в рамките на същия болничен престой по хирургични пътеки и в 30-дневен период от дехоспитализацията на пациента;
12. 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 АПр № 18, 21, 22, 23, 24 и 34, и в 30-дневен период от дехоспитализацията на пациента;
13. амбулаторна процедура № 32 в рамките на КП № 19;
14. амбулаторна процедура № 40 в рамките на КП № 38 – 42;
15. амбулаторна процедура № 42 в рамките на същия болничен престой по КП № 90;
16. амбулаторна процедура № 44 в рамките на същия болничен престой по КП № 193;
17. амбулаторна процедура № 45 в рамките на същия болничен престой по КП № 110 (КП № 110.1 и № 110.2);
18. амбулаторна процедура № 53 в рамките на същия болничен престой по 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, 242.1, 242.2, 243, 245, 247, 248, 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 № 27.1 и 27.2;
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, съответно КПр № 8 и 9 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, 4, 8 и 9 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 от 2010 г., като интензивните легла за изпълнение на КПр № 3 и 8 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.

(9) Клинична процедура № 5 не се изпълнява по едно и също време с КПр № 3 или 4, съответно КПр № 8 или 9.

(10) Амбулаторна процедура № 1.2 не се отчита и заплаща, когато са налице условията за провеждане на лечение по АПр № 1.1 или КПр № 1.

(11) 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.

(12) 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.

(13) Националната здравноосигурителна каса при необходимост заплаща по КП № 20.1, 20.2, 26 и 28 до четири стента едноактно и не повече от осем 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.

(14) 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.

(15) Клинични пътеки № 68, 71 и 74 не се заплащат в рамките на 30-дневен период от провеждане на АПр № 34.

Чл. 384. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителя 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. 376, 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. 307;

7. спазени са условията на чл. 309, 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 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.

(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, 242.1, 242.2, 243, 245, 246, 248, 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 коагулопатии.

Чл. 385. (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. 376, 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. 307.

(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.

(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 коагулопатии.

Чл. 386. (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 изричен отказ от продължаване на лечението или 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 изричен отказ от продължаване на лечението или 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 60 % от цената на съответната КП, с изключение на КП № 72.

Чл. 387. (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. 388. 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. 389. (1) Когато в срок до 30 дни от дехоспитализацията на пациента се наложи нова хоспитализация по същата КП в същото лечебно заведение, НЗОК заплаща само един от случаите по КП, освен ако в КП е предвидено друго.

(2) Когато в срок до 30 дни от дехоспитализацията на пациента се наложи нова хоспитализация по същата КП в друго лечебно заведение НЗОК заплаща само един от случаите по КП след провеждане на проверка.

(3) 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.

(4) 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 остра лимфобластна 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)“.

(5) 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.

(6) 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.

(7) Националната здравноосигурителна каса не заплаща дейности, лекарствени продукти и медицински изделия, които не са били включени в ежедневно подаваната по електронен път информация по чл. 408 за съответния отчетен период.

(8) 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.

(9) Националната здравноосигурителна каса не заплаща КП, АПр и КПр в случаите, при които изпълнителят не е изпълнил изискванията на чл. 307.

(10) Отказът от страна на ЗОЛ за извършване на започнато лечение, и/или извършване на основни диагностични, терапевтични и/или оперативни процедури е основание за незаплащане от страна на РЗОК на КП, АПр и КПр.

(11) Изключение от ал. 10 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. 390. (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;

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. 391. (1) Медицинските изделия от списъците по чл. 390, 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. 390, 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. 392. (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 чл. 390, ал. 1.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща медицински изделия от списъка по чл. 390, 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. 390, ал. 3, буква „б“, изпълнителите на БМП сключват договор с юридическите лица по чл. 390, ал. 3, буква „б“.

Чл. 393. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща медицински изделия от списъците по чл. 390, 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 чл. 390, 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.

4. лечебните заведения са сключили договори за доставка на медицински изделия с търговци на едро, включени в списъците по чл. 390, ал. 3, буква „б“.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща медицински изделия от списъка по чл. 390, ал. 3, буква „а“ на лечебните заведения по ал. 1 по реда на раздел XI „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. 390, ал. 3, НЗОК заплаща стойност, която е сбор от цените по елементи, отразени във фактурата, но не по-висока от най-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. 390, ал. 3, буква „б“ на производители или търговци на едро с МИ или техни упълномощени представители по реда на сключените договори по ал. 1.

Чл. 394. (1) За медицински изделия, които НЗОК заплаща по чл. 393, ал. 5, изпълнителите на болнична помощ сключват договор с юридическите лица по чл. 390, 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. 390, 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. 393, ал. 2, доставени по реда на ал. 1.

(4) В случаите на чл. 319, ал. 2 НЗОК заплаща медицинските изделия от списъка по чл. 390, ал. 3, буква „б“ на производители или търговци на едро с МИ или техни упълномощени представители въз основа на резултатите от извършената проверка.

Чл. 395. (1) Изпълнителят на БМП има право на заплащане по чл. 377, 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.

(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. 408 срещу позиция BMP-55-2-3v-ZZO „Заплащане по методика по чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО“.

Чл. 396. 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.

Чл. 397. Националната здравноосигурителна каса заплаща медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО на изпълнителите на БМП в рамките на стойностите, определени в договорите по чл. 59, ал. 1 от ЗЗО и в съответствие с целевите средства в закона за бюджета на НЗОК за съответната година, като се отчита и делът на резерва при решение на НС на НЗОК по чл. 15, ал. 1, т. 7 от ЗЗО.

Чл. 398. (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. 293, ал. 2 и чл. 294.

(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 № 16 към договора на лечебното заведение с НЗОК.

Чл. 399. (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 IX

Изисквания относно основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения за болнична помощ

Чл. 400. (1) Основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения за болнична помощ в изпълнение на договори с НЗОК, не следва да бъдат по-малко благоприятни от предвидените в действащия колективен трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“.

(2) Лечебните заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК, следва да приведат основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти в съответствие с определените такива в действащия колективен трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“.

(3) Съотношението между най-високото месечно брутно възнаграждение на медицински специалист на ръководна длъжност, включително на представляващия лечебното заведение за болнична помощ, и най-ниското брутно трудово възнаграждение за пълен отработен месец на медицински специалист от категориите по КТД в отрасъл „Здравеопазване“, зает в някои от дейностите по чл. 2, ал. 1 от ЗЛЗ, не може да бъде по-голямо от 10 към 1.

(4) В случаите, в които лечебните заведения за болнична помощ са изпълнили условието по ал. 2, съотношението между най-високото месечно брутно възнаграждение на медицински специалист на ръководна длъжност, включително на представляващия лечебното заведение за болнична помощ, и най-ниското брутно трудово възнаграждение за пълен отработен месец на медицински специалист от категориите по КТД в отрасъл „Здравеопазване“, зает в някои от дейностите по чл. 2, ал. 1 от ЗЛЗ, може да бъде по-голямо от 10 към 1, но не повече от 15 към 1.

(5) Проверки за установяване на съотношението по ал. 3 и 4 се правят при условия и ред, определени от министъра на здравеопазването по предложение на управителя на НЗОК.

Раздел X

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. 401. (1) Националната здравноосигурителна каса финансира осигуряване на медицински 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) Разпределението на средствата за финансиране по ал. 1 се осъществява по обективни критерии, регламентирани в настоящата методика по този раздел и в наредбата по чл. 81, ал. 3 от ЗЗ за класифициране на приоритетни многопрофилни лечебни заведения за

болнична помощ.

(3) Средствата за финансиране по ал. 1 са в рамките на здравноосигурителните плащания по чл. 1, ал. 2, ред 1.1.3.7 от ЗБНЗОК за 2026 г., като:

1. 17 383,9 хил. евро по ред 1.1.3.7.2 са за лечебни заведения, които извършват медицинска дейност в населени места в труднодостъпни и отдалечени райони или единствени изпълняват съответната дейност на територията на общината, с изключение на лечебни заведения по чл. 106а, ал. 56 от ЗЛЗ, и

2. 17 383,9 хил. евро по ред 1.1.3.7.3 са за изпълнители на болнична медицинска помощ, определени по критерии от наредбата по чл. 81, ал. 3 от ЗЗ за класифициране на приоритетни многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ.

(4) Определената месечна сума за финансирането по ал. 1 в периода на заплащане – месец октомври – декември 2026 г. (дейност месец септември – ноември 2026 г.) е в размер на по 1 533 875,64 евро на месец.

(5) Средствата за финансиране по ал. 1 за дейност месец декември 2026 г. са в размер на по 1 533 875,64 евро и са в рамките на здравноосигурителните плащания за болнична медицинска помощ през 2027 г.

(6) Изпълнителите на болнична медицинска помощ осигуряват не по-малко от 90 % от размера на получените средства за работа в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняващи съответната дейност в общината, за разпределение за разходи за персонал за медицински специалисти, работещи в съответното лечебно заведение, изпълнител на болнична медицинска помощ, според тяхната квалификация.

Чл. 402. (1) По писмено предложение на директорите на РЗОК, съгласувано с РК на БЛС, лечебните заведения – изпълнители на БМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, се включват в списък.

(2) Списъкът по ал. 1 се изготвя съгласно критериите, определени в чл. 404 и съдържа: № по ред, име на РЗОК, община, наименование на лечебното заведение и ИАМН номер и брой точки.

(3) Списъкът по ал. 1 се актуализира ежемесечно по реда на ал. 2 в срок до третия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(4) За целите на актуализацията по ал. 3 лечебните заведения – изпълнители на БМП, представят в РЗОК до края на всеки месец на дейност информация за настъпили промени в „Условия на работа“, посочени в таблицата по чл. 404.

(5) Списъкът на изпълнителите на болнична медицинска помощ по заложените критерии от наредбата по чл. 81, ал. 3 от ЗЗ за класифициране на приоритетни многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ се изготвя по писмено предложение на директорите на РЗОК.

(6) Управителят на НЗОК утвърждава списъците по ал. 1 – 3.

Чл. 403. (1) Изпълнителите на БМП, включени в списъка по чл. 402, ал. 2 и 5, получават заплащане на средствата по настоящата методика само ако са отчели оказаната от тях медицинска помощ по договора си с НЗОК за съответния месец и са изпълнили задълженията си по чл. 400, ал. 1, 2, 3 и 4.

(2) Изпълнителите получават заплащането по ал. 1 по реда и в сроковете, регламентирани в раздел XI „Условия и срокове за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ“.

Методика за финансиране осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения – изпълнители на БМП

Чл. 404. (1) В списъка по чл. 402 се включват само МБАЛ, работещи по договор с НЗОК за оказване на БМП в поне три от следните клиники/отделения: вътрешни болести, детски болести, акушерство и гинекология, неврология и хирургия.

(2) Включването в списъка по чл. 402, ал. 2 на лечебните заведения – изпълнители на БМП, се извършва при отчитане на следните критерии:

1. отдалеченост;
2. трудна достъпност;
3. единствени изпълняват съответната дейност в общината;
4. нает медицински персонал.

(3) Лечебно заведение по ал. 1 се включва в списъка, ако отговаря поне на един от посочените критерии по ал. 2, т. 1, 2 и 3. За всеки критерий е отразена тежест с точки съгласно условията, посочени в таблицата:

№	Критерии	Брой точки (t)	Условия на работа	Нормативни актове и документи, удостоверяващи наличието на критериите
1.	Отдалеченост		Лечебно заведение, отдалечено от най-близката друга МБАЛ над 60 минути със специализиран медицински автомобилен транспорт.	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони.
2.	Трудна достъпност		Лечебното заведение се намира в район с неблагоприятен географски терен – планински, полупланински и/или с неблагоприятна пътна инфраструктура, и време за достъп до най-близката друга МБАЛ над 60 минути със специализиран медицински автомобилен транспорт.	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони.
3.	Единствени изпълняват съответната дейност в общината		Лечебното заведение – изпълнител на БМП, което единствено работи по договор с НЗОК за съответната дейност в общината.	Сключени индивидуални договори с РЗОК; Национална здравна карта.
4.	Нает медицински персонал	1	Брой на медицинския персонал на трудов договор, приравнен към пълното работно време за съответната длъжност.	Месечна ведомост за заплати на медицинския персонал, назначен в лечебното заведение.

Чл. 405. (1) За лечебното заведение за БМП, включено в списъка по чл. 402, се определят броят на заетите щатни бройки от ведомостта за заплащане на възнаграждения на медицински персонал на пълно работно време, назначени на трудов договор, и работещи в клиника/отделения по договора с НЗОК, като се определя една точка за една щатна бройка медицински персонал, отнасящи се за лечебните заведения за БМП по критериите по чл. 404, ал. 2, т. 1, 2 и 3.

(2) Месечната стойност за заплащане в чл. 401, ал. 4 и 5 в размер на 1 533 875,64 евро се разпределя, както следва:

1. за изпълнителите на БМП, определени в списъка по критерия по т. 1 „отдалеченост“, се определя месечна стойност за разпределение в размер 7,5 % от средствата по т. 1 и представлява сума в размер на 115 040,67 евро;

2. за изпълнителите на БМП, определени в списъка по критерия по т. 2 „трудна достъпност“, се определя месечна стойност в размер 7,5 % от средствата по т. 1 и представлява сума в размер на 115 040,67 евро;

3. за изпълнителите на БМП, определени в списъка по критерия по т. 3 „единствени изпълняват съответната дейност в общината“, се определя в размер 85 % от средствата по т. 1 и представлява сума в размер на 1 303 794,30 евро.

(3) Изпълнител на БМП, определен по реда на настоящата методика, който отговаря едновременно на два или на всички критерии, получава месечно заплащане по ал. 2 от всички критерии, на които отговаря, от средствата, определени за тях в ал. 2.

Чл. 406. След обобщаване на предложенията по чл. 402 на национално ниво се изчислява стойност на точка за всеки отделен критерий по чл. 404, ал. 2, т. 1, 2 и 3 като съотношение между сумата по чл. 405, ал. 2, т. 1, 2, и 3 и общия брой точки на лечебните заведения за БМП за всички РЗОК, отговарящи за всеки отделен критерий по настоящата методика.

Чл. 407. Месечната сума за всеки изпълнител на БМП по отделните критерии, за които е определена месечна стойност по чл. 405, ал. 2 и 3, се получава, като се умножи броят точки по стойността за една точка, определена от сумата по всеки един от критериите.

(2) Месечната сума за заплащане за всеки изпълнител на БМП по заложените критерии от наредбата по чл. 81, ал. 3 от ЗЗ за класифициране на приоритетни многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ се получава, като се умножи броят точки съобразно критерия „нает медицински персонал“ по чл. 404, ал. 2, т. 4 по стойността за една точка, определена от сумата по чл. 401, ал. 4 и 5.

Раздел XI

Условия и срокове за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ

Чл. 408. (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК ежедневно подават файлове по електронен път в утвърден от НЗОК формат 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; верификационните данни (индивидуален идентификационен белег съгласно Регламент (ЕС) 2016/161) на приложените лекарствени продукти за всеки пациент; цените по фактури на опаковките, от които са приложените количества лекарствени продукти за всеки пациент; 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; верификационните данни (индивидуален идентификационен белег съгласно Регламент (ЕС) 2016/161) на приложените лекарствени продукти за всеки пациент; цените по фактури на опаковките, от които са приложените количества лекарствени продукти за всеки пациент; 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. 3 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/двустрани 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), или не са подадени верификационните данни (индивидуален идентификационен белег съгласно Регламент (ЕС) 2016/161) на приложените лекарствени продукти за всеки пациент, цените по фактури на опаковките, от които са приложените количества лекарствени продукти за всеки пациент, 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 за всеки пациент, заплащани извън цената на КП/АПр/КПр;

4. неподадена информация за цените по фактури на опаковките, от които са приложените количества лекарствени продукти за всеки пациент;

5. 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 14,00 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 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. 413.

(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. 3 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;

г) не е от категорията здравнонеосигурени лица по § 2 или 7 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2026 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. 384, ал. 2, 3 и 4 или чл. 385, ал. 2, 3 и 4;

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. 377, ал. 3;

5. наличие на основание за незаплащане, установено в чл. 380 и 383;

6. изпълнителят на БМП не е изпълнил изискванията на чл. 307;

7. отчетен брой случаи в нарушение на чл. 384, 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 болнични легла (съгласно правилника за устройството и дейността на лечебното заведение за срока на договора), посочени в договора;

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), НРН номер на хоспитализация и наличие на епикриза;

11. наличие на форсмажорни обстоятелства (форсмажор).

(13) Възражения във връзка с ал. 9 се разглеждат и решават в съответната РЗОК и се потвърждават от НЗОК само за случаите на форсмажорни обстоятелства. Изпълнителят на БМП трябва да уведоми за тези обстоятелства РЗОК в сроковете по ал. 5 и да представи писмени доказателства. За уведомление се приема изпратено по електронен път писмо или входирано такова в деловодната система на РЗОК. За разглеждане на възражения поради форсмажорни обстоятелства ежедневните файлове следва да са подадени към информационната система на НЗОК.

(14) В случаите когато ежедневните файлове са подадени, но не са приети от информационната система на НЗОК в сроковете по ал. 5 и 8, поради настъпили форсмажорни обстоятелства, дейността се заплаща след приключване на производството по проверка от комисиите в РЗОК и НЗОК и потвърждаване на форсмажора.

(15) 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 контрол, подписано с електронен подпис.

(16) Не се разрешават корекции на ежедневно подадени файлове, приети и „успешно обработени“ в електронната система на НЗОК.

Чл. 409. (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, изпълнителите 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) 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. 405, ал. 1.

Чл. 410. Изпълнителите на болнична медицинска помощ отразяват заетостта на всички легла в лечебното заведение независимо от метода на заплащане на болничния престой на пациента. Изпълнителите на болнична медицинска помощ се задължават да подават своевременно информация към НЗИС за хоспитализиране, дехоспитализиране и превеждане на всеки техен пациент.

Чл. 411. (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 финансовоотчетни документи;

2. за приложените лекарствени продукти по чл. 384, ал. 2, 3 и 4, чл. 385, ал. 2, 3 и 4: отделни електронни финансовоотчетни документи;

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 № 2 и отделни електронни финансовоотчетни документи.

(2) В електронните финансовоотчетни 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. 408 и неотхвърлена от заплащане в месечното известие по чл. 408, 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. 376, 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. 376, ал. 1, т. 3 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на уведомлението 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 коагулопатии.

Чл. 412. (1) За гарантиране предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК съгласно чл. 4 от ЗБНЗОК за 2026 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 2026 г. за периодите на извършване на дейността: декември 2025 г. – февруари 2026 г., март – август 2026 г. и септември – ноември 2026 г.

(2) Стойностите по ал. 1 не се отнасят за дейностите, оказани на лица по чл. 376, ал. 1, т. 2, 3 и 4.

(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, по ред и условия приети с правила, на основание чл. 4, ал. 4 от ЗБНЗОК за 2026 г.

(4) Стойностите по ал. 3 се определят по различен ред за:

1. дейности в БМП – КП и АПр: за раждане и здрави новородени, за хемодиализа, за диагностика и лечение на онкологични и хематологични заболявания, за лечение, за позитронно-емисионна томография с компютърна томография (PET/CT), за еднофотонна емисионна компютърна томография с компютърна томография (SPECT/CT) на хибриден скенер;

2. дейности в БМП – КП, КПр, АПр, с изключение на дейности по т. 1 и 3;

3. дейности в БМП – КП за асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания.

(5) Надзорният съвет на НЗОК по предложение на директорите на РЗОК утвърждава индикативни стойности на изпълнителите на БМП, за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги.

(6) Надзорният съвет на НЗОК по предложение на директорите на РЗОК утвърждава индикативни стойности на изпълнителите на БМП за лекарствените продукти, включени в ПЛС по чл. 262, ал. 6, т. 2 от ЗЛПХМ и в пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги.

(7) Условията и редът за определяне на стойности на разходите по ал. 1, 3, 4, 5 и 6 се регламентират от НС на НЗОК с правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2026 г.

(8) 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.

(9) Националната здравноосигурителна каса извършва тримесечно анализ на вида и обхвата на дейностите, за които се констатира превишение на стойностите, определени по реда на ал. 1, в т. ч. за дейностите, свързани например със спешността, лечението на деца и лечението на онкологично болни пациенти от лечебните заведения за болнична помощ, с цел предприемане на действия при необходимост.

Чл. 413. (1) Стойностите, конкретизирани в приложението по чл. 28, ал. 4, т. 2 към договора на изпълнителя с НЗОК, са задължителни за изпълнителя на БМП.

(2) Директорът на РЗОК закупува от изпълнителите на БМП дейности в рамките на стойностите, определени в договорите по ал. 1, при прилагане Механизъм за гарантиране предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ по ЗБНЗОК за съответната календарна година (Механизма), определен в правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2026 г.

(3) Всеки изпълнител на БМП представя финансовоотчетни документи за дейности по чл. 412, ал. 4, т. 2 и т. 3 на стойност, до размера на съответната стойност, определена по реда на правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2026 г. за месеца, посочена в приложението по чл. 28, ал. 4, т. 2 към сключения от него договор.

(4) За прилагане на ал. 3 за дейности по чл. 412, ал. 4, т. 3, дейността над съответната определена по реда на тези правила стойност за месеца се отхвърля от заплащане, като „чакаща разрешение за заплащане от НС на НЗОК“.

(5) За прилагане на ал. 3 за дейности по чл. 412, ал. 4, т. 2, в месечните известия по чл. 408, 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) В случай че след заплащане на отчетената месечна дейност се установи недостигане от конкретен изпълнител на БМП на определените месечни стойности по приложението по чл. 28, ал. 4, т. 2 към индивидуалния договор, в него се отразяват стойностите на заплатената за месеца дейност.

(7) Изпълнителят на БМП може да прехвърля разликата в средствата по ал. 6 в рамките на общия размер на определените стойности по приложението по чл. 28, ал. 4, т. 2 към индивидуалния договор за периодите по чл. 412, ал. 1. Разликата в средствата в края на период на извършване на дейност по предходното изречение не се прехвърля за следващ период.

(8) Когато за предходен месец изпълнител на БМП е формирал надвишението на месечната стойност, възстановена по реда на ал. 5, редът на ал. 7 се прилага след приспадане на възстановената сума от формираната разлика в средствата. В тези случаи в месечните известия по чл. 408, ал. 10 сумата на надвишението по ал. 5 в рамките на формираната за месеца икономия се посочва с положителен знак, което се отразява и в приложението по чл. 28, ал. 4, т. 2 към индивидуалния договор. Този ред не се прилага за месеци, заплатени през предходна година.

(9) 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.

(10) 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.

(11) Редът на ал. 8, 9 и 10 не се прилага за дейности, заплатени през предходна година.

(12) Редът на ал. 4 – 11 се прилага отделно за стойностите на дейностите по чл. 412, ал. 4, т. 2 и т. 3.

Чл. 414. (1) Директорите на РЗОК могат в рамките на определените стойности за съответната РЗОК за всеки отделен ред на средствата по ЗБНЗОК за 2026 г., да предлагат компенсирани промени между утвърдените стойности по изпълнители на БМП при наличие на структурни и организационни промени в дейността им, на територията на съответната РЗОК, при спазване на правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2026 г.

(2) Предложените компенсирани промени по ал. 1 от директорите на РЗОК се придружават от мотиви и ясно описание на начина на изчислението за всеки изпълнител.

(3) Мотивираните предложения от директорите на РЗОК съгласно ал. 1 се разглеждат и утвърждават от управителя на НЗОК.

Чл. 415. (1) Районната здравноосигурителна каса ежедневно анализира постъпващата информация по чл. 408 за достигнатото изпълнение на определените по реда на Правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2026 г. стойности за текущия месец по изпълнители на БМП. В случай на констатирана от РЗОК при анализа тенденция за изпреварващо достигане от конкретен изпълнител на определените стойности, РЗОК извършва внезапен контрол, както и контрол преди заплащане на оказаната медицинска помощ при превишаване на определените по реда на тези правила стойности за текущия месец.

(2) Директорът на РЗОК организира ежемесечен контрол върху дейността на изпълнителите на БМП, сключили договор със съответната РЗОК.

(3) Директорът на РЗОК представя ежемесечни доклади на Надзорния съвет (НС) на НЗОК за резултатите от извършения контрол по ал. 1 и 2 на изпълнителите на БМП, констатираните нарушения, причините за превишенията на определените по реда на Правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2026 г. стойности за месеца и предложения за недопускане на превишения.

(4) Директорите на РЗОК в сроковете за заявяване на средствата за заплащане на отчетния месец представят доклад на НС на НЗОК за отхвърлените от заплащане („чакащи разрешение за заплащане от НС на НЗОК“) дейности по чл. 412, ал. 4, т. 3 по реда на чл. 413, ал. 4.

Чл. 416. (1) Надзорният съвет на НЗОК наблюдава, анализира и контролира изпълнението на здравноосигурителните плащания по чл. 4, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2026 г., на тримесечие, на национално ниво и на ниво РЗОК.

(2) На база на анализите по ал. 1 НС 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, като се отчита и делът на резерва при решение на НС на НЗОК по чл. 15, ал. 1, т. 7 от ЗЗО или на други средства по реда на ЗБНЗОК за 2026 г. или Закона за публичните финанси.

Чл. 417. (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, подават отчетните документи по чл. 411 ежемесечно в РЗОК по утвърден график до осмия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(2) Електронните финансовоотчетни 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. 3 от ЗЕДЕУ 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. 408, ал. 14 и включва одобрената за заплащане медицинска дейност в това известие.

Чл. 418. (1) При подаване на електронен финансов документ по чл. 417 информационната система на НЗОК извършва автоматична проверка.

(2) При констатиране на грешки в електронните финансовоотчетни 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 финансовоотчетни документи в сроковете по чл. 417, ал. 3 и 4.

Чл. 419. (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 финансовоотчетен 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 финансовоотчетен документ в срок един работен ден след получаване на нотификацията.

Чл. 420. (1) За приет финансовоотчетен 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 финансовоотчетен документ.

Чл. 421. Плащанията на изпълнителите на БМП се извършват чрез РЗОК до 25-о число на месеца, следващ отчетния, с изключение на:

1. плащанията по финансовоотчетни документи по чл. 411, ал. 4, които се извършват в срок до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ;

2. плащанията по финансовоотчетни документи по чл. 411, 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 финансовоотчетни документи по чл. 411, ал. 1, т. 2 и 3, които се извършват до 30-о число на втория месец, следващ отчетния.

Чл. 422. (1) При писмено заявен отказ от страна на изпълнителя на БМП да изпълни корекциите по чл. 418 и 419 РЗОК не заплаща отчетената дейност.

(2) При неспазване на посочените в чл. 417, 418 и 419 срокове за представяне на финансовоотчетните документи обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващ период на отчетване.

(3) Ако исканите поправки по чл. 413 и 414 не се извършат до края на втория месец, следващ отчетния, на изпълнителя на БМП не се заплаща по този ред.

Чл. 423. (1) Плащанията се извършват в евро, 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. 424. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, изпълнителите на БМП носят отговорност.

Чл. 425. (1) Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на изпълнителя на БМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

(2) Редът на ал. 1 не се прилага в случаите на извършване на частично плащане и/или за отлагане на плащанията при недостиг на бюджетни средства за извършване от НЗОК на съответните здравноосигурителни плащания към изпълнителите на БМП.

Раздел XII

Документация и документооборот за изпълнители на болнична помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури

Чл. 426. Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки изпълнител на БМП, включва документите по чл. 326, първични медицински документи по приложение № 2 и финансовоотчетни документи по Закона за счетоводството.

Чл. 427. (1) Дейностите по КП, КПр и АПр се извършват в съответствие с алгоритмите по приложения № 17, 18 и 19 и се отразяват в посочените в тези алгоритми документи.

(2) В приложение № 21 „Кодове на диагностични процедури по КСМП – версия 2020 г.“ се съдържат кодовете на медицинските процедури, с които се отчита прилагането им, когато това е необходимо.

Чл. 428. В диагностично-консултативния блок/приемен кабинет (на хартиен или електронен носител) се води журнал с лични данни на преминаващите през ДКБ/ПК ЗОЛ с регистриране на направление за провеждане на КП, АПр и КПр.

Чл. 429. В ИЗ се отразяват датата и часът на постъпването на ЗОЛ в лечебното заведение – изпълнител на БМП.

Чл. 430. (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. 408, 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.

(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. 431. (1) Документите по чл. 430, ал. 1 се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в приложение № 2.

(2) „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ-НЗОК № 7) – 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, 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. 432. (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. 433. (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 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-лечебния процес на тези лица.

Чл. 434. (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. 326, 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. 302, т. 3 в същото лечебно заведение.

Чл. 435. 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. 436. (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. 437. (1) Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се извършва в съответствие с раздел X от 330 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 330, 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 330 са изпълнители на медицинска помощ.

Чл. 438. (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. 439. (1) Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се осъществява чрез проверки, извършвани от длъжностни лица – служители на НЗОК, и от длъжностни лица от РЗОК – контрольори.

(2) Длъжностните лица по ал. 1 осъществяват внезапен контрол по изпълнение на договорите с изпълнителите на медицинска помощ, контрол преди заплащане на оказаната медицинска помощ и последващ контрол.

(3) Длъжностните лица по ал. 1 могат да извършват проверки по постъпили жалби от здравноосигурени лица, вкл. и в случаите по чл. 35, ал. 2 от 330.

(4) По жалби, при които не може да се идентифицира подателя, не се извършват проверки.

Чл. 440. (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, включително удостоверения, справки, декларации и други документи за установяване на обстоятелствата, свързани с прилагането на чл. 400, както и отчетната документация по чл. 36, ал. 2, с изключение на финансовите отчетни документи по чл. 36, 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 330 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 330 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. 441. 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. 442. (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. 443. (1) Управителят на НЗОК или оправомощено от него длъжностно лице може със заповед да разпорежи извършване на проверка от контрольори от РЗОК с участието на служители на НЗОК. Заповедта съдържа: правните и фактическите основания за издаването ѝ; служителите на НЗОК, които ще участват в проверката; обекта, задачата, вида и срока на проверката, както и РЗОК, на чиято територия тя ще се извърши.

(2) На основание заповедта на управителя на НЗОК директорът на РЗОК издава заповед, която съдържа: правните и фактическите основания за издаването ѝ; служителите на НЗОК, както и контролните органи на РЗОК, които ще участват в проверката; конкретния/конкретните изпълнител/и на медицинска помощ – обект/и на проверката, задачата и вида на проверката.

(3) Служителите на РЗОК – контрольори, могат да извършват проверки на територията на съответната РЗОК по заповед на нейния директор или на оправомощено от него длъжностно лице.

Чл. 444. (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. 445. (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. 446. (1) Контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО: длъжностните лица – служители на НЗОК, и длъжностните 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 по отношение на съответствието с чл. 59в, т. 4 от ЗЗО.

Чл. 447. (1) За резултатите от извършената проверка и установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО съставят протокол, в който вписват:

1. обекта на проверката – наименование и месторазположение;
2. данните за проверката – дата и място на съставяне, основание за извършване на проверката, проверяващото лице (лица);
3. описание на установените факти;
4. констатираните нарушения при изпълнение на договора с ИМП;
5. задължителните предписания и сроковете за отстраняване на констатираните нарушения, препоръки за подобряване на дейността на ИМП;
6. подписа на съставителя(ите);
7. срока за възражение, установен в ЗЗО;
8. дата на връчване и подпис на лицето – обект на проверката.

(2) Екземпляр от протокола се предоставя на лицето – обект на проверката, срещу подпис, а копия от него се изпращат на управителя на НЗОК, съответно на директора на РЗОК, и на съответната РК на БЛС.

(3) При констатиране от извършената проверка нарушения на Кодекса за професионална етика на лекарите директорът на РЗОК уведомява съответната комисия за професионална етика към БЛС.

Чл. 448. 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. 442, ал. 1.

Чл. 449. Санкциите се налагат по реда на глава двадесет и първа.

Чл. 450. (1) При извършване на проверките по чл. 400, 442, 443 и 444 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. 447, 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. 451. При извършване на проверките по чл. 442, 443 и 444 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. 452. 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. 453. (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.

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. 454. (1) При констатиране 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. 455. (1) В случаите по чл. 76а от ЗЗО, когато ИМП е получил суми без правно основание, които не са свързани с извършване на нарушение по ЗЗО или на НРД и това е установено при проверка от контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, изпълнителят е длъжен да възстанови сумите.

(2) В случаите по ал. 1 се съставя протокол за неоснователно получени суми.

(3) Протоколът за неоснователно получени суми по ал. 2 съдържа:

1. обекта на проверката – наименование и месторазположение;
2. данните за проверката – дата и място на съставяне, основание за извършване на проверката, проверяващото лице (лица);
3. описание на установените факти;
4. констатираните неоснователно получени суми и техния размер;
5. подписа на съставителя(ите);
6. срока за възражение, установен в ЗЗО;
7. дата на връчване и подпис на лицето – обект на проверката.

(4) Лицето – обект на проверката, има право да представи писмено възражение пред управителя на НЗОК, съответно пред директора на РЗОК, в 7-дневен срок от връчване на протокола.

(5) След изтичане на срока за възражение по ал. 4 управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание, която се връчва на ИМП.

(6) Поканата за възстановяване на сумите по ал. 1 подлежи на обжалване по реда на АПК.

(7) В 14-дневен срок от получаване на поканата изпълнителят е задължен доброволно да внесе дължимите суми.

(8) Когато ИМП не изпълни поканата в срока по ал. 7, дължимата сума се прихваща от следващото плащане по договора. Когато договорът е прекратен и/или не се дължат плащания по него, сумата се събира по съдебен ред.

(9) Получените от ИМП суми без правно основание се възстановяват заедно с дължимата законна лихва, начислена за периода от изтичане на срока по ал. 7 до датата на възстановяването им.

Чл. 456. (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.

(3) Получените от ИМП суми без правно основание се възстановяват заедно с дължимата законна лихва, начислена за периода от изтичане на срока за доброволно плащане до датата на възстановяването им.

Чл. 457. 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. 458. (1) Санкциите по този НРД са:

1. финансова неустойка;
2. прекратяване на договор.

(2) За всяко констатирано нарушение се прилага съответна по вид и размер санкция.

(3) При констатирани нарушения, извършени от различни лекари от лечебното заведение – изпълнител на извънболнична помощ, за всяко едно от тях се налага съответната санкция.

(4) В случаите по ал. 3 общият размер на санкцията е сбор от санкциите за всяко едно нарушение.

(5) При констатирани нарушения по изпълнение на КП, АПр, КПр и КДН за всяко едно от тях се налага съответна по вид и размер санкция.

(6) В случаите по ал. 5 общият размер на санкцията е сбор от санкциите за всяко едно нарушение.

(7) По изключение, извън случаите по ал. 2 – 6, за констатирани нарушения на установените изисквания за работа с медицинска документация от раздел X от глава седемнадесета и раздел XII от глава деветнадесета, за първо нарушение, извършено от един лекар, се налага една санкция, независимо от броя на констатираните нарушения. В тези случаи длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО правят предписания за отстраняването им, а при последващо нарушение от този вид се налага санкция за всяко едно констатирано нарушение.

(8) Когато за изпълнител на болнична медицинска помощ се установи първо нарушение на установените изисквания по чл. 400, ал. 3 от глава седемнадесета, раздел IX, се правят предписания за отстраняването му, а при последващо нарушение от този вид се налага предвидената за това санкция.

Чл. 459. Видът и размерът на санкцията се определят от управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, в зависимост от: вида и тежестта на констатираното нарушение, както и броя на случаите по това нарушение, поредността на извършването му и от решението на арбитражната комисия в случаите, когато същата се е произнесла с решение.

Раздел II Санкции при констатирани нарушения

Чл. 460. (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 100 евро.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 75 до 175 евро.

(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 150 до 300 евро.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 350 до 800 евро.

(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 75 евро.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 175 евро.

Чл. 461. (1) Когато изпълнител на извънболнична 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 50 до 100 евро.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 75 до 175 евро.

(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 300 евро.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 150 до 550 евро.

(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 100 евро.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 75 до 175 евро.

Чл. 462. (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 100 евро.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 75 до 175 евро.

(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 150 до 300 евро.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 250 до 550 евро.

(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 100 евро.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 75 до 175 евро.

Чл. 463. (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 100 евро.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 75 до 175 евро.

(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 150 до 300 евро.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 250 до 800 евро.

(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 75 евро.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 75 до 175 евро.

Чл. 464. (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 75 евро.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 75 до 125 евро.

(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 75 до 125 евро.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 „финансовата неустойка“ е в размер от 100 до 150 евро.

(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 75 евро.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 „финансовата неустойка“ е в размер от 75 до 125 евро.

Чл. 465. (1) Когато изпълнител на БМП не изпълни задълженията си по чл. 400, ал. 1 и 2 от раздел IX „Изисквания относно основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения за болнична помощ“ на глава деветнадесета, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 150 до 300 евро за всеки отделен случай.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 „финансовата неустойка“ е в размер от 300 до 550 евро за всеки отделен случай.

(3) Когато изпълнител на БМП не изпълни задълженията си по чл. 400, ал. 3 и 4 от раздел IX „Изисквания относно основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения за болнична помощ“ на глава деветнадесета, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 1550 до 2550 евро.

(4) За всяко следващо нарушение по ал. 3, констатирано за периода на същата календарна година, „финансовата неустойка“ е в размер от 4050 до 7550 евро.

Чл. 466. 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. 460 – 465.

Чл. 467. (1) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 75 до 100 евро, 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 125 до 175 евро.

(3) В случаите на недостигане на прицелните стойности по чл. 178, ал. 3 и чл. 179, ал. 3 за HbA1c, LDL холестерол и артериално налягане, ако са предприети мерки за подобряване на контрола, като: препоръки за хигиенно-диетичен режим, промяна в терапията, консултация със специалист или други, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, не налага санкция по ал. 1, т. 1.

(4) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция „финансова неустойка“ в размер от 200 до 300 евро, когато изпълнител на медицинска помощ е извършил някое от следните нарушения:

1. системно нарушение по смисъла на § 1, т. 19 от допълнителните разпоредби на ЗЗО на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД;

2. системна неудовлетвореност по смисъла на § 1, т. 19а от допълнителните разпоредби на ЗЗО на пациентите от оказаните медицински дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, заплатена от бюджета на НЗОК, установена съгласно наредбата по чл. 19, ал. 7, т. 15 от ЗЗО, и след оценка на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД, и установяване на нарушаването им.

(5) Заповедта за налагане на санкция подлежи на оспорване по реда на АПК.

Чл. 468. (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. 469. (1) Когато лицето – обект на проверката, не изрази писмено становище по чл. 448 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 ведно с дължимата законна лихва. Когато договорът е прекратен и/или не се дължат плащания по него, сумата се събира по съдебен ред.

Чл. 470. (1) В случаите, когато лицето – обект на проверката, 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. 448 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.

Чл. 471. (1) В случай че арбитражната комисия потвърди констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава заповед за налагане на предвидените в НРД санкции.

(2) Санкциите по ал. 1 се налагат със заповед на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, която се издава в срок до един месец от уведомяването от страна на арбитражната комисия на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, че са потвърдени констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, и се съобщава на лицето – обект на проверката.

(3) Когато нарушението е установено от длъжностни лица – контролори на РЗОК, извършили проверка на територията на друга РЗОК, предложението до управителя на НЗОК за издаването на заповедта за санкция се прави от директора на тази РЗОК, с чийто директор изпълнителят на медицинска помощ – обект на проверката, е сключил договор.

(4) Санкциите подлежат на съдебно обжалване по реда на АПК.

Раздел IV Правила за работа на арбитражните комисии

Чл. 472. (1) На територията, обслужвана от РЗОК, се конституират арбитражни комисии, които разглеждат оспорените от лицата – обект на проверка:

1. констатации на длъжностни лица – служители на НЗОК;

2. констатации на длъжностни лица от РЗОК – контролори.

(2) Арбитражната комисия се състои от представители на РЗОК и съответната РК на БЛС.

(3) В едномесечен срок от обнародването на този НРД директорът на съответната РЗОК издава заповед за определяне на състава на арбитражна комисия след посочване от страна на председателя на РК на БЛС в писмен вид на представителите на съответната РК на БЛС 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 едномесечен 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, които имат отношение към описаните факти и направените констатации в протокола на съответното длъжностно лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО.

(6) В заповедта по ал. 5 се посочват и резервни членове.

(7) Член на арбитражната комисия не може да бъде длъжностно лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, което е извършило проверката и чиято констатация се оспорва, както и лицето – обект на проверката, оспорило констатацията.

(8) Всяка РК на БЛС публикува на своята интернет страница имената на лекарите – представители на БЛС – членове на арбитражна комисия.

Чл. 473. (1) Арбитражните комисии се конституират за срока на действие на НРД.

(2) Броят на представителите на РЗОК в състава на всяка арбитражна комисия е равен на общия брой представители на РК на БЛС, както следва: 3-ма представители на РЗОК и 3-ма представители на РК на БЛС.

(3) За всяка от квотите се определят по трима резервни членове по същия ред, по който се определят постоянните членове.

(4) Комисията се председателства от членовете ѝ на ротационен принцип за срок три месеца.

(5) В случаите на отсъствие на председателя функциите му се изпълняват от заместник-председател – представител на съответната квота.

Чл. 474. Арбитражните комисии работят в съответствие с чл. 75 от ЗЗО.

Чл. 475. (1) Всяка арбитражна комисия разглежда споровете в пълен състав. Ако някой от постоянните членове отсъства, се включва резервен член от съответната квота.

(2) Всяка от страните по спора може в писмен вид да иска отвод на член на комисията, ако са налице обстоятелства, които пораждат основателни съмнения относно неговата безпристрастност и независимост.

Чл. 476. (1) Председателят на комисията свиква заседанията, уведомява членовете на комисията за необходимостта да се запознаят с материалите по спора, разпределя между членовете на комисията задълженията във връзка с изготвяне на решението и комплектуване на преписките.

(2) Заседание може да бъде свикано и по искане на не по-малко от трима членове на комисията.

(3) В случаите по ал. 2 председателят на комисията насрочва заседание в срок до три дни от получаване на искането.

(4) Арбитражната комисия разглежда споровете по документи, които страните предварително са представили.

(5) Ако комисията прецени, тя може да изслуша представител(и) на проверяващия екип (длъжностни лица – служители на НЗОК, и/или длъжностни лица от РЗОК – контролори), както и на ИМП, направил възражения. Комисията може да изисква всички необходими документи, справки и други материали, необходими им за формиране на решение.

Чл. 477. На всяко заседание на комисията се води протокол, който се подписва от всички членове на комисията.

Чл. 478. (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. 479. (1) В случай че арбитражната комисия потвърди констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО изцяло или частично, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава заповед за налагане на предвидените в НРД санкции.

(2) В случай че арбитражната комисия отхвърли изцяло констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, писмено уведомява лицето – обект на проверката, за решението за прекратяване на производството.

(3) В 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. 480. (1) В специална книга в РЗОК се посочва датата на постъпване на всяка преписка в арбитражната комисия.

(2) След приключване на всяка преписка цялата документация се извежда в книгата по ал. 1. Копия от преписките се подреждат в архив и се съхраняват от комисията в РЗОК не по-малко от една година. Книгата се съхранява в деловодството на РЗОК.

ДОПЪЛНИТЕЛНА РАЗПОРЕДБА

§ 1. По смисъла на този договор:

1. „Здравноосигурени лица“ са лицата по чл. 33 от ЗЗО с непрекъснати здравноосигурителни права. Здравноосигурени лица се считат и:

а) лицата, осигурени в друга държава – членка на ЕС, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДРЗЗО – за съответния обхват медицинска помощ, в зависимост от приложимото спрямо лицата законодателство; лицата следва да докажат правото си на медицинска помощ с удостоверителни документи за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, издадени по реда на правилата за координация на системите за социална сигурност, както и гражданите на държави, с които Република България има сключени международни договори за социална сигурност;

б) здравнонеосигурени лица по § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2026 г.:

– за следните дейности:

– здравнонеосигурени жени – за медицинските грижи по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ;

– комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на болни с психични заболявания;

– комплексно диспансерно наблюдение на болни с кожно-венерически заболявания;

– интензивно лечение;

в) лица по § 7, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2026 г., които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес по реда на Постановление № 17 на Министерския съвет от 2007 г. за определяне на условията и реда за разходване на целевите средства за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ на лица, които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес – за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ.

2. „Завършена клинична пътека“ е:

а) за хирургична/интервенционална КП – когато е извършена основната хирургическа/интервенционална процедура; спазен е задължителният минимален болничен престой, посочен в съответната КП, и са извършени задължителните диагностични процедури, с които се отчита хирургичната пътека, като вид, брой и последователност на извършване, доказващи окончателната диагноза при дехоспитализация, както и предвидените следоперативни грижи;

б) за терапевтична КП – когато са извършени основни диагностични и терапевтични процедури, заложи в нея, и е спазен задължителният минимален болничен престой, посочен в съответната КП.

3. „Повторно нарушение“ е второ и следващо нарушение, извършено от лекар от лечебно заведение – ИМП, за което на нарушителя е била наложена и влязла в сила санкция за същия вид нарушение в рамките на 12 месеца от влизане в сила на вече наложена първа, респ. втора санкция за същия вид нарушение.

4. „Маловажни случаи“ по смисъла на чл. 454, ал. 4 са:

4.1. За извънболнична медицинска помощ:

а) липса на подпис 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, бл. МЗ-НЗОК № 7, бл. МЗ-НЗОК № 8, бл. МЗ-НЗОК № 8а, бл. МЗ-НЗОК № 10);

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. „Нает медицински персонал“ по чл. 404, ал. 3, относно ред 4 от таблицата, са лекари, извън тези по приложение № 1 от договора на лечебното заведение с НЗОК; фармацевтите; медицински сестри, акушерки, асоциирани медицински специалисти и помощник-фармацевтите по смисъла на § 1, т. 1 от Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и на асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите, наети на основен договор от лечебното заведение.

6. Официалният интернет портал на НЗОК е: www.nhif.bg.

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 2. (1) Този Национален рамков договор се приема и влиза в сила от деня на обнародването му в „Държавен вестник“, с изключение на:

1. чл. 182, 183, 184, 289, 371, 372 и 373, които влизат в сила от 1 септември 2026 г.;

2. чл. 136, 188 и чл. 195, ал. 8, които влизат в сила от 1 февруари 2027 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. Този Национален рамков договор отменя Националния рамков договор за медицинските дейности за 2023 – 2025 г., с изключение на чл. 136 и чл. 188, които се прилагат до 31 януари 2027 г.

§ 4. Договорите с изпълнители на извънболнична медицинска помощ влизат в сила, както следва:

1. от влизане в сила на този НРД, 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;

2. от датата на подписване, при условие че изпълнителят по т. 1 е договорил дейност, която не е извършвал по договор с НЗОК до влизане в сила на този НРД – за новата по вид дейност;

3. от датата на подписване на договора, в случай че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор не е работил по договор с НЗОК.

§ 5. Договорите с изпълнители на болнична помощ влизат в сила, както следва:

1. от влизане в сила на този НРД, 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 влизане в сила на този НРД;

3. от датата на подписване на договора, в случай че изпълнителят до момента на сключване на договора не е работил по договор с НЗОК.

§ 6. Договорите с изпълнителите на комплексно диспансерно наблюдение на ЗОЛ с кожно-венерически и психични заболявания влизат в сила от влизане в сила на този НРД.

§ 7. (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 влизане в сила на този НРД 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 влизане в сила на този НРД до датата на отказа се заплаща.

§ 8. Дейностите в извънболничната и болничната помощ, назначени по реда на НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г. и започнати преди влизане в сила на този НРД, се извършват по реда на НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г. и се заплащат при условията и по реда на този НРД.

§ 9. До влизане в сила на нов или коригиран формат на отчетния файл по § 11, се прилагат образците на първичните медицински документи, приети с НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г.

§ 10. (1) В случаите на констатирани нарушения, извършени до влизане в сила на този НРД 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 2023 – 2025 г., като се спазва процедурата за осъществяване на контрол по ЗЗО и този НРД.

(2) В случаите на констатирани нарушения и получени суми без правно основание, за дейност, извършена до 31 декември 2025 г., стойностите на глобите, санкциите и поканите за възстановяване на суми, получени без правно основание по НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г., посочени в левове, се превалутират в евро по правилата по чл. 12 и чл. 13 от Закона за въвеждане еврото в Република България.

§ 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 в информационната система на НЗОК ИМП може да направи справка за изпълнението на определения брой на СМД и стойност на МДД за тримесечие, с което чл. 88, ал. 2 се отменя.

§ 14. Изчислението, проследяването на % случаи, реда и условията за корекция на цените за периода „юли – декември“ по чл. 371, ал. 37 включват съответните дейности за периода, отчетени по НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г. и по този договор.

§ 15. Лечебните заведения за БМП, сключили договор с НЗОК, следва да изпълняват условията по чл. 400, ал. 2 и 3 в срок до 9 месеца от влизане в сила на колективен трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“ по време на този НРД.

§ 16. Лечебните заведения са изпълнители на:

1. КП № 189 „Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, с голям и много голям обем и сложност“ от приложение № 17 „Клинични пътеки“ на НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г. са изпълнители на КП № 189.1 „Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, с много голям обем и сложност“ и КП № 189.2 „Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, с голям обем и сложност“ от приложение № 17 „Клинични пътеки“ на този НРД;

2. КП № 234 „Хирургично лечение при обширни изгаряния над 20 % от телесната повърхност“ от приложение № 17 „Клинични пътеки“ на НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г. са изпълнители на КП № 234.1 „Хирургично лечение при обширни изгаряния от 20 % до 39 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции“ и КП № 234.2 „Хирургично лечение при обширни изгаряния над 40 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции“ от приложение № 17 „Клинични пътеки“ на този НРД;

3. КП № 242 „Диагностика и лечение на левкемии“ от приложение № 17 „Клинични пътеки“ на НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г. са изпълнители на КП № 242.1 „Диагностика и лечение на левкемии“ от приложение № 17 „Клинични пътеки“ на този НРД;

4. АПр № 21 „Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност“ от приложение № 18 „Амбулаторни процедури“ на НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г. са изпълнители на АПр № 21.1 „Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност“ и АПр № 21.2 „Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност (терапевтични процедури)“ от приложение № 18 „Амбулаторни процедури“ на този НРД;

5. АПр № 27 „Специфични изследвания при хематологични заболявания“ от приложение № 18 „Амбулаторни процедури“ на НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г. са изпълнители на АПр № 27.1 „Специфични изследвания при хематологични заболявания“ от приложение № 18 „Амбулаторни процедури“ на този НРД.

§ 17. (1) Лечебни заведения за болнична медицинска помощ, работещи по договор с НЗОК, определени със заповед на министъра на здравеопазването, получават цена, равна на тази по чл. 196, ал. 1, 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.

(3) За дейността на лечебните заведения по ал. 1 НЗОК заплаща брой поставени дози на препоръчителна ваксина срещу COVID-19 на базата на вписаните в НЗИС поставени дози.

(4) Отчитането и заплащането на дейността по ал. 1 се извършват при условията и в сроковете, регламентирани в глава деветнадесета, раздел XI.

§ 18. (1) През месец ноември 2026 г. НЗОК разпределя еднократно финансови средства от чл. 1, ал. 2, ред 1.1.3.1 и ред 1.1.3.2 от ЗБНЗОК за 2026 г. на изпълнителите на медицинска помощ.

(2) Средствата по ал. 1 се разпределят на база на отчетената от изпълнителя на медицинска помощ дейност за периода от 1.01.2026 г. до влизане в сила на този НРД, по изпълнение на предходния индивидуален договор, при рефериране на стойностите по този НРД.

§ 19. До изтичане на срока на електронните предписания, включително и по вече издадените протоколи, преди влизане в сила на този НРД, МКБ кодовете на заболяванията от рубрика N18, променени в Наредба № 8 от 2016 г. (изм., ДВ, бр. 66 от 21.07.2026 г.), са валидни съгласно НРД за медицинските дейности за 2023 – 2025 г.

§ 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. Настоящият договор и приложенията към него се подписват на хартиен носител в четири еднообразни екземпляра, по един за: НЗОК, БЛС, министъра на здравеопазването и „Държавен вестник“, с изключение на приложения № 17, № 18 и № 19, един екземпляр от които се подписва на хартиен носител, а останалите три екземпляра – за НЗОК, БЛС и министъра на здравеопазването, на електронен носител с електронен подпис.

§ 22. 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 „Хронични заболявания, за които НЗОК заплаща лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели“;

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 на конкретни заболявания и групи лекарствени продукти“;

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 на заболяванията, при които здравноосигурените лица са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО“;

приложение № 12 „Дейности на ОПЛ по имунопрофилактика, програма „Детско здравеопазване“, профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване и програма „Майчино здравеопазване“;

приложение № 13 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от лекар специалист“;

приложение № 14 „Дейности на лекаря специалист по „Педиатрия“ по програма „Детско здравеопазване“, на лекаря специалист по „Акушерство и гинекология“ по програма „Майчино здравеопазване“ и на лекаря специалист по профилактика на ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване“;

приложение № 15 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиници/отделения по кожно-венерически заболявания и центрове за кожно-венерически заболявания“;

приложение № 16 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиници/отделения по психични заболявания и центрове за психично здраве“;

приложение № 17 „Клинични пътеки“;

приложение № 18 „Амбулаторни процедури“;

приложение № 19 „Клинични процедури“;

приложение № 20 „Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ“;

приложение № 21 „Кодове на диагностични процедури по КСМП – версия 2020 г.“.

За Националната здравно-осигурителна каса:

Председател на НС
на НЗОК:

Росица Велкова-Желева

Членове на Надзорния съвет
на НЗОК:

Гая Александрова

Д-р Христо Стоянов

Борис Михайлов

Д-р Иван Кокалов

Теодор Василев

Боян Бойчев

Тодор Воденичаров

Д-р Стойчо Кацаров

За Българския лекарски съюз:

Председател на УС на БЛС:

Д-р Николай Брънзалов

Членове на УС на БЛС:

Д-р Иван Маджаров

Д-р Валери Веселинов

Д-р Валентин Пеев

Доц. д-р Георги Тодоров

Д-р Николай Колев

Проф. д-р Христо Шивачев

Д-р Генка Пейчева

Д-р Георги Миндов

Д-р Кирил Недялков

Д-р Иво Парунов

Д-р Росен Айков

Д-р Мария Ганчевска-Царева

Проф. д-р Огнян Хаджийски

Д-р Христо Димитров

Управител на НЗОК:

Д-р Владимир Даскалов

Съгласувал:

Министър на здравеопазването:

Катя Ивкова