

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

Условия

ОБЩА ЧАСТ

Глава първа

ПРЕДМЕТ НА НАЦИОНАЛНИЯ РАМКОВ ДОГОВОР

Глава втора

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ ПО НРД

Глава трета

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ЗДРАВНООСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА

Глава четвърта

ВИДОВЕ МЕДИЦИНСКА И ДЕНТАЛНА ПОМОЩ, ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК В ПОЛЗА НА ЗЗОЛ

Глава пета

ФИНАНСОВА РАМКА НА НРД

Чл.11. (1) Финансовата рамка на НРД съответства на годишните разходи за здравноосигурителни плащания съгласно чл.1, ал.2 от Закона за бюджета на НЗОК за 2007г., както следва:

1. за първична извънболнична медицинска помощ—115 945хил.лв.;
2. за специализирана извънболнична медицинска помощ—116 162хил.лв.;
3. за дентална помощ— 61 516хил.лв.;
4. за медико-диагностична дейност—55 621хил.лв.;
5. за лекарства за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели—282 150хил.лв.;
6. за болнична медицинска помощ— 680 206хил.лв.;
7. други здравноосигурителни плащания—2 000хил.лв.

(2) Във финансовата рамка по ал.1, т.6 се включват допълнително 114 794 хил.лв. от резерва по смисъла на чл.26 ЗЗО, които се разходват с решение на УС на НЗОК.

(3) Представители на НЗОК, БЛС и БЗС извършват наблюдение и анализ на изпълнението на бюджета на НЗОК за 2007г. за здравноосигурителни плащания на тримесечен период.

Глава шеста

ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА МЕДИЦИНСКА И ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ПО НРД

Чл.12. (1) Изпълнители на извънболнична медицинска или дентална помощ по НРД могат да бъдат:

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

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

1. специализирани медико-диагностични изследвания;
2. високоспециализирани медико-диагностични изследвания;

3. високоспециализирани медицински дейности;
4. пакет “Физикална и рехабилитационна медицина”

Чл.13. (1) Изпълнители на БП по клинични пътеки могат да бъдат:

1. лечебни заведения за БП по смисъла на чл. 9, ал. 1 ЗЛЗ и диспансери по чл. 26, ал. 2 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 и Националният център по трансфузионна хематология;
3. лечебни заведения за СИМП—МЦ, ДЦ, МДЦ и ДКЦ, с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа.

(2) Лечебните заведения по ал.1, т.3 могат да бъдат изпълнители само на клинични пътеки, посочени в приложение № 2 “Клинични пътеки, за които НЗОК сключва договор с лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ”,

(3) Изпълнители на ВСМД от приложение №4 към член единствен от Наредба №40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, могат да бъдат лечебни заведения по ал.1 и лечебни заведения за СИМП с разкрити легла за краткосрочно наблюдение и лечение.

Чл.14. (1) Изпълнителите на медицинска или дентална помощ по НРД извършват в полза на ЗЗОЛ договорените от НЗОК дейности.

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

Чл.15. (1) Изпълнителите на медицинска или дентална помощ съобразно нуждите и обема на извършваната лечебна дейност могат да наемат персонал със съответно образование и квалификация. Наетите лица могат да бъдат:

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

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

3. други лица, извършващи административни и помощни дейности.

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

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

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

(6) Трудовоправните и приравнените на тях отношения между ИМП/ИДП и наетите от тях лица не са предмет на този договор.

Чл.16. (1) За осигуряване на денонощна непрекъснатост на здравните грижи изпълнителите на ПИМП могат да сключват договори с други лечебни заведения за извънболнична помощ, с лечебни заведения за болнична помощ и с центрове за спешна медицинска помощ.

(2) За извършване на медико-диагностични изследвания, необходими за изпълнението на клинични пътеки, изпълнителите на болнична помощ могат да сключват договори с други лечебни заведения или с национални центрове по проблемите на общественото здраве, когато изискванията по съответната клинична пътека допускат това.

Глава седма

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

Чл.17. Националната здравноосигурителна каса сключва договори с лечебни заведения и национални центрове по проблемите на общественото здраве, които:

1. отговарят на следните общи условия:

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

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

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.

(3) Всеки лекар може да работи в изпълнение на не повече от два договора с НЗОК, независимо от месторазположение на лечебните заведения, в които се оказва помощта.

(4) По изключение, за осигуряване на достатъчност на медицинската помощ по предложение на директора на РЗОК, директорът на НЗОК може да разреши работа извън ограничението по ал.3.

Чл.18. (1) Директорът на РЗОК, от името и за сметка на НЗОК, сключва договори за оказване на медицинска и дентална помощ с лечебни и здравни заведения, които:

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

2. имат седалище и месторазположение в съответния съд на територията, обслужвана от РЗОК—за лечебните заведения за БП и диспансерите;

3. имат местонахождение на територията, обслужвана от РЗОК—за здравните заведения;

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

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

Чл.19. (1) Изискуемите документи се подават от лечебните и здравните заведения в съответната РЗОК в срок от 01.01.2007г. до 31.01.2007г.

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

(3) Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва договори с ИМП и ИДП в срок до 28.02.2007г.. Директорът на РЗОК има право да провери на място в лечебното заведение съответствието със специалните изисквания, за чието удостоверяване е предвидена декларация.

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

Чл.20. (1) Директорът на РЗОК може да сключва договори за оказване на извънболнична медицинска помощ и след изтичане на срока по чл.19, ал.3 с лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, регистрирани в РЦЗ след 31.01.2007г., респективно със здравни заведения, създадени след 31.01.2007г., които отговарят на изискванията на закона и настоящите условия.

(2) Директорът на РЗОК може да сключва договори за оказване на извънболнична дентална помощ и след изтичане на срока по чл.19, ал.3 с лечебни заведения, регистрирани в РЦЗ, след 31.01.2007г., които отговарят на изискванията на закона и настоящите условия.

(3) Директорът на РЗОК може да сключва договори за оказване на болнична медицинска и дентална помощ и след изтичане на срока по чл.19, ал.3 с лечебни заведения, получили разрешение от министъра на здравеопазването за осъществяване на дейност след 31.01.2007г., съответно с изпълнители по чл.13, ал.2, регистрирани в РЦЗ след 31.01.2007г., които отговарят на изискванията на закона и настоящите условия.

(4) Директорът на РЗОК може да сключва договори за извършване на високоспециализирани медицински дейности по приложение №4 към Наредба №40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и след изтичане на срока по чл.19, ал.3 с лечебни заведения за болнична помощ, диспансери със стационар, получили разрешение от министъра на

здравеопазването за осъществяване на дейност след 31.01.2007г., които отговарят на изискванията на закона и настоящите условия, както и с лечебни заведения за специализирана медицинска помощ с легла за краткосрочно наблюдение и лечение, регистрирани в РЦЗ след 31.01.2007г., които отговарят на изискванията на закона и настоящите условия.

(5) В случаите по предходните алинеи 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.19, ал.2.

Чл.21. (1) Типовите индивидуални договори за ИМП се утвърждават от директора на НЗОК.

(2) Типовите индивидуални договори за ИДП се утвърждават от директора на НЗОК.

Чл.22. (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 някои от настоящите 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 или здравно заведение да осъществява медицинската или денталната помощ, за изпълнение на която кандидатства, което се установява от представените документи или при проверка;

5. подаване на документи за сключване на договор извън установените срокове, с изключение на случаите по чл.20.

(2) Директорът на РЗОК издава отказ за сключване на договор с ИМП и ИДП в сроковете по чл.19 и 20.

(3) Отказът на директора на РЗОК 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 .

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

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

Глава осма

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА МЕДИЦИНСКА И ДЕНТАЛНА ПОМОЩ

Глава девета

КАЧЕСТВО НА МЕДИЦИНСКАТА И ДЕНТАЛНАТА ПОМОЩ

Глава десета

ДОКУМЕНТАЦИЯ И ДОКУМЕНТООБОРОТ

Чл.29. (1) Здравната документация във връзка с оказването на медицинска/дентална помощ по реда на ЗЗО включва:

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

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

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

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

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

3. регистри по приложение №6 “Дейности на ОПЛ по програми “Детско здравеопазване”, “Майчино здравеопазване”, имунопрофилактика, профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 години, и

на рискови групи при ЗЗОЛ над 18 години”; приложение № 7 “Дейности на лекарите-специалисти по “Детски-болести” по програма “Детско здравеопазване”, на лекар-специалист по “Акушерство и гинекология и репродуктивна медицина” по програма “Майчино здравеопазване” и на лекари-специалисти по профилактика на ЗЗОЛ от рискови групи”; приложение №8 “Пакет дейности и изследвания на ЗЗОЛ, диспансеризирани от ОПЛГ” и приложение №9 “Пакет дейности и изследвания на ЗЗОЛ, диспансеризирани от лекар-специалист”—за изпълнители на извънболнична медицинска помощ.

(3) С документите по ал.2, т.1, 2 и 3 се отчита и заплаща извършената дейност по договора с НЗОК.

Чл.30. Изпълнителите на медицинска и дентална помощ осигуряват за своя сметка формуляри на първични медицински и финансови документи.

Чл. 31. (1) Документацията и документооборотът за ИМП се уреждат по-долу.

(2) Документацията и документооборотът за ИДП се уреждат по-долу.

Глава единадесета

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

Раздел I

Заболявания, за лечението на които НЗОК напълно или частично заплаща

Раздел II

Списъци с лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели и указания за работа с тях

Раздел III

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

Раздел IV

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

Раздел V

Контрол по предписване и отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели

Раздел VI

Условия и ред за предписване и отпускане на лекарства по “Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК”

Глава дванадесета

ДЕЙНОСТ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА

Глава тринадесета

ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ ПО ИНФОРМАЦИОННОТО ОСИГУРЯВАНЕ И ОБМЕНА НА ИНФОРМАЦИЯ

Глава четиринадесета

УСЛОВИЯ И РЕД ЗА КОНТРОЛ ПО ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ДОГОВОРИТЕ

Глава петнадесета

САНКЦИИ ПРИ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРИТЕ

Глава шестнадесета

ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОР С ИЗПЪЛНИТЕЛ НА МЕДИЦИНСКА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ

СПЕЦИАЛНА ЧАСТ

ДЯЛ I

МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Глава седемнадесета

ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Раздел I

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

Чл.91. Страна по договор с НЗОК може да бъде лечебно или здравно заведение, което отговаря на настоящите общи условия и специални условия.

Чл.92. (1) Националната здравноосигурителна каса сключва договор с лечебно заведение за ПИМП, което има функциониращо и налично в лечебното заведение медицинско и техническо оборудване и обзавеждане съгласно приложение №12 “Изисквания за сключване с лечебни заведения за ПИМП”.

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

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

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

(5) В случаите на повече от един адрес на помещенията, където лечебното заведение извършва лечебната си дейност, функциониращото и наличното оборудване е задължително за всички адреси на практиката, регистрирани в РЦЗ.

(6) Общопрактикуващ лекар, сключил договор с НЗОК или работещ в изпълнение на договор с НЗОК като ОПЛ, не може да работи в друго лечебно или здравно заведение.-

Чл.93. (1) Националната здравноосигурителна каса сключва договори с лечебни заведения за СИМП за извършване на всички общомедицински и всички специализирани медицински дейности от дадена специалност, от съответния пакет съгласно Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

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

(3) Лечебно заведение за СИМП, което е с повече от един адрес на помещенията, където то извършва лечебната си дейност, следва да има функциониращото и наличното оборудване и обзавеждане за всеки адрес, регистриран в РЦЗ.

(4) 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 високоспециализирани медицински дейности и ВСМДИ.

Чл.94. (1) Лечебно заведение за СИМП може да кандидатства и за извършване на високоспециализирани медицински дейности по специалности, посочени в Наредба №40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК само в случай че кандидатства и за специализираните медицински дейности, включени в основния пакет по съответната специалност, с изключение на високоспециализираните дейности по пакет “Анестезиология и интензивно лечение”.

(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 №13;

2. необходима квалификация и обучение за използване на високоспециализираната техника на специалистите, работещи в него съгласно Наредба №31 за следдипломно обучение в системата на здравеопазването (ДВ, бр. 64 от 2001г.) и приложение №13.

Чл.95. Националната здравноосигурителна каса сключва договори за извършване на всички специализирани медико-диагностични изследвания от съответния пакет по специалности съгласно Наредба №40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК със самостоятелни медико-диагностични лаборатории или лечебни заведения за СИМП, съдържащи в структурата си медико-диагностични лаборатории, в съответствие с изискванията по приложение №13.

Чл.96. Лечебните заведения по чл.95 могат да кандидатстват и за извършване на високоспециализирани медико-диагностични изследвания, посочени в Наредба №40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК само в случай, че ЛЗ кандидатстват и за специализираните медико-диагностични изследвания, включени в основния пакет по съответната специалност и изпълнявани от съответния лекар-специалист, работещ в лечебното заведение. В тези случаи се прилага чл.94, ал.2.

Чл.97. 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.98. Лекарите с придобита медицинска специалност, работещи в лечебно заведение за болнична помощ по чл.9 от ЗЛЗ или лечебни заведения по чл.10 от ЗЛЗ, могат да сключват договори за оказване на извънболнична медицинска помощ или да работят в изпълнение на такива договори при условие, че са спазени изискванията по чл.81 ЗЛЗ и чл.62 ЗЗО.

Чл.99. В случаите по чл.12, ал.2 НЗОК може да сключи договор за извършване на медико-диагностични изследвания по специалности и специализирани медицински дейности по пакет “Физикална и рехабилитационна медицина” с лечебно заведение за болнична помощ от даден здравен район само ако на територията на този здравен район няма лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, изпълняващи медико-диагностични дейности и дейности по пакет “Физикална и рехабилитационна медицина” по договор с НЗОК.

Раздел II

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

Чл.100. (1) Лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ, желаещи да сключат договор със съответната РЗОК, на чиято територия са регистрирани в РЦЗ, представят заявление по образец, утвърден от директора на НЗОК, към което прилагат:

1. удостоверение за регистрация на лечебното заведение в РЦЗ;

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

3. договор по чл.16, ал.1 и декларация на хартиен и електронен носител по образец, посочен в приложение №12, относно: осигуряване на денонощна непрекъснатост на здравните дейности от основния пакет за ПИМП на регистрираните ЗЗОЛ съгласно Наредба №40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК; график за обслужване на пациентите; изискуемото оборудване, обзавеждане и нает персонал (за лечебните заведения за ПИМП);

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

5. декларация на хартиен и електронен носител за броя ЗЗОЛ, осъществили правото си на избор на лекар (за лечебните заведения за ПИМП);

6. копия от необходимите квалификационни документи съгласно Наредба №31 за следдипломно обучение в системата на здравеопазването за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК;

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

8. копие на сертификат от БНСВОК по “Клинична лаборатория” или копие на сертификат за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на БНСВОК по микробиология, вирусология, паразитология, микология и инфекциозна имунология—в случаите, когато в структурата на лечебното заведение има съответния вид/видове лаборатории.

9. документи, удостоверяващи спазване на изискванията по чл.81 от ЗЛЗ и чл. 62 от ЗЗО.

(2) Лечебните заведения, сключили договори с НЗОК по НРД 2006 представят:

1. документи по ал.1, т.1, 6 и 7 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по ал.1, т.2, 4 и 5 – на хартиен носител и по т.3 - декларация на хартиен и електронен носител;

3. документ по ал.1, т.3 - договор по чл. 16, ал.1; и документи по ал.1, т.8 и 9.

Чл.101. При промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл.100 и 103, изпълнителят на медицинска помощ е длъжен в срок до 5 работни дни да уведоми РЗОК и да изпрати копие от съответния документ.

Чл.102. Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответния изпълнител всички документи, представени със заявлението за сключване на договор.

Чл.103. (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 №13, за дейността на съответната профилна лаборатория в структурата на здравното заведение;

3. копие от сертификат от Българска национална система за външна оценка на качеството (БНСВОК) по клинична лаборатория или копие от сертификат за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на БНСВОК по микробиология, вирусология, паразитология, микология и инфекциозна имунология—в случаите, когато в структурата на здравното заведение има съответния вид/видове лаборатории;

4. копия от необходимите квалификационни документи съгласно Наредба № 31 за следдипломно обучение 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 по НРД 2006, представят нови документи в случай на настъпили промени или декларация при липса на промени.

(3) В случаите по чл.12, ал.2 лечебните заведения за болнична помощ представят документите по чл. 100, ал.1, с изключение на тези по т.1, 3, 5 и 7.

Чл.104. (1) Изискуемите документи за сключване на договор с НЗОК се подават от изпълнителите на медицинска помощ в съответната РЗОК от 01.01.2007г. до 31.01.2007г.

(2) Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва договори в сроковете, при условията и по реда на чл.19.

Раздел III

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

Раздел IV

Качество на дейностите в извънболничната медицинска помощ

Раздел V

Заплащане за извънболнична помощ.

Заплащане за първична извънболнична медицинска помощ

Чл.137. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност съгласно Наредба №40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК на изпълнителите на ПИМП по следните елементи:

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

2. профилактична дейност по програма “Детско здравеопазване”;

3. профилактично наблюдение по програма “Майчино здравеопазване” на ЗЗОЛ, избрали ОПЛ за изпълнител по тази програма;

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

5. профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 години съгласно Наредба №39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и приложение № 6;

6. неблагоприятни условия на работа съгласно приложение №15 “Населени места—центрове на практики с неблагоприятни условия и възнаграждение за работа в тях”;

7. преглед на ЗЗОЛ, осъществило правото си на избор на изпълнител на ПИМП, регистрирал амбулатория на територията на друг здравен район, обърнало се към изпълнител на ПИМП инцидентно по повод на остро възникнало състояние;

8. допълнително заплащане на изпълнители на ПИМП в случаите на неусвояване на годишния бюджет за ПИМП по реда на приложение №16 “Регулативни стандарти”.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща дейностите по ал. 1, когато са изпълнени всички изисквани медицински дейности съгласно приложенията, всички нормативни изисквания и когато ЗЗОЛ, на които е оказана медицинската помощ, е с непрекъснати осигурителни права.

(3) Неусвоените средства за неосигурени лица ще се разпределят изцяло за изпълнители на първична медицинска помощ, които отговарят на определени от НЗОК критерии за качество, оказване на диспансерно наблюдение и работа при неблагоприятни условия.

Чл.138. (1) Заплащането по чл.137, ал.1, т.1 се определя в зависимост от възрастта и броя на:

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

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

(2) Броят на ЗЗОЛ 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 ЗЗОЛ по ал.1 се определя към последно число на месеца или датата на прекратяване на договора.

(4) Националната здравноосигурителна каса заплаща ежемесечно на изпълнителите на ПИМП, както следва:

1. по 1,00 лв. за всяко ЗЗОЛ на възраст от 0 до 18 години;

2. по 0,72лв. за всяко ЗЗОЛ на възраст от 18 до 65 години;

3. по 1,09лв. за всяко ЗЗОЛ на възраст над 65 години.

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

(6) Плащането по чл.137, ал. 1, т.1 се извършва месечно след проверка по фактура, спецификация, първите екземпляри на регистрационните форми за избор за новорегистрирани ЗЗОЛ и амбулаторните листове.

Чл.139. (1) Заплащането по чл.137, ал. 1, т.2 е:

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

а) на лице от 0 до 1г. 4,50 лв.;

б) на лице от 1 до 2г. 4,50 лв.;

- в) на лице от 2 до 7г. 4,50 лв.;
- г) на лице от 7 до 18г. 6,50 лв.;
2. за извършена задължителна планова имунизация или реимунизация (в т.ч. проба Манту) съгласно Имунизационния календар на Република България (приложение № 1 към Наредба №15 за имунизациите в Република България (ДВ, бр. 45 от 2005 г.) на лице от 0 до 18 години—1,60 лв.;
3. общият брой на заплатените имунизации на едно лице не може да надвишава максималния брой.
- (2) Плащането на изпълнителя на ПИМП по чл. 137, ал. 1, т. 2 се извършва месечно след проверка по фактура, спецификация, регистър на ЗЗОЛ, включени в програмата “Детско здравеопазване”, амбулаторни листове и месечни отчети.
- Чл.140. (1) Заплащането по чл.137, ал. 1, т.3 е 1,30 лв. за извършен преглед на лице, включено в програмата “Майчино здравеопазване” при изпълнителя на ПИМП.
- (2) Включването на ЗЗОЛ, осъществили правото си избор на ОПЛ за изпълнител на програмата, се извършва след доказване на бременността.
- (3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителя на ПИМП по чл.137, ал. 1, т.3 месечно след проверка по фактура, спецификация, регистър на ЗЗОЛ, включени в програмата, основанието за включване на нови лица и амбулаторни листове и месечни отчети.
- (4) Общият брой на заплатените профилактични прегледи за една бременност не може да надвишава максималния брой съгласно приложение №6.
- Чл.141. (1)Заплащането по чл.137, ал. 1, т.4, за всяко диспансеризирано ЗЗОЛ при изпълнителя на ПИМП, независимо от броя на заболяванията, е 1,50лв. месечно.
- (2) Броят на ЗЗОЛ по ал.1 се определя към последно число на месеца или датата на прекратяване на договора.
- (3) Когато договорът е сключен или прекратен през текущия месец, заплащането се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.
- (4) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителя на ПИМП по чл.137, ал. 1, т.4 месечно след проверка по фактура, спецификация, регистър на диспансеризираните лица и амбулаторни листове.
- Чл.142. (1)Заплащането по чл. 137, ал.1, т.5 е в размер 6,50лв.
- (2) Националната здравноосигурителна каса заплаща само един годишен профилактичен преглед на ЗЗОЛ по ал. 1.
- (3) Плащанията на изпълнителя на ПИМП по чл.137, ал. 1, т.5 се извършват месечно след проверка по фактура, спецификация, регистри и амбулаторни листове.
- Чл.143. (1)Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл.137, ал.1, т.6, когато населеното място, в което е разкрита амбулаторията му, е определено като неблагоприятно.
- (2) Месечните суми, заплащани от НЗОК, и населените места—центрове на практики с неблагоприятни условия, са посочени в приложение №15.
- (3) При наличие на повече от един изпълнител на ПИМП с месторазположение на практиката в населеното място сумата се разпределя по решение на РЗОК.
- (4) Сумите по ал.2 и 3 се определят към момента на сключване на индивидуалния договор и се вписват в него.
- (5) Когато договорът е сключен или прекратен през текущия месец, сумата се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.
- (6) Изпълнител на ПИМП получава еднократно плащане в размер 300 лв. при наличие на следните две условия:
1. разкрита амбулатория в обособена в областната здравна карта практика, която е била незаета в продължение на последните 6 месеца;
 2. декларирано 24-часово осигуряване на ПИМП на територията на практиката за срока на действие на договора.
- Чл. 144. (1)Заплащането по чл.137, ал.1, т.7 е за извършено посещение на ЗЗОЛ с регистрация в друг здравен район при лекаря в размер 4,15 лв. при следните условия:
1. задължително здравноосигуреното лице е временно извън здравния район, където е осъществило избор на ОПЛ, и при посещението си представи здравноосигурителна книжка;
 2. изпълнителят отчита не повече от две посещения на едно и също ЗЗОЛ за месеца.

(2)Плащанията на изпълнителя на ПИМП по чл.137, ал. 1, т.7 се извършват месечно след проверка по фактура, спецификация и амбулаторни листове.

Чл.145. (1)Заплащането по чл.137, ал. 1, т.8 е еднократно през месец декември и се определя по методика, утвърдена от директора на НЗОК.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителя на ПИМП по чл. 137, ал. 1, т.8 след проверка по фактура и спецификация.

Заплащане за специализирана извънболнична медицинска помощ

Чл.146. (1)Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнители на СИМП съгласно Наредба №40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и действащите приложения, както следва:

1. преглед на ЗЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извън случаите по следващите точки, по специалности: “Акушерство и гинекология и репродуктивна медицина”, “Вътрешни болести”, “Гастроентерология”, “Детска гастроентерология”, “Гръдна хирургия”, “Детски болести”, “Ендокринология и болести на обмяната”, “Детска ендокринология и болести на обмяната”, “Инфекциозни болести”, “Кардиология”, “Детска кардиология”, “Клинична алергология”, “Детска клинична алергология”, “Клинична токсикология”, “Клинична хематология”, “Детска клинична хематология”, “Кожни и венерически болести”, “Неврохирургия”, “Нервни болести”, “Детска неврология”, “Нефрология”, “Детска нефрология”, “Ортопедия и травматология”, “Очни болести”, “Пневмология и фтизиатрия”, “Детска пневмология и фтизиатрия”, “Психиатрия”, “Детска психиатрия”, “Ревматология”, “Детска ревматология”, “Съдова хирургия”, “Ото-рино-ларингология”, “Урология”, “Хирургия”, “Медицинска паразитология”, “Онкология”;

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

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

4. профилактичен преглед на ЗЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, от лекар специалист с придобита специалност по “Акушерство, гинекология и репродуктивна медицина” (по програма “Майчино здравеопазване”), извършващ профилактични прегледи на бременни, съгласно Наредба № 39 за профилактичните преглед и диспансеризацията и приложение № 7;

5. профилактичен преглед на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст от рисковите групи, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности , извършен от лекар специалист с придобита специалност по “Акушерство и гинекология и репродуктивна медицина”, “Урология”, “Кардиология”, “Ендокринология”, “Гастроентерология”, “Вътрешни болести” или “Хирургия”, съгласно приложение № 7;

6. специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ съгласно Наредба №39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и приложения № 9, извършен от специалиста, водещ диспансерното наблюдение;

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

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

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

10. общомедицински и специализирани дейности по медицинска експертиза.

(2)Националната здравноосигурителна каса заплаща по елементите по ал.1, когато са изпълнени всички изисквани медицински дейности съгласно съответните приложения, всички нормативни

изисквания и ЗЗОЛ, на което е оказана специализираната помощ, е с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на дейността.

Чл.147. (1) За видовете специализирана медицинска помощ по чл. 146, ал. 1, т. 1 се заплаща за:

1. реализирано първично посещение при специалист по повод заболявания и състояния 12,50 лв.;
2. реализирано вторично посещение по повод заболявания и състояния 7,00 лв.

(2) Първичните посещения по ал.1, т.1 за месеца се отчитат пред РЗОК с медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение—бл. МЗ-НЗОК №3, и с първия екземпляр на амбулаторни листове (бл. МЗ-НЗОК № 1).

(3) Вторичните посещения по ал. 1, т. 2 се отчитат с първите екземпляри от амбулаторните листове (бл. МЗ-НЗОК № 1).

(4) За видовете специализирана помощ се заплащат на изпълнителя на СИМП отчетените вторични посещения през месеца, но не повече от 50 на сто от общия брой на отчетените през месеца първични посещения по ал. 1, т. 1.

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

(6) Заплащането по чл.146, ал. 1, т.1 е месечно след проверка по фактура, спецификация, медицински направления и амбулаторни листове.

Чл.148. (1) За видовете специализирана помощ по чл.146, ал. 1, т.2 се заплаща за:

1. реализирано първично посещение от ЗЗОЛ до 14-годишна възраст при лекар специалист с придобита специалност по “Детски болести” или педиатър с придобита профилна педиатрична специалност по повод на остри състояния 12,50 лв.;

2. реализирано вторично посещение по повод на същото състояние—7,00 лв.

(2) Първичното посещение по ал.1, т.1 за месеца се отчитат пред РЗОК с “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3) и с първия екземпляр на “Амбулаторен лист” (бл. МЗ-НЗОК № 1).

(3) Вторичното посещение по ал.1, т.2, се отчитат с първия екземпляр от “Амбулаторен лист” (бл. МЗ-НЗОК № 1).

(4) За видовете специализирана помощ по ал.1 се заплащат отчетените вторични посещения за ЗЗОЛ до 14-годишна възраст по повод остри състояния, но не повече от броя на отчетените през месеца първични посещения по ал.1, т.1.

(5) Заплащането по ал. 1 е месечно след проверка по фактура, финансово-отчетните документи, амбулаторните листове и медицинските направления (бл. МЗ-НЗОК №3), издадени от ОПЛ.

Чл.149. (1) За видовете специализирана помощ по чл.146, ал. 1, т.3 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ до 18-годишна възраст от лекар специалист с придобита специалност по “Детски болести” 7,00 лв.

(2) Прегледите по ал.1 за месеца се отчитат пред РЗОК с първия екземпляр на амбулаторни листове— бл. МЗ-НЗОК №1, и с медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение (бл. МЗ-НЗОК №3), издадено от ОПЛ без придобита специалност по “Детски болести”, когато лицето се включва в регистъра.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи на ЗЗОЛ, включени в регистъра и съобразени с изискванията на Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и приложение № 7.

(4) Заплащането по ал.1 е месечно след проверка на фактура, финансово-отчетните документи и първичните медицински документи.

Чл.150. (1) За видовете специализирана помощ по чл.146, ал. 1, т.4 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ, включено в програма “Майчино здравеопазване, избрало специалист по “Акушерство и гинекология и репродуктивна медицина” за наблюдение на бременността 7,00 лв.

(2) Прегледите по ал.1 за месеца се отчитат пред РЗОК с първия екземпляр на амбулаторни листове—бл. МЗ-НЗОК №1, и с медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение (бл. МЗ-НЗОК №3), издадено от ОПЛ, когато лицето се включва в регистъра.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените по Наредба №39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и профилактични прегледи на ЗЗОЛ, включени в регистъра по приложение №7.

(4) Заплащането по ал.1 е месечно след проверка по фактура, спецификация с извадка от регистъра на ЗЗОЛ, амбулаторните листове и основанието за включване— направление за консултация или провеждане на съвместно лечение (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ.

Чл.151. (1) За видовете специализирана помощ по чл.146, ал. 1, т.5 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст 7,00 лв.

(2) Прегледите по ал.1 за месеца се отчитат пред РЗОК с първия екземпляр на амбулаторни листове—бл. МЗ-НЗОК №1 и с медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ.

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

(4) Заплащането по ал.1 е месечно след проверка по фактура, спецификация, амбулаторните листове и основанието за включване— направление за консултация или провеждане на съвместно лечение (бл. МЗ-НЗОК №3), издадено от ОПЛ.

Чл.152. (1) Специализираната медицинска помощ по чл.146, т.7 се заплаща за реализиран физиотерапевтичен курс на лечение.

(2) За физиотерапевтичен курс на лечение се приема комплексно физиолечение, включващо преглед на лекаря, общ брой процедури не повече от 20 от група 1, 2 или 3, и заключителен преглед за оценка на резултатите от проведеното лечение.

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

(4) Националната здравноосигурителна каса заплаща за физиотерапевтичен курс лечение по групи, както следва:

1. група 1—процедури с физикални фактори от апаратната терапия—1,05 лв. на процедура;
2. група 2—процедури с кинезитерапевтични техники—1,15лв. на процедура;
3. група 3—процедури с физикални фактори от апаратна терапия и кинезитерапевтични техники—1,25лв. на процедура;
4. заключителен преглед с оценка на резултата от проведеното лечение—7,00лв.

(5) Дейността по ал.4 за месеца се отчитат пред РЗОК с първия екземпляр на амбулаторни листове—бл. МЗ-НЗОК №1, с медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение (бл. МЗ-НЗОК № 3).

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

(7) Заплащането е месечно след проверка по фактура, спецификация, амбулаторните листове, “Медицинско направление” (бл. МЗ-НЗОК № 3).

Чл.153. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 146, т. 6 се заплаща за извършен преглед на ЗЗОЛ с едно или повече заболявания на диспансерно наблюдение от лекар-специалист 7,00 лв.

(2) 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 № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията, Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и приложение № 9, но за не повече от предвидения оптимален брой прегледи за заболяването с най-висока честота на наблюдение.

(3) Дейността по ал.2 за месеца се отчита в РЗОК с първия екземпляр на амбулаторни листове (бл. МЗ-НЗОК № 1), с медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ на ЗЗОЛ за провеждане на диспансерно наблюдение (за новорегистрираните ЗЗОЛ или ЗЗОЛ, осъществили правото си на преизбор на диспансериращ специалист).

(4) Заплащането по ал.1 е месечно след проверка на фактура, финансово-отчетни документи, регистрите и първични медицински документи.

Чл.154. (1) Извършената високоспециализирана медицинска дейност по чл.146, т.8 се заплаща по цени, както следва:

Код	Название на дейността	Договорен годишен обем	Цена (лева)
	Договорен годишен обем:	369 138	
05.31	Локално обезболяване-проводна анестезия	58	6,30
06.11	Пункционна биопсия на щитовидна жлеза под ехографски контрол	97	25,10
14.24	Лазертерапия при очни заболявания	14 015	35,90
21.22	Вземане на биопсичен материал от нос	58	11,70
21.29	Назален провокационен тест с алергени	106	23,40
21.31	Отстраняване на полипи от носната кухина	155	24,00
22.01	Пункция и аспирация на максиларен синус	1 993	11,70
28.0	Инцизия на тонзиларни и перитонзиларни абсцеси	1 229	11,70
31.48	Ларингостробоскопия; ларингостробография	532	24,00
33.29	Бронхопровокационен тест с метахолин	29	24,00
38.50	Лигатура на вена при подкожни варикозни образувания и ексцизия на варикозни възли	19	21,10
39.96	Венозна анестезия	986	17,80
40.11	Вземане на биопсичен материал от лимфен възел	1 132	12,00
41.31	Вземане на материал чрез костно-мозъчна пункция за специализирани изследвания	193	14,00
45.13	Диагностична горна ендоскопия	11 328	19,20
45.23	Диагностична долна ендоскопия, фиброколоноскопия	1 016	19,20
45.24	Диагностична долна ендоскопия, фибросигмоидоскопия	2 380	19,20
57.32	Уретроцистоскопия (диагностична)	4 363	18,00
57.33	Вземане на биопсичен материал от пикочен мехур	77	12,00
58.0	Уретротомия при стриктура	39	12,90
58.23	Вземане на биопсичен материал от уретра	19	12,00
60.11	Вземане на биопсичен материал от простата	426	12,00
64.11	Вземане на биопсичен материал от penis	19	12,00
67.11	Колпоскопия с прицелна биопсия	3 647	12,00
67.32	Деструктивно лечение на доброкачествени изменения на маточната шийка, с изключение на химична каутеризация	9 770	12,00
68.16	Аспирационна ендометриална биопсия	261	6,80
81.91	Диагностична и терапевтична пункция на стави	17 277	15,60
82.04	Инцизия и дренаж на палмарно или тенарно пространство	397	36,60
83.13	Вагинотомия	58	7,00
85.0	Инцизия на гръдна жлеза	540	14,00
85.11	Вземане на биопсичен материал от гърда	813	12,00

Код	Название на дейността	Договорен годишен обем	Цена (лева)
86.3	Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори	7 429	12,50
88.71	Трансфонтанелна ехография	1 857	15,60
88.72	Ехокардиография	127 953	20,40
88.721	Фетална ехокардиография на рисков контингент за сърдечна патология на плода	116	21,90
88.75	Доплерово ултразвуково изследване на бъбречни съдове	648	15,60
88.77	Доплерова сонография; доплерова сонография на периферни съдове; доплерова сонография на съдовете на щитовидната жлеза	34 583	15,60
88.79	Ехографско изследване на стави при деца	6 307	15,60
88.98	Остеоденситометрия и интерпретация при следните случаи: Болни с трансплантирани органи. Пациенти с хиперпаратиреоидизъм. Пациенти с хипогонадизъм	116	18,00
89.01	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани тромбоцити	19	21,70
89.04	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани еритроцити- обем циркулираща кръв/кинетика на еритроцити	19	21,70
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	19	21,70
89.07	Снемане на анестезиологичен статус за планиране на оперативна интервенция с анестезия	12 382	12,00
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	29	21,70
89.12	Назален провокационен тест с медиатори	29	23,40
89.14	Електроенцефалография (ЕЕГ)	33 732	14,40
89.41	Сърдечно-съдов тест с натоварване	15 110	18,00
89.50	ЕКГ Холтер мониториране	11 947	15,60
89.61	Непрекъснат 24 часов запис на АН (Холтер мониториране)	1 422	15,20
90.49	Индукциране на храчка и нейната обработка	29	8,10
93.08	Електромиография (ЕМГ)	14 955	14,40
93.13	Постизометрична релаксация (курс на лечение)	426	10,50
93.21	Екстензионна терапия (курс на лечение)	29	10,50
93.27	Специализирани кинезитерапевтични методи, приложими при ДЦП *	348	24,00
93.75	Фониатрична консултация с последваща гласова рехабилитация - курс (комплекс дихателни, фонаторни и резонаторни упражнения) 10 сеанса*	1 083	24,00
95.12	Флуорисцентна ангиография на съдовете на окото	2 892	32,40

Код	Название на дейността	Договорен годишен обем	Цена (лева)
95.23	Евокирани потенциали	145	17,80
95.47	Фонетография	29	12,00
96.53	Назален лаваж и обработка	29	14,00
99.29	Венозни инфузии на вазоактивни медикаменти при застрашаващи живота състояния	29	12,50
99.88	Лазертерапия при ставни заболявания и трудно зарастващи рани*	9 741	24,00
Z01.5	Кожно-алергично тестване	6 327	7,00
Z01.5	Тестуване за поносимост при прилагане на анестетици	6 327	7,00

2) Заплащането по ал. 1 е за ВСМД, включително общомедицинските и специализираните дейности, в случаите, в които това се налага от естеството на високоспециализираната дейност, запис на резултатите от дейността, когато това е възможно, и интерпретацията на резултатите.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща за дейността по ал. 1, ако дейността е назначена от лекар-специалист от изпълнител на СИМП, с “Медицинско направление за високоспециализирани дейности” (бл. МЗ-НЗОК № 3А), а за дейностите по пакет “Анестезиология и интензивно лечение”—и от изпълнител на ПИМП.

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

(5) Дейността по ал. 1 за месеца се отчита в РЗОК с първия екземпляр на амбулаторни листове—бл. МЗ-НЗОК № 1 и с медицинско направление за високоспециализирани дейности—бл. МЗ-НЗОК № 3А.

(6) Заплащането по ал. 1 е месечно след проверка на фактура, финансово-отчетните документи и първичните медицински документи.

Чл. 155. (1) Извършените изследвания по чл. 146, т. 9 се заплащат от НЗОК по цени, както следва:

Код изследване	Название на изследването	Договорен годишен обем	Цена (лева)
01.01	Кръвна картина – поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC	2 771 859	1.80
01.03	Скорост на утаяване на еритроцитите	2 292 801	0.70
01.04	Време на кръвене	122 782	1.30
01.05	Пресяващи тестове: протромбиново време	233 975	1.30
01.06	Пресяващи тестове: активирано парциално тромбопластиново време (АРТТ)	53 186	1.30
01.07	Пресяващи тестове: фибриноген	75 140	1.30
01.08	Химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген)	1 069 432	0.60
01.09	Седимент на урина – ориентировъчно изследване	1 239 337	0.60
01.10	Окултни кръвоизливи	247 600	0.60
01.11	Глюкоза	1 014 545	1.30

Код изследване	Название на изследването	Договорен годишен обем	Цена (лева)
01.12	Кръвно-захарен профил	345 289	3.50
01.13	Креатинин	727 726	1.30
01.14	Урея	284 996	1.30
01.15	Билирубин – общ	118 288	1.30
01.16	Билирубин – директен	40 804	1.30
01.17	Общ белтък	112 594	1.30
01.18	Албумин	35 163	1.30
01.19	Холестерол	1 060 485	1.30
01.20	HDL-холестерол	660 856	1.30
01.21	Триглицериди	889 239	1.30
01.22	Гликиран хемоглобин	85 831	8.40
01.23	Пикочна киселина	125 836	1.30
01.24	АСАТ	412 101	1.30
01.25	АЛАТ	397 327	1.30
01.26	Креатинкиназа (КК)	32 217	1.30
01.27	ГГТ	121 250	1.30
01.28	Алкална фосфатаза (АФ)	76 331	1.30
01.29	Алфа-амилаза	27 332	1.30
01.30	Липаза	1 704	1.30
01.31	Натрий	59 281	1.30
01.32	Калий	100 000	1.30
01.34	Калций	43 146	1.30
01.35	Фосфати	18 990	1.30
01.36	Желязо	117 689	1.30
01.37	ЖСК	49 482	1.30
01.38	CRP	19 286	3.40
01.40	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване	1 303 105	1.80
01.41	Морфология на еритроцити – визуално микроскопско изследване	40 132	1.80
09.01	Криоглобулини	186	5.70
09.02	Общи имуноглобулини IgM	539	8.90
09.03	Общи имуноглобулини IgG	595	8.90
09.04	Общи имуноглобулини IgA	472	8.90
09.05	С3 компонент на комплемента	169	8.90

Код изследване	Название на изследването	Договорен годишен обем	Цена (лева)
09.06	C4 компонент на комплемента	165	8.90
10.08	fT4	86 832	9.40
10.09	TSH	168 410	9.40
10.10	PSA	11 890	11.00
10.11	CA-15-3	3 721	11.00
10.12	CA-19-9	1 981	11.00
10.13	CA-125	2 737	11.00
10.14	Алфа-фетопротеин	900	11.00
10.15	Бета-хорионгонадотропин	440	11.00
10.16	Карбамазепин	169	9.60
10.17	Валпроева киселина	386	9.60
10.18	Фенитоин	2	9.60
10.19	Дигоксин	49	9.60
10.20	Микроалбуминурия	34 343	6.40
10.21	Progesteron	5 964	9.40
10.22	LH	8 218	9.40
10.23	FSH	8 938	9.40
10.24	Prolactin	13 625	9.40
10.25	Estradiol	7 149	9.40
10.26	Testosteron	7 581	9.40
10.34	Маркер за костно разграждане за диагностика на остеопороза	931	11.00
10.61	CEA	581	11.00
02.07	RPR (или Васерман)	47 907	3.30
02.09	Антистрептолизинов титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)	17 892	3.40
02.10	Waler Rose/RF (ревматоиден артрит)	13 281	3.40
02.11	Paul-Bunnell (инфекциозна мононуклеоза)	760	3.20
02.12	Фекална маса и ректален секрет (Salmonella, Shigella, E. coli, Candida, Campylobacter, Clostridium difficile, Staphylococcus aureus)	69 067	4.70
02.13	Изследване на урина за урокултура E.coli, Proteus, Enterobacteriaceae, Enterococcus, Грам (-), Staphylococcus (S. aureus, S. saprophyticus)	111 098	4.70
02.14	Материал от генитална система N. gonorrhoeae, Streptococcus (Haemophilus), Staphylococcus, Gardnerella, Enterobacteriaceae и др, Грам (-), Гъби (C. albicans) и др.	56 412	4.70

Код изследване	Название на изследването	Договорен годишен обем	Цена (лева)
02.15	Ранев материал и гной Staphylococcus (S. aureus), b-Streptococcus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам (-), Анаероби, Corynebacterium	7 685	4.70
02.16	Гърлени и назофарингеални секрети b-Streptococcus, Staphylococcus (S. aureus), Neisseria (N. meningitidis), Haemophilus (H. influenzae), Гъби (C. albicans и др.), Corynebacterium	77 988	4.70
02.17	Храчка, a-(b)- Streptococcus, Staphylococcus, Branhamella, Haemophilus, Enterobacteriaceae и др. Грам (-), Гъби (C. albicans и др.), Mycobacterium, Анаероби, Aspergillus, M. pneumoniae, RSV	6 843	4.70
02.19	Антибиограма с 6 антибиотични диска	96 277	3.30
02.20	Chlamydia (сух тест)	2 329	3.20
04.01	Микроскопско изследване за паразити, вкл. Trichomonas vaginalis	76 522	3.30
04.02	Серологично изследване за трихинелоза	340	3.30
04.03	Серологично изследване за токсоплазмоза	5 863	3.30
04.04	Серологично изследване за ехинококоза	2 017	3.30
05.01	Доказване на HIV антитела с имунологичен метод ЕЛАЙЗА	17 687	6.90
05.02	Доказване на антитела РЗХА за рубеола при бременни	10	7.30
05.03	Доказване на антитела РЗХА за морбили при бременни	45	7.30
05.04	Серологични изследвания за маркери на хепатитните вируси А по метода ЕЛАЙЗА	460	6.90
05.05	Серологични изследвания за маркери на хепатитните вируси В по метода ЕЛАЙЗА	38 754	6.90
05.06	Серологични изследвания за маркери на хепатитните вируси С по метода ЕЛАЙЗА	3 427	7.30
06.01	Рентгенография на зъби с определен центраж (секторна рентгенография)	31 302	1.10
06.02	Рентгенография на челюстите в специални проекции	923	5.60
06.03	Рентгенография на лицеви кости	3 881	5.60
06.04	Рентгенография на околоносни синуси	63 899	5.60
06.05	Специални центражи на черепа	4 478	5.60
06.06	Рентгенография на стернум	945	5.60
06.07	Рентгенография на ребра	13 277	5.60
06.08	Рентгеноскопия на бял дроб	25 188	5.60
06.09	Рентгенография на крайници	1 514	5.60
06.10	Рентгенография на длан и пръсти	48 110	5.60
06.11	Рентгенография на стерноклавикуларна става	734	5.60
06.12	Рентгенография на сакроилиачна става	1 988	5.60

Код изследване	Название на изследването	Договорен годишен обем	Цена (лева)
06.13	Рентгенография на тазобедрена става	44 804	5.60
06.14	Рентгенография на бедрена кост	5 679	5.60
06.15	Рентгенография на колянна става	102 822	5.60
06.16	Рентгенография на подбедрица	13 735	5.60
06.17	Рентгенография на глезенна става	41 907	5.60
06.18	Рентгенография на стъпало и пръсти	43 217	5.60
06.19	Рентгенография на клавикула	1 491	5.60
06.20	Рентгенография на акромиоклавикуларна става	760	5.60
06.21	Рентгенография на скапула	589	5.60
06.22	Рентгенография на раменна става	37 332	5.60
06.23	Рентгенография на хумерус	3 714	5.60
06.24	Рентгенография на лакетна става	14 150	5.60
06.25	Рентгенография на антебрахиум	8 985	5.60
06.26	Рентгенография на гривнена става	37 440	5.60
06.27	Обзорна (панорамна) рентгенография на зъби (Ортопантомография)	9 539	10.20
06.28	Рентгенография на череп	7 415	10.20
06.29	Рентгенография на гръбначни прешлени	177 665	10.20
06.30	Рентгенография на гръден кош и бял дроб	640 332	10.20
06.31	Обзорна рентгенография на сърце и медиастиnum	12 095	10.20
06.32	Обзорна рентгенография на корем	30 080	10.20
06.33	Рентгенография на таз	47 069	10.20
06.34	Ехографска диагностика на коремни и ретроперитонеални органи	153 932	10.20
06.35	Томография на гръден кош и бял дроб	489	16.00
06.37	Рентгеново изследване на хранопровод, стомах	37 266	16.00
06.38	Рентгеново изследване на тънки черва	539	16.00
06.39	Иригография	13 284	16.00
10.01	Компютърна аксиална или спирална томография	64 735	57.00
10.02	Ядрено-магнитен резонанс	19 264	167.00
10.03	Мамография на двете млечни жлези	68 911	13.60
10.58	Хистеросалпингография	275	16.00
10.59	Интравенозна холангиография	18	16.00
10.60	Венозна урография	3 002	16.00
07.01	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от хрчка	324	5.00

Код изследване	Название на изследването	Договорен годишен обем	Цена (лева)
07.02	Цитологично изследване на две проби от седимент от урина	52	5.00
07.03	Цитологично изследване на две проби от секрет от млечна жлеза	731	5.00
07.04	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пикочен мехур	18	5.00
07.05	Цитологично изследване на две проби от секрет от външна фистула	2	5.00
07.06	Цитологично изследване на две проби от секрет от рана (включително оперативна)	36	5.00
07.07	Цитологично изследване на две проби от синовиална течност	94	5.00
07.08	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от уретери	2	5.00
07.09	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от женски полови органи	889 526	5.00
07.10	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от устна кухина	16	5.00
07.11	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от очни лезии	2	5.00
07.12	Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии	136	5.00
07.13	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пиелон	60	5.00
10.38	Хистобиопсично изследване на две проби от лимфен възел	482	12.00
10.39	Хистобиопсично изследване на две проби от млечна жлеза	846	12.00
10.40	Хистобиопсично изследване на две проби от простата	242	12.00
10.41	Хистобиопсично изследване на две проби от щитовидна жлеза	60	12.00
10.42	Хистобиопсично изследване на две проби от слюнчена жлеза	22	12.00
10.43	Хистобиопсично изследване на две проби от коремен орган	1 083	12.00
10.44	Хистобиопсично изследване на две проби от бял дроб, ларинкс и трахея	129	12.00
10.45	Хистобиопсично изследване на две проби от медиастиnum	2	12.00
10.46	Хистобиопсично изследване на две проби от туморни формации в коремната кухина	331	12.00
10.47	Хистобиопсично изследване на две проби от полов орган	2 376	12.00
10.48	Хистобиопсично изследване на две проби от устна кухина, фаринкс и хранопровод	221	12.00
10.49	Хистобиопсично изследване на две проби от кожа и кожни лезии	1 826	12.00
10.50	Хистобиопсично изследване на две проби от мускул	6	12.00
10.51	Хистобиопсично изследване на две проби от подкожен тумор	813	12.00
10.52	Хистобиопсично изследване на две проби от органи на пикочната система	54	12.00

Код изследване	Название на изследването	Договорен годишен обем	Цена (лева)
10.53	Хистобиопсично изследване на две проби от око и очни лезии	16	12.00
10.54	Хистобиопсично изследване на две проби от става	2	12.00
10.55	Хистобиопсично изследване на две проби от външно ухо	12	12.00
10.56	Хистобиопсично изследване на две проби от нос	45	12.00
10.57	Хистобиопсично изследване на две проби от костен мозък	2	12.00
09.01	Определяне на криоглобулини	165	5.70
09.02	Определяне на общи имуноглобулини Ig M	618	8.90
09.03	Определяне на общи имуноглобулини Ig G	658	8.90
09.04	Определяне на общи имуноглобулини Ig A	668	8.90
09.05	Определяне на C3 компонент на комплемента	398	8.90
09.06	Определяне на C4 компонент на комплемента	354	8.90
10.05	Флуоцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел	72	110.00
10.06	Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразолов тест	2	29.30
10.07	Флуоцитометрично определяне на фагоцитозата	18	42.80
10.08	fT4	2 576	9.40
10.09	TSH	3 879	9.40
10.29	Определяне на общи Ig E	225	37.40
10.30	Определяне на антинуклеарни антитела в серум	715	37.40
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	18	10.50
10.36	Определяне на специфичността и титъра на еритроантителата чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	78	20.90
10.37	Определяне на титъра на имунните анти-A и анти-B антитела от клас IgG след обработка на серума с 2-меркаптоетанол чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	436	14.60
12.01	Определяне на кръвни групи от системата AB0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-A, анти-B, анти-AB, анти-D и тест-еритроцити A1, A2, B и 0)	26 037	6.30
12.02	Определяне на подгрупите на A антигена (A1 и A2) с тест-реагенти с анти-A и анти-H	5 002	3.70
12.03	Определяне на слаб D антиген (Du) по индиректен тест на Coombs	310	28.20
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	576	18.80

Код изследване	Название на изследването	Договорен годишен обем	Цена (лева)
12.05	Изследване за алоеритроантитела чрез аглутинационен или ензимен метод или индиректен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум	6 114	28.20
12.06	Определяне на Rh фенотип (CcDEe) и Kell антиген с моноспецифични тест-реагенти	54	26.10

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

(3) Заплащането по ал.1 е за медико-диагностичната дейност, назначена и извършена съобразно националните медицински стандарти, Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, включително за интерпретацията на резултатите.

(4) Отчетените ВСМДИ, кодирани с начални символи "10", се заплащат само когато са назначени от изпълнител на СИМП.

(5) Заплащането по ал.1 е месечно след проверка на фактура, финансово-отчетните документи и първични медицински документи.

Чл.156. На изпълнители на СИМП се заплаща по реда на НРД за извършена и отчетена дейност по чл.146, т.10.

Чл.157. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща по 2,15 лв. за извършена и отчетена медицинска експертиза на временната неработоспособност на всеки член на обща или специализирана ЛКК, но не на повече от трима членове.

(2) Експертиза по ал.1 се отчита с отрязък от "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК №6) за всеки член на ЛКК и един амбулаторен лист, издаден от председателя на ЛКК.

(3) За извършен и отчетен преглед за подготовка за ЛКК или за ТЕЛК се заплаща 2,15 лв.

(4) Прегледът по ал.3 се отчита с отрязък от "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК №6) и амбулаторен лист (бл. МЗ-НЗОК №1).

Чл.158. Заплащането на изпълнител на СИМП по чл.156 се извършва след проверка по фактура, спецификация и представяне на съответните отчетни документи.

Условия и срокове за заплащане на извършените медицински дейности

Чл.159. (1) Изпълнителите на медицинска помощ представят ежемесечно фактурата, финансово-отчетните документи и първичните медицински документи за дейността си в РЗОК по утвърден график до 5-ия работен ден на месеца, следващ отчетния.

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

Чл.160. При неспазване на посочения в чл.159, 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.161. (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилното попълване на документите съгласно настоящите условия и пълно и точно изпълнение на дейността.

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

(3) Не заплаща по реда, предвиден в НРД, за извършена от ИМП дейност през период, който изпълнителят вече е отчетел по реда на чл. 159, ал.1.

Чл.162. (1) При констатиране на неправилно попълнени данни РЗОК връща фактурата и спецификацията към нея на ИМП с писмени указания за необходимите корекции и допълнения, но не по-късно от 20-о число на месеца на отчитане. В срок 3 работни дни ИМП се задължава да върне документите със съответните промени.

(2) Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определените срокове.

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

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

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

Чл.165. В случай, че плащането за извършените и отчетени дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на ИМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

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

Чл.166. Директорът на НЗОК утвърждава регулативните стандарти (РС) и методика за разпределението им за всяко от тримесечията по приложение №16 “Регулативни стандарти” до края на месеца, предхождащ тримесечието, в зависимост от месечното разпределение и очакваното изпълнение на бюджета на НЗОК.

Чл.167 (1) Районната здравноосигурителна каса определя РС на всеки от отделните изпълнители на извънболнична медицинска помощ при спазване на утвърдените по тримесечия РС и методика за разпределянето им.

(2) В приложението по чл.166 се определят дейностите в регулация, регулативните тримесечия, алгоритмите на изчисляване на РС, редът за определяне и възлагане на РС и корекцията на стандартите и цените в хода на изпълнение на договора.

Раздел VI

Документация и документооборот за изпълнители на извънболнична помощ

Чл.168. Документацията, която е длъжен да води и съхранява в амбулаторията си всеки ИМП, включва първични медицински и финансови документи съгласно приложения №4 и 5 и регистри, съгласно приложения № 6, 7, 8 и 9,

Чл.169. (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) за предписване и отпускане на лекарства, за които НЗОК напълно или частично заплаща;
6. “Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК или РЗОК” в случаите, когато рецептурната бланка се предписва и от специалист по профила на заболяването, като копие от протокола се съхранява и при специалиста;
7. “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК №6);
8. “Рецептурна книжка на хронично болния”;
9. “Направление за хоспитализация” (бл. МЗ-НЗОК №7);
10. “Бланка за физикална терапия и рехабилитация” (МЗ-№509-89).

(2) Документооборотът по ал.1 е, както следва:

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

А. От общопрактикуващия лекар:

в три екземпляра при всяко посещение на ЗЗОЛ, които са подписани от него; първите екземпляри на хартиен и електронен носител се предоставят в РЗОК до петия работен ден от месеца, следващ отчетния, подредени по видове плащания в спецификацията; вторите екземпляри се прилагат по хронологичен ред към здравните досиета на ЗЗОЛ, които се съхраняват в кабинета му; третите екземпляри се предоставят на ЗЗОЛ;

2. НЗОК определя електронния формат и информацията съдържаща се в него, която изпълнителят на ПИМП ежемесечно представя в РЗОК при отчитане на дейността си, съгласно настоящите изисквания. При неспазване на срока, НЗОК определя електронния формат и информацията съдържаща се в него.

3. диспансерното досие се води по хронологичен ред и съдържа всички първични медицински документи, необходими за провеждане на диспансерното наблюдение на ЗЗОЛ, съгласно Наредба №39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и действащото НРД.

Б. От лекаря от лечебното заведение за СИМП.

1. в три екземпляра при всяко посещение на ЗЗОЛ, които са подписани от него; първите екземпляри на хартиен носител и за дейността извършена след 30 юни 2007 година и на електронен носител, се предоставят в РЗОК до петия работен ден от месеца, следващ отчетния, подредени по видове плащания в спецификацията; вторите екземпляри се прилагат по хронологичен ред към здравните досиета на ЗЗОЛ, които се съхраняват в кабинета му; третите екземпляри се изпращат по ЗЗОЛ до ОПЛ за прилагане към здравното му досие.

2. НЗОК определя електронния формат и информацията съдържаща се в него, която изпълнителя на СИМП ежесечно представя в РЗОК при отчитане на дейността си, съгласно настоящите изисквания. При неспазване на срока, НЗОК определя електронния формат и информацията, съдържаща се в него

3. диспансерното досие се води по хронологичен ред и съдържа всички първични медицински документи, необходими за провеждане на диспансерното наблюдение на ЗЗОЛ, съгласно Наредба №39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и действащото НРД.

В. От председателя на ЛКК—за всяка извършена експертиза на едно ЗЗОЛ издава документ в три екземпляра.

Лекарят специалист ежесечно до петия работен ден на месеца, следващ отчетния, отчита първите екземпляри в РЗОК в папка и подредени по хронология. Вторият екземпляр формира журнала на ЛКК, а третият се изпраща чрез пациента или по служебен път на ОПЛ за формиране на здравното досие на ЗЗОЛ.

II. “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК №3)—съставя се в един екземпляр от изпълнителя на извънболнична медицинска помощ при необходимост от провеждане на специализирана медицинска консултация или лечение. Изпълнителят на СИМП, извършил консултацията или съвместното лечение, отчита документа заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК до петия работен ден от месеца, следващ отчетния. Към всяко отчетено “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК №3) се прикрепя първият екземпляр от попълнения “Амбулаторен лист” за проведената консултация и/или съвместно лечение.

III. “Медицинско направление за високоспециализирани дейности” (бл. МЗ-НЗОК №3А)—съставя се в един екземпляр от изпълнителя на СИМП, а при необходимост от провеждане на високоспециализирана медицинска дейност от пакет “Анестезиология и интензивно лечение—и от изпълнител на ПИМП. Изпълнителят на СИМП или на БП, извършил ВСМД, отчита документа заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК до петия работен ден от месеца, следващ отчетния. Към всяко отчетено медицинско направление за високоспециализирани дейности (бл. МЗ-НЗОК №3А) се прикрепя първият екземпляр от попълнения “Амбулаторен лист”.

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

1. За МДИ—издава се в два екземпляра от ИМП. Двата екземпляра се изпращат на медико-диагностичната лаборатория чрез пациента. Първият екземпляр медико-диагностичната лаборатория отчита в РЗОК заедно с месечния си отчет до петия работен ден от месеца, следващ отчетния. Вторият екземпляр с прикрепените резултати се изпраща от лабораторията за медико-диагностични изследвания чрез пациента или по служебен път на лекаря, назначил изследванията.

Направлението за медико-диагностична дейност се съхранява в здравното досие на пациента.

В случаите, когато направлението за медико-диагностична дейност се разпечатва, данните се съхраняват и в електронен формат.

2. За ВСМДИ—издава се в два екземпляра от изпълнител на СИМП и от изпълнител на ПИМП по искане на ТЕЛК или НЕЛК.

Двата екземпляра се изпращат на медико-диагностичната лаборатория чрез пациента. Първият екземпляр медико-диагностичната лаборатория отчита в РЗОК заедно с месечния си отчет до петия работен ден от месеца, следващ отчетния.

Вторият екземпляр с прикрепените резултати се изпраща от лабораторията за медико-диагностични изследвания чрез пациента или по служебен път на лекаря, назначил изследванията.

Направлението за ВСДМИ се съхранява в здравното досие на пациента.

V. “Рецептурна бланка—НЗОК” (бл. МЗ-НЗОК №5) за предписване и отпускане на лекарства—съставя се в три екземпляра от изпълнителя на медицинска помощ; първият екземпляр от рецептата се

прилага към финансовия отчет (спецификация към фактура) и се предава в РЗОК от аптеките, сключили договор с РЗОК; вторият екземпляр остава в аптеката, отпуснала лекарствата; третият екземпляр остава в здравното досие на ЗЗОЛ, прикрепен към амбулаторния лист от посещението на изпълнителя на медицинска помощ, изписал рецептата.

VI. “Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК или РЗОК” (“Образец МЗ-НЗОК №1”)—ОПЛ, при който е записано ЗЗОЛ, на което е издаден протокол, съхранява копие от него в здравното му досие и попълва рецептурна бланка—НЗОК, с предписаните в протокола лекарства.

VII. “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК №6)—документът се попълва в един екземпляр; използва се в случаите, когато ОПЛ или специалист изпраща ЗЗОЛ към изпълнител на СИМП за прегледи и консултации, необходими за представяне пред ЛКК или ТЕЛК, или към ЛКК за извършване на експертиза на работоспособността; в тези случаи не се издава медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение (бл. МЗ-НЗОК № 3); всеки специалист, извършил преглед за представяне пред ЛКК или ТЕЛК, както и специалистът—член на ЛКК, попълва данните си в направлението от талона за медицинска експертиза, откъсва го и го изпраща в РЗОК, прикрепен към амбулаторния лист за посещението.

Общият талон (данните за ЗЗОЛ и данните на изпращащия за консултация изпълнител на медицинска помощ):

1. при предварителни прегледи със специалисти за представяне пред ЛКК или ТЕЛК се връща на ОПЛ или специалиста, поискал консултацията, като се прилага към медицинското досие на здравноосигуреното лице;

2. при изпращане към ЛКК остава в председателя на ЛКК, като се прилага към месечния отчет на ЛКК, представян в РЗОК;

3. при допълнително поискани прегледи от ЛКК се връща от ЗЗОЛ в ЛКК и се прилага към месечния отчет на ЛКК, представян в РЗОК.

VIII. “Рецептурна книжка на хронично болния”—издава се на ЗЗОЛ, определени като хронично болни заболявания по списъка съгласно приложение № 10; книжката се попълва от общопрактикуващия лекар, при който е осъществен постоянен избор; заверява се в съответната РЗОК, с която ОПЛ има договор. В документа се вписват диагнозите съобразно списъка на заболявания, за които се издава рецептурна книжка на хронично болния. Лекарствен продукт, медицинско изделие или диетична храна за специални медицински цели по диагноза, отбелязана в книжката, може да се изписва от ОПЛ на ЗЗОЛ или от специалист със специалност по профила на заболяването. Лекарствени продукти, изписани по тези диагнози, се получават в аптека, сключила договор с РЗОК, срещу представяне на рецептурна книжка, рецептурна бланка—НЗОК и документ за самоличност.

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

IX. “Бланка за физикална терапия и рехабилитация” (МЗ-№509-89).

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

Чл.170. Съществуващите документи в системата на здравеопазването към момента на сключване на този договор се прилагат, доколкото не противоречат на тук посочените документи.

Чл.171. (1)Документите по чл.169, ал.1 се изготвят съгласно изискванията, реквизитите и стандарта, посочени в приложение №4.

(2)Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ закупуват за своя сметка формуляри на документите по ал.1.

Чл.172. (1)Районната здравноосигурителна каса предоставя на ИМП в електронен вид образците на следните документи:

1. “Амбулаторен лист” (бл. МЗ-НЗОК № 1);
2. “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3);
3. “Медицинско направление за високоспециализирани дейности” (бл. МЗ-НЗОК №3А);
4. “Направление за медико-диагностична дейност” (бл. МЗ-НЗОК №4);
5. “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК №6);
6. “Искане/резултат за цитологично изследване на влагалищни намазки”;
7. Направление за хоспитализация (бл. МЗ-НЗОК №7);
8. Опис, съпровождащ отчета на електронен носител, представян в РЗОК от ОПЛ и лекари специалисти.

(2) Изпълнителите на ИМП могат да използват разпечатани образци на документите по ал. 1.

(4) Информацията, която се съхранява в електронен формат (освен на твърд диск), задължително се записва и на външни електронни носители.

(5) Диспансерното досие, което се води по хронологичен ред и съдържа всички първични медицински документи, необходими за провеждане на диспансерното наблюдение на ЗЗОЛ, съгласно Наредба №39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и действащото НРД.

Чл.173. (1) Финансово-отчетните документи (приложение №5) са:

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

(2) Финансово-отчетните документи се подготвят в два екземпляра от всички лечебни заведения, сключили договор с НЗОК. Първият екземпляр, придружен с фактура, се отчита в РЗОК в срок съгласно посочените условия и срокове на заплащане. Вторият екземпляр остава в ИМП.

Чл. 174. В РЗОК се води отчетност за всички първични медицински и отчетни документи, които изпълнителите на извънболнична помощ представят по опис за отчитане на извършената дейност.

Чл.175. (1) При констатиране на неправилно попълнени данни във финансовите отчетни документи на ИМП и регистрите по приложение №6, 7, 8 и 9, РЗОК ги връща за корекция в посочения срок.

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

Глава осемнадесета БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Раздел I

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

Чл. 176. (1) Националната здравноосигурителна каса сключва договори за оказване на БП по клинични пътеки, включени в приложение № 5 към член единствен от Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, както и приложение №17 "Клинични пътеки".

(2) Договорите по ал.1 се сключват за всички болести и/или процедури, както и за всички дейности, установени в диагностично-лечебния алгоритъм на всяка клинична пътека съгласно приложение № 17. Не се допуска сключване на договор само за отделни болести и/или процедури, включени в клиничната пътека.

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

Чл. 177. (1) Страна по договор с НЗОК за оказване на БП по клинични пътеки може да бъде лечебно заведение по чл. 13, ал. 1, което отговаря на общите условия по чл. 17, т. 1, буква "б", както и на следните специални условия:

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

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

3. наличие в лечебното заведение на функционираща и изправна медицинска апаратура и оборудване, посочени в частта "Условия за сключване на договор и изпълнение на клиничната пътека" на съответните клинични пътеки, за които то кандидатства, съгласно приложение № 17;

4. в лечебното заведение работят съответни специалисти с придобити основни и/или профилни специалности, посочени в частта "Условия за сключване на договор и изпълнение на клиничната пътека" на съответните клинични пътеки, за които лечебното заведение кандидатства, съгласно приложение № 17;

5. лечебното заведение е осигурило дейността на липсващите му структурни звена с необходимата медицинска апаратура и оборудване чрез договор с друго лечебно заведение, в случаите, когато съответната клинична пътека допуска това, при условия и по ред, посочени в същата. Този договор може да бъде сключен с лечебно заведение, което се намира на територията на същата област. В случаите, когато на територията на същата област липсват имунологична, вирусологична и паразитологична лаборатории, както и нуклеарно-медицински звена, такъв договор може да се сключи и с лечебни заведения на територията на друга област;

6. наличие на удостоверения и/или сертификати за извършване на определени процедури за работа със съответна медицинска апаратура, съгласно Националните медицински стандарти и са придобити при условията и по реда на Наредба №31 за следдипломно обучение в системата на здравеопазването;

7. съответствие на структурните звена и дейността на лечебното заведение с утвърдените медицински стандарти в страната, а при отсъствие на такива стандарти - на минималните изисквания, посочени в критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения.

(2) Страна по договор с НЗОК за оказване на БП по клинични пътеки, посочени в приложение № 2, може да бъде лечебно заведение по чл. 13, ал. 2, което отговаря на общите условия по чл. 17, т. 1, букви "б", както и на специалните условия по ал. 1, т. 3, т.4 и т.6.

Чл. 178 (1) Прилагат се стандартите за качество на оказаната медицинска помощ, утвърдени по реда на чл. 6, ал. 1 от ЗЛЗ, ако с тях се въвеждат допълнителни изисквания при осъществяване на дейността в сравнение със съответните специални условия за сключване на договор и изпълнение на клиничната пътека и диагностично-лечебните алгоритми, посочени във всяка клинична пътека съгласно приложение №17.

(2) Националната здравноосигурителна каса обявява допълнителните изисквания по ал. 1 по начин, достъпен за изпълнителите на БП и ЗЗОЛ.

Раздел II

Необходими документи за сключване на договори за оказване на болнична помощ

Чл. 179. (1) Лечебните заведения, желаещи да сключат договор за оказване на БП, предоставят в РЗОК заявление, към което прилагат:

1. документ за съдебна регистрация или удостоверение за актуална съдебна регистрация—за лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и лечебните заведения за СИМП с разкрити легла за краткосрочно наблюдение и лечение;

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

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

4. копие от акта за създаване на лечебното заведение — за лечебните заведения по чл.5, ал. 1 от ЗЛЗ, които са създадени към посочените министерства;

5. документи, удостоверяващи обстоятелствата по чл.177, ал. 1, т. 1 и 2 — за всички видове лечебни заведения;

6. удостоверение от управителя, респ. изпълнителния директор на лечебното заведение, относно обстоятелствата по чл.177, ал. 1, т.4 — за всички видове лечебни заведения;

7. копия на документи за придобити основни и профилни специалности по Наредба №31 за следдипломно обучение в системата на здравеопазването на лекарите/лекарите по дентална медицина, които ще изпълняват клинични пътеки, съобразно квалификационните изисквания, посочени във всяка пътека—за всички видове лечебни заведения;

8. декларация от управляващия лечебното заведение, по образец съгласно приложение № 18 "Изисквания за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ" за функционираща и изправна налична медицинска апаратура и оборудване за всички видове лечебни заведения;

9. копие на договора по чл. 177, ал. 1, т. 5 - за всички видове лечебни заведения;
10. копие от актуален сертификат за участие в Българската национална система за външна и вътрешна оценка на качеството (БНСВОК) по клинична лаборатория или копие от сертификат за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на БНСВОК по микробиология, вирусология, паразитология, микология и инфекциозна имунология—в случаите, когато в структурата на лечебното заведение има съответния вид/видове лаборатории—за всички лечебни заведения;
11. заявление за електронно отчитане в ЦУ на НЗОК на дейността на лечебното заведение за болнична помощ – за лечебните заведения, оборудвани със специализиран софтуер и посочени в нарочен списък;
12. декларация за членство в БЛС с номер от националния регистър (УИН) по смисъла на чл.13, ал.1, т.3 ЗСОЛС, както и декларация, че не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България - на лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение, към датата на подаване на документите, както и декларация, че не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България;
- (2) Лечебните заведения, сключили договор с НЗОК за изпълнение на клинични пътеки по НРД-2006, представят:
1. документи по ал. 1, т. 1 - 4 - само в случай на настъпили промени в обстоятелствата, отразени в тях, или декларация за липса на промени;
2. документи по ал. 1, т. 5 - 12.
- (3) Лечебните заведения по ал. 2 представят квалификационни документи по ал. 1, т. 7 само на тези лекари/лекари по дентална медицина, които не са изпълнявали клинични пътеки по НРД-2006г.
- Чл. 180. Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва, респ. отказва сключване на договор при настоящите условия и ред.
- Чл. 181. При наличие на сключен договор изпълнителят на БП е длъжен:
1. при промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл. 179, да уведоми РЗОК и да представи в срок до 5 работни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ;
2. при всяко изтичане на срока на валидност на документа по чл. 179, ал. 1, т. 10 да представя в РЗОК актуален сертификат в срок до 5 работни дни от издаването му;
- Чл. 182. Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответното лечебно заведение всички документи, приложени към заявлението за сключване на договор.

Раздел III Условия и ред за оказване на болнична помощ

Раздел IV Структура на клиничната пътека

- Чл. 194 (1) КП и включените в тях диагностично-лечебни алгоритми се разработват от Националните консултанти, председателите на научните дружества по съответните специалности и експерти на БЛС, които удостоверяват това с подписите си на всяка страница в съответната клинична пътека. Имената на посочените лица се публикуват в интернет страниците на БЛС и НЗОК.
- (2) В диагностично-лечебните алгоритми (ДЛА) на всяка клинична пътека се включват диагнози и процедури, изискващи сходни ресурси.
- (3) Разработените клинични пътеки с включените в тях ДЛА се предлагат за приемане от УС на НЗОК и БЛС и ССБ.
- (4) Промени в клиничните пътеки и включените в тях ДЛА се извършват по реда на ал.1, 2 и 3.
- Чл. 195. (1) Клиничните пътеки, заплащани от НЗОК в полза на ЗЗОЛ, съдържат изисквания и правила за провеждане на диагностика, клинично лечение и рехабилитация на заболяванията, включени в тях.
- (2) Клиничната пътека се състои от следните основни компоненти:

1. задължителен минимален болничен престой за осъществяване на посочените в клиничната пътека дейности и процедури във времеви план;

2. кодове на болести за заболявания по МКБ 10 и основни процедури по МКБ 9КМ —за всяка терапевтична клинична пътека; процедурите в тези пътеки по обем и сложност съответстват на процедурите по обем и сложност, посочени в утвърдените медицински стандарти и в правилата за добра медицинска практика, а при липса на стандарти в посочените специалности – в подписаните за тях консенсусни протоколи за лечение;

3. основни кодове на процедури по МКБ 9-КМ—за всяка хирургична/интервенционална клинична пътека; процедурите в тези клинични пътеки по обем и сложност съответстват на процедурите по обем и сложност, посочени в утвърдените медицински стандарти и в правилата за добра медицинска практика, а при липса на стандарти в посочените специалности – в подписаните за тях консенсусни протоколи за лечение;

4. изискване за завършена клинична пътека: клиничната пътека се счита за завършена при извършване на посочения в нея определен брой диагностични и/или терапевтични процедури;

5. условия за сключване на договор и изпълнение на клинични пътеки, включващи:

а) задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, необходими за изпълнение на алгоритъма на клиничната пътека, както и допустимите начини и способности за тяхното осигуряване;

б) необходими специалисти за изпълнение на клиничната пътека;

6. индикации за хоспитализация, лечение и поставяне на окончателна диагноза включващи:

а) индикации за хоспитализация;

б) диагностично - лечебен алгоритъм. Диагностично – лечебният алгоритъм, в посочени вариации и възможности, е задължителен за изпълнение;

7. поставяне на окончателна диагноза;

8. дехоспитализация и определяне на следболничен режим;

9. медицинска експертиза на работоспособността;

10. документиране на дейностите по съответната клинична пътека.

Чл. 196. Извършването на дейности по клинична пътека се отразяват в медицинска болнична документация, както и в следните документи:

1. документ № 1 "Регистриране на процедури по клиничната пътека";

2. документ № 2 "Предоперативна анестезиологична консултация";

3. документ № 3 "Грижи за новородено здраво (доносено) дете;

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

5. декларация за информирано съгласие;

6. финансово-отчетни документи.

Чл. 197 (1) Документ № 1 е задължителен за всяка терапевтична, интервенционална и хирургична клинична пътека.

(2) Документ № 1 отразява проведените специфични медицински грижи и дейности по всяка клинична пътека, като същите се регистрират в него. Документът представлява лист с формат А4, разграфен по дни, и съдържа следните реквизити:

1. основни диагностични процедури;

2. основни терапевтични процедури/оперативни процедури;

3. извършени консултации с други специалисти.

(3) В документ № 1 се регистрират само процедурите, отразени като основни в «Блок основни диагностични/терапевтични процедури» във всяка клинична пътека. Извършените процедури по клиничната пътека се кодират, съобразно посочените в «Блок основни диагностични/терапевтични процедури» кодове и следва да съответстват на заложения обем и сложност в същата пътека, както и на процедурите по обем и сложност, посочени в съответните утвърдени медицински стандарти или консенсусни протоколи за лечение и на правилата за добра медицинска практика.

(4) Документ № 1 подлежи на контрол от контролните органи на РЗОК.

Чл. 198. (1) Документ № 2 е задължителен за всяка хирургична клинична пътека.

(2) Декларацията за информирано съгласие се подписва от пациента (родителя/настойника/попечителя).

(3) Документ № 1 и Декларацията за информирано съгласие се прикрепват към лист “История на заболяването” /ИЗ/ на пациента и стават неразделна част от него.

Чл. 199. Документиране в хода на хоспитализацията:

1. хоспитализацията на пациента се документира в “История на заболяването” и в част II на “Направление за хоспитализация” – бл. МЗ-НЗОК № 7;

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

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

4. използваните в хода на лечението на ЗЗОЛ лекарства задължително се отбелязват (като вид, доза — еднократна и/или дневна, курс на лечение) в температурен лист на пациента и в “История на заболяването”;

5. скъпоструващите лекарства, включени в лечебно-диагностичния алгоритъм и влизащи в цената на клиничната пътека, които са приложени при лечението на пациент по клинична пътека, се отбелязват във “Фиш за приложение на съответното лечебно средство и/или консумативи”, който става неразделна част от “История на заболяването”. Копие от фиша се представя заедно с направлението за хоспитализация и се съхранява в РЗОК;

6. изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в: “История на заболяването”, в част III на “Направление за хоспитализация” – бл. МЗ-НЗОК №7 и в епикризата. Медицинските критерии за дехоспитализация, отразяващи достигнатата диагностична и лечебна цел, се отразяват в ИЗ при изписването на пациента и в епикризата;

7. в случай, че пациентът се изписва с диагноза за заболяване, включено в Наредба № 39 от 16.11.2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, същият се насочва за диспансерно наблюдение съгласно посочените в нея изисквания.

Раздел V Цени, условия и ред за заплащане за болнична помощ

Чл. 200. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на БП за:

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

2. медицински изделия за болнично лечение в определени КП по чл. 210.

(2) Заплащането по ал. 1 е за ЗЗОЛ, хоспитализирани след влизане в сила на договора между НЗОК и съответния изпълнител на болнична помощ.

Чл. 201. (1) За всеки отделен случай (лекуван пациент) по КП се заплаща по цени, както следва:

№ по ред	ИМЕ НА КЛИНИЧНА ПЪТЕКА НРД 2007	Брой случаи	Цена (лева)
1	Ишемичен мозъчен инсулт без тромбоза	38 746	630
2	Ишемичен мозъчен инсулт с тромбоза	19	1 900
3	Паренхимен мозъчен кръвоизлив	4 502	700
4	Субарахноиден кръвоизлив	465	750
5	Остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) с имуноглобулин	51	2 050
6	Остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) с имуноглобулин на апаратна вентилация	8	2 440
7	Болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия от медикаменти, порфиринова полиневропатия и полиневропатия на Гилен-Баре, без имуноглобулин и апаратна вентилация	14 719	462
8	Диабетна полиневропатия	25 596	303
9	Остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при лица над 18 години	567	1 560

№ по ред	ИМЕ НА КЛИНИЧНА ПЪТЕКА НРД 2007	Брой случаи	Цена (лева)
10	Остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при лица под 18 години	319	1 560
11	Вертеброгенни дискови и диск-артрокулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми	13 591	152
12	Наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система с начало в детска възраст (от 0-18 год.), засягащи ЦНС	1 267	525
13	Наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система при възрастни пациенти, засягащи ЦНС и моторния неврон (ЛАС)	694	570
14	Наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система при възрастни пациенти, засягащи ЦНС и моторния неврон (ЛАС) с продължителна апаратна вентилация	37	2 000
15	Невро - мускулни заболявания и болести на предните рога на гръбначния мозък	206	420
16	Невро - мускулни заболявания и болести на предните рога на гръбначния мозък с продължителна апаратна вентилация	13	2 000
17	Мултиплена склероза	1 388	473
18	Епилепсия и епилептични пристъпи	5 666	210
19	Епилептичен статус	447	368
20	Епилепсия, резистентна на медикаменти – лечение чрез стимулация на вагусовия нерв	2	294
21	Миастения гравис и миастенни синдроми при лица над 18 години	203	399
22	Миастения гравис и миастенни синдроми при лица под 18 години	22	399
23	Миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация	13	790
24	Миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация	8	2 430
25	Паркинсонова болест	678	210
26	Заболявания на горния гастроинтестинален тракт	7 724	642
27	Интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт с неголям обем и сложност	18 390	280
28	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестинален тракт	1 839	1 250
29	Болест на Крон и улцерозен колит	920	900
30	Заболявания на тънкото и дебелото черво	10 758	600
31	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт	8 517	500
32	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума	1 889	1 400
33	Заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума	11 861	1 010
34	Декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза)	7 263	1 177
35	Хронични вирусни хепатити	328	642
36	Хронични чернодробни заболявания	1 762	657
37	Хронични диарии при лица под 18 годишна възраст	38	315
38	Инвазивна диагностика при сърдечно съдови заболявания	10 850	900
39	Инвазивна диагностика при сърдечно съдови заболявания с механична вентилация	110	1 200
40	Постоянна електрокардиостимулация	1 517	260
41	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии	118	3 518
42	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърд. малформации	17	3 518
43	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърд. малформации с механична вентилация	17	4 500
44	Ендоваскуларно лечение на екстракраниални съдове	3 691	420
45	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания	3 309	3 518
46	Остър миокарден инфаркт без фибринолизат	8 975	820
47	Нестабилна форма на ангина пекторис без инвазивно изследване и/или интервенционално лечение	30 896	300
48	Нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване	1 536	1 060
49	Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение	1 536	4 550
50	Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с фибринолитик	1 556	2 500
51	Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение	1 429	5 250

№ по ред	ИМЕ НА КЛИНИЧНА ПЪТЕКА НРД 2007	Брой случаи	Цена (лева)
52	Остра и изострена хронична сърд. недостатъчност 3 и 4 ф. клас без механична вентилация	59 033	378
53	Остра и изострена хронична сърд. недостатъчност 3 и 4 ф. клас с механична вентилация	230	980
54	Инфекциозен ендокардит	112	2 200
55	Заболявания на миокарда и перикарда	1 209	420
56	Ритъмни и проводни нарушения	12 771	273
57	Артериална хипертония при деца	245	473
58	Хипоксемични състояния при вродени сърдечни малформации при възраст до 18 г	107	525
59	Белодробен тромбоемболизъм без фибринолитик	1 918	605
60	Белодробен тромбоемболизъм с фибринолитик	32	2 255
61	Остръ и обострен хроничен пиелонефрит	23 740	336
62	Гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания – новооткрити, при лица над 18 години	652	780
63	Гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания – новооткрити, при лица под 18 години	200	780
64	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - при лица над 18 години	1 839	780
65	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - при лица под 18 години	74	780
66	Остра бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	518	525
67	Остра бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	36	525
68	Хронична бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	4 132	300
69	Хронична бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	143	300
70	Трансуретрално оперативно лечение при онкологични заболявания на пикочния мехур: стадии T1-3, N0-2, M0-1	2 222	515
71	Радикална цистопроstateктомия с ортотопичен пикочен мехур	79	2 070
72	Трансуретрална простатектомия	2 115	452
73	Отворени оперативни процедури при доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза и нейните усложнения, с изключение на ендоскопски методи	2 108	630
74	Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика	10 035	105
75	Бъбречно-каменна болест: уrolитиаза – екстракорпорална литотрипсия	6 734	315
76	Бъбречно-каменна болест: уrolитиаза – ендоскопски методи на лечение	2 860	788
77	Оперативни процедури при вродени заболявания на пикочо-половата система	849	452
78	Оперативни процедури върху мъжка полова система	6 413	305
79	Оперативни процедури на долните пикочни пътища с голям обем и сложност	78	900
80	Оперативни процедури на долните пикочни пътища със среден обем и сложност	1 195	500
81	Оперативни процедури при инконтиненция на урината	54	556
82	Реконструктивни операции в урологията	129	452
83	Ендоскопски процедури при обструкции на долните пикочни пътища	6 346	368
84	Оперативни процедури при травми на долните пикочни пътища	92	350
85	Оперативни процедури на бъбрека и уретера с голям и много голям обем и сложност	1 241	1 220
86	Оперативни процедури на бъбрека и уретера със среден обем и сложност	828	850
87	Радикална цистектомия. Радикална цистопроstateктомия	138	1 414
88	Радикална простатектомия	321	900
89	Консервативно лечение на възпалителни заболявания на мъжките полови органи	460	400
90	Хронична обструктивна белодробна болест – остра екзацербация	23 020	263
91	Бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18 годишна възраст	31 020	350
92	Бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица над 18 годишна възраст	8 023	378
93	Бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица под 18 годишна възраст	4 179	378
94	Диагностика и лечение на алергични заболявания на дихателната система при лица над 18 г.	949	231
95	Диагностика и лечение при инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система при лица под 18 години	7 464	231
96	Гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица над 18 години	3 050	605
97	Гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица под 18 години	51	605
98	Бронхоскопски процедури - диагностични и терапевтични, при заболявания на бронхо-белодробната система	3 890	252

№ по ред	ИМЕ НА КЛИНИЧНА ПЪТЕКА НРД 2007	Брой случаи	Цена (лева)
99	Декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система при лица над 18 години	11 305	473
100	Декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система при лица под 18 години	198	525
101	Декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация при лица над 18 години	207	1 400
102	Бронхопневмония при лица под 18 годишна възраст	42 244	495
103	Бронхиолит при лица под 18 годишна възраст	2 247	390
104	Декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години	19 968	441
105	Декомпенсиран захарен диабет при лица под 18 години	886	441
106	Заболявания на щитовидната жлеза	3 126	273
107	Заболяванията на щитовидната жлеза с инструментална диагностика	138	315
108	Заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица над 18 години	1 261	273
109	Заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица под 18 години	316	273
110	Костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица над 18 години	151	350
111	Костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица под 18 години	7	350
112	Метаболитни нарушения при лица над 18 години	1 062	368
113	Метаболитни нарушения при лица под 18 години	591	368
114	Глухота – диагностика и консервативно лечение при лица над 18 години	4 298	182
115	Глухота – диагностика и консервативно лечение при лица под 18 години	581	280
116	Консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип	4 685	303
117	Глухота – кохлеарна имплантация при лица под 18 години	60	1 000
118	Хирургично лечение на глухота при проводно намаление на слуха, при лица над 18 години	1 379	480
119	Хирургично лечение на глухота при проводно намаление на слуха, при лица под 18 години	1 437	480
120	Хирургично лечение при хронични заболявания на сливиците	14 359	260
121	Микроларингохирургия на тумори и стенози на ларинкса и трахеята	1 709	490
122	Оперативно лечение на неоплазми на ларинкса, фаринкса, шия и шийни метастази	724	2 000
123	Оперативно лечение на нарушено носно дишане	7 230	250
124	Оперативно лечение на нарушено носно дишане с обща анестезия	2 291	480
125	Оперативно лечение на неоплазми на нос и околоносни кухини	47	1 500
126	Речева рехабилитация след ларингектомия	178	250
127	Чужди тела в дихателните пътища и хранопровода	276	400
128	Неоперативно лечение на стенози и стриктури на хранопровода	184	550
129	Интензивно лечение на коматозни състояния, неиндицирани от травма	932	1 210
130	Интензивно лечение при комбинирани и/или съчетани травми	475	1 265
131	Екстракапсуларна екстракция при катаракта	9 123	300
132	Факоемулсификация	14 894	400
133	Хирургично лечение на глаукома	5 104	325
134	Очни лазерни и крио-операции	3 218	80
135	Операции на придатъците на окото	7 113	303
136	Други операции на очната ябълка	1 471	300
137	Кератопластика	184	600
138	Консервативно лечение на глаукома, съдови заболявания на окото и неперфоративни травми.	5 892	210
139	Консервативно лечение при инфекции и възпалителни заболявания на окото и придатъците му	4 427	220
140	Хирургия на задния очен сегмент при заболявания на ретина, стъкловидно тяло и травми	2 108	400
141	Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение	58 937	400
142	Преждевременно прекъсване на бременността по медицински показания	12 019	158
143	Интензивни грижи при бременност с реализиран риск	1 982	810
144	Стационарни грижи при бременност с повишен риск преди 36 г.с.	18 390	350

№ по ред	ИМЕ НА КЛИНИЧНА ПЪТЕКА НРД 2007	Брой случаи	Цена (лева)
145	Нерадикално отстраняване на матката	6 252	788
146	Радикално отстраняване на женски полови органи	2 484	810
147	Оперативни интервенции чрез коремен достъп за отстраняване на болестни изменения на женските полови органи	5 509	525
148	Оперативни процедури за задържане на бременност	381	116
149	Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или изследване на женските полови органи	22 677	452
150	Корекции на тазова (перинеалната) статика и/или на незадържане на урината при жената	893	452
151	Диагностични процедури и консервативно лечение на на токсо-инфекцизен и анемичен синдром от акушеро-гинекологичен произход	6 452	250
152	Корекции на проходимост и възстановяване на анатомия при жената	99	368
153	Системна радикална ексцизия на лимфни възли (тазови и/или параортални и/или ингвинални) като самостоятелна интервенцияили съчетана с радикално отстраняване на женски полови органи. Тазова екзантерация.	690	1 400
154	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок	110	840
155	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването	14	6 800
156	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	1 206	2 035
157	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	63	2 035
158	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица над 18 години	1 071	1 309
159	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица под 18 години	77	1 309
160	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	4 264	2 000
161	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	90	1 850
162	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица над 18 години	2 452	759
163	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица под 18 години	118	759
164	Оперативни процедури върху апендикс	11 483	505
165	Хирургични интервенции за затваряне на стома	403	567
166	Хирургични интервенции на ануса и периааналното пространство	14 581	567
167	Оперативни процедури при хернии	19 002	525
168	Оперативни процедури при хернии с инкарцерация	2 558	546
169	Конвенционална холецистектомия	3 197	780
170	Лапароскопска холецистектомия	3 606	851
171	Оперативни процедури върху екстрахепаталните жлъчни пътища	1 509	1 911
172	Оперативни процедури върху черен дроб	650	2 226
173	Оперативни процедури върху черен дроб при ехинококова болест	371	880
174	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, с голям и много голям обем и сложност	229	3 360
175	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, със среден обем и сложност	656	1 122
176	Оперативни процедури върху далака при лица над 18 години	217	618
177	Оперативни процедури върху далака при лица под 18 години	40	618
178	Оперативни интервенции при диабетно стъпало, без съдово реконструктивни операции	4 466	561
179	Оперативно лечение на онкологично заболяване на гърдата: стадии T1-4, N0-2, M0	3 122	746
180	Оперативни интервенции върху гърда при неонкологични заболявания с локална ексцизия и биопсия	5 346	209
181	Оперативно лечение при остър перитонит	2 156	1 800
182	Оперативно лечение на интраабдоминални абсцеси	210	900
183	Консервативно лечение при остри коремни заболявания	11 453	788

№ по ред	ИМЕ НА КЛИНИЧНА ПЪТЕКА НРД 2007	Брой случаи	Цена (лева)
184	Животозастрашаващи инфекции на меките тъкани хирургично лечение	11 774	420
185	Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания	2 297	352
186	Реконструктивни операции на женската гърда по медицински показания след доброкачествени и злокачествени тумори и вродени заболявания	57	504
187	Оперативни процедури върху щитовидна и парашитовидни жлези, с голям и много голям обем и сложност	887	605
188	Оперативни процедури върху щитовидна и парашитовидни жлези, със среден обем и сложност	2 582	578
189	Хирургично лечение при надбъбречни заболявания	50	1 100
190	Оперативно лечение на абдоминалната аорта, долната празна вена и клоновете им	1 173	3 318
191	Оперативно лечение на хронична съдова недостатъчност във феморо-поплитеалния и аксило-брахиалния сегмент	1 275	1 710
192	Оперативно лечение на клонове на аортната дъга	179	1 290
193	Спешни оперативни интервенции без съдова реконструкция при болни със съдови заболявания (тромбектомии, емболектомии, ампутации и симпатектомии)	1 240	990
194	Основно консервативно лечение при съдова недостатъчност	7 816	431
195	Консервативно лечение с простагландини/простаглицлинови деривати при съдова недостатъчност	17	300
196	Оперативно лечение при варикозна болест и усложненията ѝ	1 251	275
197	Конструиране на постоянен съдов достъп за хроничнохемодиализа	1 079	200
198	Тежка черепномозъчна травма - оперативно лечение	487	1 575
199	Тежка черепномозъчна травма - консервативно поведение	283	630
200	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)	912	2 625
201	Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин	2 015	1 890
202	Консервативно поведение при леки и среднотезки черепно-мозъчни травми	11 864	315
203	Хирургично лечение при травма на главата	350	893
204	Периферни и черепномозъчни нерви (екстракраниална част) – оперативно лечение	570	893
205	Гръбначни и гръбначно-мозъчни оперативни интервенции	2 930	1 656
206	Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години	1 994	10 100
207	Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица под 18 години	113	10 100
208	Оперативни процедури при комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условие на екстракорпорално кръвообращение	704	13 500
209	Полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция и изискваща продължително лечение	110	14 500
210	Хирургично лечение при заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица над 18 години	141	3 223
211	Хирургично лечение при заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица под 18 години	43	3 223
212	Оперативно лечение на тумори на бял дроб, медиастиnum, плевра и гръдна стена	1 093	2 035
213	Разширени (големи) операции с пълно или частично отстраняване на повече от един интраторакален орган, включително медиастинален тумор или гръдна стена. Едноетапни операции при белодробни болести засягащи двата лоба или при болести със съчетана белодробна	127	2 500
214	Оперативно лечение на болести на бял дроб, медиастиnum, плевра и гръдна стена, без онкологични заболявания	1 896	1 302
215	Оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на таза и долния крайник	9 762	1 850
216	Оперативни процедури с алопластика на тазобедрена и колянна става	3 134	1 200
217	Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност	10 126	870
218	Малки оперативни процедури на таза и долния крайник	5 427	326
219	Артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	3 843	610
220	Големи оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	1 008	891
221	Много големи оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	2 725	1 040

№ по ред	ИМЕ НА КЛИНИЧНА ПЪТЕКА НРД 2007	Брой случаи	Цена (лева)
222	Средни оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	13 909	400
223	Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник	6 784	250
224	Оперативни процедури при заболявания на гръдния кош	248	600
225	Септични (бактериални) артрити и остеомиелити при лица под 18 години	46	1 000
226	Остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром, при лица над 18 години	6 448	420
227	Остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром, при лица под 18 години	17 650	420
228	Инфекциозни и паразитни заболявания, предавани чрез ухапване от членестоноги, при лица над 18 години	1 550	330
229	Инфекциозни и паразитни заболявания, предавани чрез ухапване от членестоноги, при лица под 18 години	294	330
230	Остър вирусен хепатит А и Е	3 730	788
231	Остър вирусен хепатит В, С и D	1 352	825
232	Паразитози	190	368
233	Покривни инфекции	189	368
234	Контагиозни вирусни и бактериални заболявания - остро протичащи, с усложнения	6 700	370
235	Вирусни хеморагични трески	23	825
236	Физикална терапия и рехабилитация при първични мускулни увреждания и спинална мускулна атрофия	74	263
237	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система	11 010	389
238	Физикална терапия и рехабилитация след инфаркт на миокарда	1 759	389
239	Физикална терапия и рехабилитация след сърдечни операции	524	389
240	Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа	3 913	263
241	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система	6 392	263
242	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на централна нервна система	43	263
243	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на периферна нервна система	145	263
244	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат	8 553	263
245	Лечение на тежкопротичащи булозни дерматози	353	660
246	Тежко протичащи бактериални инфекции на кожата	6 986	340
247	Тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен	2 474	315
248	Еритродермии	2 035	300
249	Лечение на кожни прояви при съединително-тъканни заболявания и васкулити	471	315
250	Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми с кристален пеницилин	74	200
251	Левкемии	3 034	640
252	Лимфоми	8 919	600
253	Хеморагични диатези. Анемии	5 495	600
254	Диагностика и консервативно лечение на солидни тумори в детска възраст	889	758
255	Ортоволтно перкутаннолъчелечение и метаболитна брахитерапия с високи активности	4 850	600
256	Метаболитна брахитерапия с ниски активности	230	320
257	Конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници	5 652	750
258	Високо-технологичнолъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания	184	550
259	Оперативни процедури в лицево-челюстната област с много голям обем и сложност	486	633
260	Оперативни процедури в лицево-челюстната област с голям обем и сложност	728	550
261	Оперативни процедури в лицево-челюстната област със среден обем и сложност	1 925	308
262	Хирургично лечение на заболявания на слюнчените жлези	752	495
263	Хирургично лечение на възпалителни процеси в областта на лицето и шията	4 306	378
264	Консервативно лечение при хирургични заболявания в лицево-челюстната област	245	165
265	Хирургично лечение на вродени малформации в лицево-челюстната област	269	600
266	Лечение на фрактури на лицевите и челюстни кости	1 253	760
267	Ортогнатична хирургия	17	230
268	Диагностика и лечение на новородени с тегло под 1499 грама	427	2 894
269	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, първа степен на тежест	2 423	650

№ по ред	ИМЕ НА КЛИНИЧНА ПЪТЕКА НРД 2007	Брой случаи	Цена (лева)
270	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, втора степен на тежест	1 363	900
271	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, първа степен на тежест	1 850	550
272	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, втора степен на тежест	925	800
273	Диагностика и лечение на дете с метаболитни нарушения	364	800
274	Диагностика и лечение на дете с вродени аномалии	810	800
275	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност чрез механична вентилация, първа степен на тежест	403	1 500
276	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност чрез механична вентилация, втора степен на тежест	189	2 600
277	Диагностика и интензивно лечение на новородени с еднократно приложение на сърфактант, независимо от теглото	206	2 000
278	Диагностика и интензивно лечение на новородени с многократно приложение на сърфактант, независимо от теглото	162	3 600
279	Грижи за здраво новородено дете	49 816	100
280	Хирургично лечение на изгаряния с площ над 5% от телесната повърхност с хирургична обработка на раневите повърхности	2 339	263
281	Хирургично лечение при необширни изгаряния с площ от 1% до 19% от телесната повърхност с хирургични интервенции	1 781	3 308
282	Хирургично лечение при обширни изгаряния над 20% от телесната повърхност с хирургични интервенции	286	7 450
283	Оперативно лечение на поражения, предизвикани от ниски температури (измръзване)	130	263
284	Оперативно лечение на последствията от изгаряне и травма на кожата и подкожната тъкан	420	1 200
285	Оперативно лечение на кожни дефекти от различно естество, налагащи пластично възстановяване	964	650
286	Системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години	1 922	357
287	Системни заболявания на съединителната тъкан при лица под 18 години	116	357
288	Възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години	4 697	667
289	Възпалителни ставни заболявания при лица под 18 години	1 004	667
290	Дегенеративни и обменни ставни заболявания (при възраст над 18 години)	4 843	473
291	Токсоалергични реакции при лица над 18 години	2 849	420
292	Токсоалергични реакции при лица под 18 години	2 954	420
293	Отравяния и токсични ефекти от лекарства и битови отрови, при лица над 18 години	3 271	525
294	Отравяния и токсични ефекти от лекарства и битови отрови, при лица под 18 години	2 315	525
295	Фалогидно гъбно отравяне	55	2 000
296	Булозна еритема мултиформе(синдром на Стивънс - Джонсън). Болест на Лайел	9	1 500
297	Палиативни грижи при онкологично болни	3 761	40
298	Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години	60 000	150

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

Чл. 202. (1) Цената на всяка клинична пътека по чл. 201 включва:

1. всички медицински дейности по клинични пътеки съгласно приложение № 17 и спомагателни услуги, предоставени на ЗЗОЛ по време на тяхната хоспитализация;
2. медицинска експертиза на временната неработоспособност на ЗЗОЛ, преминали през изпълнителя на болнична помощ по договорените клинични пътеки;
3. до два амбулаторни консултативни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и препоръчани в епикризата.

Чл. 203. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на болнична помощ за всеки отделен случай по клинична пътека при наличие на следните условия:

1. съответната клинична пътека е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БП и същата е извършена от посочените в договора специалисти;

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

3. спазени са условията за завършена клинична пътека;

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

5. извършената дейност по клиничната пътека е отчетена при настоящите условия и ред;

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща за периода на хоспитализация само по една клинична пътека на един пациент за комплексно лечение на основно заболяване, придружаващи заболявания и усложнения.

(3) При смъртни случаи, настъпили по време на болничния престой, на изпълнителя се заплаща, ако са изпълнени условията по ал.1, т.1, 2 и 5.

Чл. 204. (1) В случаите, в които при лечение на пациент по определена КП, която не е завършена, и настъпят индикации за лечение по друга КП, за която лечебното заведение има сключен договор, се заплаща тази, съгласно отразените окончателна диагноза и проведени основни терапевтични/диагностични процедури.

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

(3) При постъпване на пациент по терапевтична клинична пътека, по която са извършени диагностично-терапевтични процедури, и доказаната диагноза в хода на лечението по тази клинична пътека индикира оперативно лечение, то на изпълнителят на болнична помощ се заплаща хирургичната клинична пътека.

Чл. 205 В случай, че в срок до 30 дни от дехоспитализацията на пациента се наложи нова хоспитализация по същата КП, в същото или в друго лечебно заведение Националната здравноосигурителна каса заплаща само един от случаите по КП, освен ако в КП не е предвидено друго.

Чл.206. (1) Заплащането по чл. 200, ал.1, т.2 за клапи, протези, стентове, кохлеарни имплантанти и постоянни кардиостимулатори не се включва в цената на КП.

(2) В историята на заболяването се отразяват фабричният номер и видът на медицинското изделие или се залепва стикер. Те се отчитат едновременно с отчитането на съответните КП, в които са използвани.

(3) В случай че пациентите предпочетат по-скъпо медицинско изделие в сравнение с договорената в НРД цена, те доплащат разликата в цената.

Чл.207. Изпълнителите на БП, оборудвани със специализиран софтуер за електронно отчитане на дейността си в ЦУ на НЗОК, предоставят по утвърден график ежемесечни електронни отчети за дейността си в ЦУ на НЗОК от 1-во до 10-то число на месеца, следващ отчетния.

Чл. 208. (1) На изпълнителите на БП се заплаща след представяне на първи екземпляр от направлението за хоспитализация с отразена диагноза и извършени основни диагностични/терапевтични/оперативни процедури, включени в критериите за завършена КП или електронен еквивалент на направлението за хоспитализация, месечни отчети по клинични пътеки и форма за преведени пациенти.

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

Чл.209. Изпълнителите на БП, оборудвани със специализиран софтуер за електронно отчитане на дейността си в ЦУ на НЗОК и подали заявление по чл. 179, т.11 предоставят по утвърден график ежемесечни електронни отчети за дейността си в ЦУ на НЗОК от 3-то до 10-то число на месеца следващ отчетния.

Чл. 210. (1) За медицински изделия по чл.200, ал.1,т.2 НЗОК заплаща, както следва::

№ по ред	Название на медицинското изделие	Брой	Цена до (лева)
1.	сърдечна клапна протеза	1 466	3 000
2.	съдова протеза за гръдна аорта	122	1 500
3.	съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове	1 222	1 000
4.	стент	6 323	1 000
5.	ставна протеза за тазобедрена става	3 067	900
6.	ставна протеза за колянна става	268	2 250
7.	кохлеарен имплантант	59	28 000
8.	постоянен кардиостимулатор	1 168	2 000
9.	временен кардиостимулатор* (временна трансвенозна пейсмейкърна система)	18	500

(2) Заплащането по ал. 1 се извършва при изпълнение на следните условия:

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

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

3. медицинското изделие е отчетено при условията и по реда на чл. 206.

Чл. 211. (1) Националната здравноосигурителна каса определя годишна обща стойност на извършената от изпълнителите на болнична медицинска помощ дейност, разпределена по месеци, като дейностите, извършени при превишаване на тази стойност в натрупване, се заплащат по цени в рамките на годишните стойности съгласно Закона за бюджета.

(2) Управителният съвет на Националната здравноосигурителна каса утвърждава ред за прилагане на ал. 1.

Чл. 212. (1) За завършената през предходния календарен месец дейност по чл. 200 изпълнителите на БП представят ежемесечно фактура, финансовоотчетни документи по Приложение №5 и първични медицински документи по Приложение №4 в РЗОК по утвърден график до 10-ия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(2) Плащанията на изпълнителите на БП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния.

Чл. 213. При неспазване на посочения в чл. 208 ал. 2 срок за представяне на отчетните документи от изпълнителите на БП, обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период за отчитане.

Чл. 214. (1) Всички документи, с които се отчита и удостоверява извършената дейност, се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в тях. Не се допускат непопълнени реквизити, както и поправки, без подпис и печат на представляващия ЛЗ.

(2) Националната здравноосигурителна каса не заплаща по реда, предвиден в НРД, за цялостната дейност, ако тя не е отчетена в рамките на два последователни отчетни периода след завършването ѝ.

Чл. 215. (1) При констатиране на неправилно попълнени данни РЗОК връща фактурата и спецификацията към нея на изпълнителя на БП с писмени указания за необходимите корекции и допълнения, но не по-късно от 20-о число на месеца на отчитане. В срок от 3 работни дни изпълнителят на БП се задължава да върне документите със съответните промени.

(2) Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определените срокове.

(3) Ако исканите поправки не се извършат в рамките на следващия период за отчитане, на изпълнителя на БП не се заплаща по определения ред.

(4) Когато изпълнителят на БП оспори, част от исканите корекции се отчита и заплаща безспорната дейност.

(5) Ако в срок до 60 дни от отказа от корекция страните не се споразумеят, дейността не се заплаща по определения ред.

Чл. 216. Плащанията се извършват в левове по банков път, по обявена от изпълнителя на БП в индивидуалния договор банкова сметка.

Чл. 217. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, изпълнителите на БП носят отговорност съгласно условията на глава двадесета

Чл. 218. В случай, че плащането за извършените и отчетени дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на изпълнителя на БП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

Раздел VI

Документация и документооборот за изпълнители на болнична помощ

Чл. 219. Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки изпълнител на БП включва първични медицински и финансови документи по приложения № 4 и 5.

Чл. 220. Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената, извършената и отчетената медицинска дейност въз основа на данните и информацията в документите по чл. 219.

Чл. 221. Изпълнителите на БП, оборудвани със специализиран софтуер за електронно отчитане на дейността си, отчитат същата по електронен път в ЦУ на НЗОК.

Чл. 222. Първичният медицински документ "Направление за хоспитализация" (бл. МЗ-НЗОК № 7) се изготвя съгласно изискванията и реквизитите, посочени в приложение № 4. Документът се попълва в два екземпляра, като:

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

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

Чл. 223. (1) Финансовият документ към фактурата—спецификацията за извършена дейност по клинични пътеки—се издава в два екземпляра от всички изпълнители на БП, първият екземпляр, придружен с фактура и направлението за хоспитализация, се предава в РЗОК в сроковете по чл. 208, ал. 2. Вторият екземпляр остава в изпълнителя на болнична помощ.

(2) Неразделна част към спецификацията са месечните отчети по клинични пътеки.

Чл. 224. (1) В РЗОК се води отчетност за всички първични медицински и финансови документи, които изпълнителите на БП представят по опис за отчитане на извършената дейност.

(2) При констатиране на неправилно попълнени данни във финансовите документи на изпълнителите на болнична помощ РЗОК ги връща за корекция в установения срок.

(3) При отчитане на хирургична клинична пътека в направлението за хоспитализация следва да се отрази и основната диагноза, с която се изписва пациентът.

Чл. 225. Заедно с месечния отчет за изпълнената дейност изпълнителите на БП предоставят при поискване от НЗОК и допълнителни финансово-счетоводни документи, имащи отношение с изпълнението на договора.

Условия и ред за тестово електронно отчитане на изпълнителите на болнична помощ

Чл. 226 (1) Обмяната на информация между НЗОК и изпълнителите на БП по чл. 209 се осъществява и по електронен път.

(2) Изпълнителите на БП по ал.1, отчитат извършената дейност по диагностика, наблюдение и лечение на пациенти и с електронен документ.

(3) Изпълнителите на БП по чл. 209 отчитат дейността си с предоставен им специализиран болничен софтуер.

(4) Медико-статистическата информация се отчита от 3-то до 10-то число на месеца, следващ отчетния, като:

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

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

(5) Системата за електронен болничен отчет се достъпва от изпълнителите на БП по чл. 209 в отчетния период след изтичане на сроковете по чл.19, ал. 3.

(6) Икономическа информация се отчита от 7-мо до 10-то число на месеца, следващ отчета на медико-статистическата информация за даден период.

(7) ЦУ на НЗОК изготвя електронен “документ – отговор” за изпълнителя на БП в срок до 1 работен ден след отчитане на дейността в тестови режим на отчет.

(8) В период до 5 работни дни след периода на окончателен отчет, посочен в ал. 6, т. 2, ЦУ на НЗОК изготвя електронен “документ – отговор” за изпълнителя на БП и предоставя информацията на РЗОК.

(9) Неотчетена дейност в сроковете на чл. 208, ал.2, изпълнителите на БП отчитат в сроковете на следващия отчетен период.

Глава деветнадесета

ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ МЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ, ИЗВЪРШВАНИ В ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ, ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ С ЛЕГЛА ЗА КРАТКОСРОЧНО НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ И ДИСПАНСЕРИ СЪС СТАЦИОНАР

Раздел I

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

Чл. 227. Националната здравноосигурителна каса сключва договори за оказване на ВСМД, включени в приложение № 4 към член единствен на Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Чл. 228. Страна по договор с НЗОК за извършване на ВСМД може да бъде лечебно заведение за болнична помощ или лечебно заведение за СИМП с разкрити легла за краткосрочно наблюдение и лечение или диспансери със стационар, което отговаря на общите условия по чл. 17, т. 1, букви “а” и “б”, както и на следните специални условия:

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

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

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

Раздел II

Необходими документи за сключване на договори за оказване на ВСМД

Чл. 229. (1) Лечебните заведения, желаещи да сключат договор за оказване на ВСМД от приложение № 4 към член единствен от Наредбата за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и приложение № 19, представят в РЗОК заявление, към което прилагат следните документи:

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

2. копие от разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването—за лечебните заведения за болнична помощ;

3. копие от удостоверението за регистрация в РЦЗ на територията, обслужвана от РЗОК—за лечебното заведение за СИМП с разкрити легла за краткосрочно наблюдение и лечение;

4. документ, удостоверяващ обстоятелството по чл.17, т. 1, букви “а”;

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

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

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

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

(3) Лечебните заведения, сключили договор с НЗОК за изпълнение на ВСМД по НРД 2006, представят:

1. документи по ал. 1, т. 1-3—само в случай на настъпили промени в обстоятелствата, отразени в тях, или декларация за липса на промени;

2. документи по ал. 1, т.4-7.

(4) Лечебните заведения по ал.3 представят квалификационни документи по ал. 1, т.6 само на тези лекари, които не са изпълнявали ВСМД по НРД 2006г.

Чл. 230. Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва, респ. отказва сключване на договор при посочените по-горе условия и реда.

Чл. 231. При наличие на сключен договор изпълнителят на ВСМД е длъжен при промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл. 229 да уведоми РЗОК и да представи в срок до 5 работни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ.

Чл. 234. Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответното лечебно заведение всички документи, приложени към заявлението за сключване на договор.

Раздел III

Условия и ред за оказване на ВСМД

Раздел IV

Цени, условия и ред за заплащане на ВСМД

Чл. 236. Националната здравноосигурителна каса заплаща следните цени за извършени и отчетени ВСМД:

№ по ред	Название на дейността	Брой	Цена (лева)
1	Амниоцентеза, хорионбиопсия, хориоцентеза	12	15.15
2	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на медиастиnum	12	40.40
3	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на бял дроб	34	40.40
4	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на панкреас	9	40.40
5	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на черен дроб	59	40.40
6	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на бъбреци	12	40.40
7	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на яйчници или телесни кухини	12	40.40
8	Фибробронхоскопия с/без биопсия	523	35.35
9	Трансторакална плеврална биопсия	88	35.35
10	Трансторакална иглена биопсия на интраторакални процеси под рентгенов	102	35.35

	или ехографски контрол		
11	Дренаж на плевларна кухина - затворен	1	35.35
12	Паравертебрални блокади и блокади на отделни нерви	1 136	23.23
13	Хирургична обработка на усложнена оперативна рана след гръдни операции	59	23.23
14	Първична херметизация на гръдна стена	1	12.12
15	Провеждане на парентерална химиотерапия по терапевтична схема	177	12.12
16	Инцизия и/или хирургичен шев на меки тъкани при наранявания в областта на шията и главата	2 013	23.23
17	Фасциотомия	291	17.17
18	Миотомия	66	17.17
19	Бурзотомия	235	17.17
20	Ганглионектомия	286	17.17
21	Бурзектомия	81	17.17
22	Шев на мускули (фасции) при травми	2 076	23.23
23	Напасване на протеза на горен или долен крайник	142	9.09
24	Задна назална тампонада	624	23.23
25	Закрито наместване на носна фрактура	474	33.33
26	Надпрагова аудиометрия – тимпанометрия и импедансметрия	4 540	5.05
27	Аспирация на сперматоцеле	21	15.15
28	Инцизия на тестис, инцизия на фуникулус сперматикус, вземане на биопсичен материал от скротум и туника вагиналис	1	17.17
29	Инцизия на тестис, инцизия на фуникулус сперматикус, вземане на биопсичен материал от скротум и туника вагиналис	12	17.17
30	Инцизия и дренаж на скротума и туника вагиналис	41	23.23
31	Вземане на биопсичен материал от бъбрек	12	21.21
32	Поетапна вертикализация и обучение в ходене	112	23.23
33	Сцинтиграфия на щитовидна жлеза	2 832	23.23
34	Сцинтиграфия с 99 м Тс МІВІ	641	29.29
35	Сцинтиграфия на бъбреци с 99 м Тс – ДМСА, ДТРА, МАГЗ	1 256	29.29
36	Белодробна сцинтиграфия	1 353	29.29
37	Радионуклидна нефрография със 131 J-хипуран	821	23.23
38	Изследване на остатъчна урина-хипуран	87	12.12
39	Костна сцинтиграфия	3 813	35.35

Чл. 237. Изпълнителят на ВСМД ежемесечно отчита извършените дейности, като представя в РЗОК по утвърден график от 3-то до 10-о число на месеца, следващ отчетния, медицинските направления за високоспециализирани дейности (бл. МЗ-НЗОК № 3А) заедно с финансовите отчетни документи. Към всяко “Медицинско направление за високоспециализирани дейности” (бл. МЗ-НЗОК № 3А) се прикрепя първият екземпляр от попълнения “Амбулаторен лист” (бл. МЗ-НЗОК № 1).

Чл. 238. За извършените ВСМД се заплаща при установените условия и срокове.

Глава двадесета

УСЛОВИЯ И РЕД ЗА КОНТРОЛ ПО ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ДОГОВОРИТЕ ЗА ОКАЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Раздел I

Контрол, осъществяван от длъжностни лица на НЗОК

Раздел II

Непосредствен контрол

Глава двадесет и първа

САНКЦИИ ПРИ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРИТЕ ЗА ОКАЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Раздел I

Основания за прилагане на санкции. Видове санкции

Раздел II

Санкции при констатирани нарушения

Раздел III

Ред за прилагане на санкции при медицински и финансови нарушения

Раздел IV

Правила за работа на арбитражните комисии

ДЯЛ II

ДЕНТАЛНА ПОМОЩ

Глава двадесет и втора

ИЗВЪНБОЛНИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ

Раздел I

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

Чл. 275. (1) Страна по договор за оказване на извънболнична дентална помощ (ИзвбДП) с НЗОК може да бъде лечебно заведение, което отговаря на следните условия:

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

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

(2) Страна по договор за оказване на специализирана хирургична извънболнична дентална помощ може да бъде лечебно заведение за ИзвбДП, което отговаря на условията по ал. 1 и в което работи лекар по дентална медицина с призната специалност “Орална хирургия” и/или “Лицево-челюстна хирургия”.

(3) Страна по договор за оказване на специализирана извънболнична дентална помощ по специалност “Детска дентална медицина” може да бъде лечебно заведение за ИзвбДП, което отговаря на условията по ал. 1 и в което работи лекар по дентална медицина с призната специалност “Детска дентална медицина”.

(4) Страна по договор за оказване на специализирана извънболнична дентална помощ под обща анестезия за ЗЗОЛ до 18-годишна възраст с психични заболявания може да бъде лечебно заведение, което отговаря на условията по ал. 1 и в което работят лекар по дентална медицина с призната специалност “Детска дентална медицина” и лекар по дентална медицина с призната специалност “Орална хирургия” и/или “Лицево-челюстна хирургия”. Лечебното заведение трябва да отговаря на медицински стандарт “Анестезия и интензивно лечение”.

(5) Страна по договор за извършване на секторна рентгенография на зъби и ортопантомография може да бъде лечебно заведение за ИДП, регистрирано в РЦЗ, с предмет на дейност рентгенография, което отговаря на условията по ал. 1 и в което работи лекар по дентална медицина, притежаващ разрешение за извършване на рентгенографска дейност, като квалификацията се доказва с документ, издаден от МЗ или медицински университет.

Чл. 276. Ако лечебното заведение, изпълнител на дентална помощ по договор с НЗОК, притежава подвижни структури съгласно Наредба № 19 за водене на регистър на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите (ДВ, бр. 68 от 1999 г.), те трябва да отговарят на условията по чл. 256, ал. 1 и 3. Националната здравноосигурителна каса заплаща за дейности, извършени в подвижни структури, само ако последните работят в населени места с неблагоприятни условия и дейностите се извършват непрекъснато в едно и също населено място не по-малко от 3 месеца.

Чл. 277. Националната здравноосигурителна каса сключва само по един договор с изпълнител на извънболнична дентална помощ в рамките на една РЗОК, за всеки един от предметите на дейност (първична, специализирана), като изпълнението може да се осъществява на няколко места на територията на съответната РЗОК.

Чл. 278. (1) Лечебните заведения за ИзвбДП, желаещи да сключат договор със съответната РЗОК, на чиято територия са регистрирани, представят заявление по образец, утвърден от директора на НЗОК, към което прилагат документи, удостоверяващи условията по чл. 275 .

(2) Изпълнителите на ИзвбДП, сключили договор с НЗОК за 2006 г., прилагат само следните документи:

1. копие от удостоверение за регистрация на лечебното заведение в РЦЗ, с всички адреси на лечебното заведение;

2. удостоверение за актуално членство в БЗС към датата на подаване на документите за съответната календарна година;

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

4. график и маршрут на подвижните структури—за лечебните заведения с разкрити подвижни структури;

5. регистрация по БУЛСТАТ;

6. декларация за регистрирано лечебно заведение на територията на друга РЗОК.

Чл. 279. Директорът на РЗОК не може да изисква от ИДП други документи при сключване на договор с НЗОК, освен посочените в чл. 278, ал. 1 и 2.

Чл. 280. При промяна на всяко от обстоятелствата по чл. 275 и 278 изпълнителят на ИзвбДП е длъжен да уведоми РЗОК, като изпрати и копие от съответния документ в 7-дневен срок от настъпването на промяната.

Раздел II

Права и задължения на изпълнителите на извънболнична дентална помощ

Чл. 281. Изпълнителите на дентална помощ осъществяват дейността си съгласно изискванията на чл. 6, ал. 1 ЗЛЗ и Кодекса за професионална етика на лекарите по дентална медицина (ДВ, бр. 49 от 2002 г.).

Чл. 282. Изпълнителите на дентална помощ имат право:

1. да получат договореното заплащане за извършените дейности при настоящите условия и ред;

2. да получават текуща информация и съдействие относно възложените им за изпълнение дейности.

Чл. 283. Изпълнителите на дентална помощ:

1. осигуряват достъпна дентална помощ и спазват правилата за добра дентална практика;

2. предоставят дентална помощ по вид, обем и качество, съответстващи на договорената;

3. предписват лекарства по вид и количества, съобразени с изискванията на действащото НРД;

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

5. осигуряват на длъжностните лица на НЗОК достъп до документи, свързани с осъществяването на дейността по договор с НЗОК;

6. не разпространяват данни, свързани с личността на ЗЗОЛ, станали им известни при или по повод оказване на дентална помощ, освен в случаите, предвидени със закон.

Раздел III

Условия и ред за оказване на извънболнична дентална помощ

Чл. 284. (1) Извънболнична дентална помощ при условията и по реда на този раздел се оказва на ЗЗОЛ, осъществили правото си на свободен избор, преглед и лечение от лекар по дентална медицина в лечебно заведение за ИзвбДП, сключило договор с НЗОК, в амбулаторията, включително в подвижната структура, посочена в договора с ИДП.

(2) Изборът по ал. 1 се осъществява в лечебно заведение съгласно наредбата по чл. 81, ал. 3 ЗЗ.

Чл. 285. За лицата, настанени в домове за медико-социални услуги, за децата, настанени в специалните училища и домовете за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа, за

лицата, задържани под стража, лишените от свобода, които нямат достъп до дентална помощ поради липса на лекар по дентална медицина, работещ в съответното заведение, изборът на лекар по дентална медицина се осъществява служебно от директора на съответната РЗОК и председателя на съответната районна колегия на БЗС съгласувано с ръководителя на съответната структура.

Чл. 286. (1) Задължително здравноосигурените лица могат свободно да осъществяват или променят избора си на лекар по дентална медицина за всяка от договорените дейности през срока на действие на договора.

(2) Задължително здравноосигурените лица получават договорената дентална помощ само след доказване на здравноосигурителните си права и представяне на здравноосигурителна книжка на избрания лекар по дентална медицина.

Чл. 287. (1) Часовете за прием на ЗЗОЛ се уговарят предварително между изпълнителя на ИзвбДП и ЗЗОЛ.

(2) Лекарите по дентална медицина, работещи в лечебни заведения за ИзвбДП, поставят на видно място в амбулаторията списък с информация за пакетите, обемите и стойностите на договорените дейности съгласно приложение № 21.

Чл. 288. Общопрактикуващият лекар по дентална медицина и лекарят по дентална медицина-специалист задължително попълват за всяко ЗЗОЛ месечен "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 2), в който се отбелязва оказаната дентална помощ.

Чл. 289. Всеки лекар по дентална медицина отчита извършени дентални дейности съобразно определено времетраене за всяка дентална дейност съгласно чл. 301, но не повече от 6 часа средно дневно, считано при петдневна работна седмица, изчислено за един календарен месец, независимо от броя сключени договори като изпълнител и/или като наето лице.

Чл. 290. (1) Документацията, която е длъжен да води всеки изпълнител на ИзвбДП по този договор, включва:

1. здравноосигурителна книжка (ЗОК);
2. първични дентални и отчетни финансови документи, които се съхраняват от изпълнителя на ИзвбДП.

(2) В здравноосигурителната книжка на ЗЗОЛ се отбелязват данните на лекаря по дентална медицина, извършил дейността, подписът и печатът на същия, кодът на дейността и кодът на съответния зъб по договора с НЗОК и датата на извършването.

(3) При изчерпване на страниците в здравноосигурителната книжка се използва допълнителен лист-притурка към нея по образец.

(4) Националната здравноосигурителна каса отпечатва притурката по ал. 3 и я предоставя на ЗЗОЛ чрез РЗОК след представяне на здравноосигурителна книжка.

(5) При попълване на здравноосигурителната книжка на ЗЗОЛ се спазва хронологията по календарни години.

Чл. 291. При подмяна на здравноосигурителната книжка или притурка към нея РЗОК служебно вписва извършените за последната календарна година дентални дейности.

Чл. 292. (1) При необходимост от дентално лечение под обща анестезия на ЗЗОЛ до 18-годишна възраст с психични заболявания общопрактикуващият лекар по дентална или лекарят по дентална медицина -специалист насочва ЗЗОЛ към специалист със специалност "Психиатрия" с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3); към специалист със специалност "Анестезиология и интензивно лечение" с "Медицинско направление за извършване на високоспециализирани медицински дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А).

(2) Въз основа на издадените от специалиста психиатър "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1), съдържащ диагноза и заключение за необходимостта от това лечение, и "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3) общопрактикуващият лекар по дентална медицина или лекарят по дентална медицина специалист насочва ЗЗОЛ към изпълнител на специализирана извънболнична дентална помощ под обща анестезия за ЗЗОЛ до 18-годишна възраст с психични заболявания.

Раздел IV

Пакети и обеми дейности в извънболничната дентална помощ

Чл. 293. Изпълнителят на ПИДП извършва за всяко ЗЗОЛ, потърсило дентална помощ, следния обем дейности по приложение № 21, диференциран по възрастови групи:

1. при ЗЗОЛ на възраст до 18-годишна възраст:
 - а) обстоен профилактичен преглед със снемане на зъбен статус веднъж за съответната календарна година и допълнителен преглед за бременни;
 - б) до 4 лечебни дейности за съответната календарна година, като в тях се включват до две лечения на пулпит или периодонтит на постоянен зъб;
 2. при ЗЗОЛ на възраст над 18-годишна възраст:
 - а) обстоен преглед със снемане на зъбен статус веднъж за съответната календарна година и допълнителен преглед за бременни;
 - б) до три лечебни дейности за съответната календарна година;
 3. при бременни ЗЗОЛ денталният статус се отразява и в Карта за профилактика на бремеността за бременни и бременни с риск, издадена по чл. 131, т. 11.
- Чл. 294. Изпълнителите на специализирана извънболнична дентална помощ по специалност “Детска дентална медицина” извършват за всяко ЗЗОЛ на възраст до 18 години, потърсило дентална помощ, обема дейности по приложение № 21.
- Чл. 295. За всяко ЗЗОЛ под 18-годишна възраст с психични заболявания, потърсило дентална помощ, изпълнителите на СИДП извършват под обща анестезия дейности по договорените пакети заболявания съгласно приложение № 21 без ограничения на обема.

Раздел V

Цени и заплащане на дейностите в извънболничната дентална помощ

- Чл. 296. (1) Договорената и извършената дейност от изпълнителите на извънболнична дентална помощ се заплаща на база на следните договорени цени:
1. обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист 7,00 лв.;
 2. обтурация с амалгама или химичен композит 17,39 лв.;
 3. екстракция на временен зъб, вкл. анестезията 9,60 лв.;
 4. екстракция на постоянен зъб, вкл. анестезията 17,39 лв.;
 5. лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без обтурация) 22,31 лв.;
 6. лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без обтурацията) 67,79 лв.
- (2) Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло или частично договорения обем дейности, както следва:
1. при ЗЗОЛ до 18 години:
 - а) обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист, в т.ч. един допълнителен за бременни 5,20 лв.;
 - б) обтурация с амалгама или химичен композит 17,39 лв.;
 - в) екстракция на временен зъб, вкл. анестезията 9,60 лв.;
 - г) екстракция на постоянен зъб, вкл. анестезията 17,39 лв.;
 - д) лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без обтурацията) 17,61 лв.;
 - е) лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без обтурацията) 55,49 лв.;
 2. при ЗЗОЛ на възраст над 18 години:
 - а) обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист, в т.ч. един допълнителен за бременни 5,20 лв.;
 - б) обтурация с амалгама или химичен композит 13,39 лв.;
 - в) екстракция на зъб, вкл. анестезията 13,39 лв.
- Чл. 297 (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнителите на специализирана хирургична извънболнична дентална помощ на база на следните договорени цени:
1. специализиран обстоен преглед 7,00 лв.;
 2. за инцизия в съединителнотъканни ложи, вкл. анестезия 15,00 лв.;
 3. за екстракция на дълбоко фрактуриран и дълбоко разрушен зъб, вкл. анестезия 27,00 лв.;
 4. за контролен преглед след някоя от дейностите по т. 2 и 3—3,50 лв.

(2) При ЗЗОЛ на възраст до 18 години НЗОК заплаща частично договорения обем дейности по цени, както следва:

1. специализиран обстоен преглед 5,20 лв.;
2. за инцизия в съединителнотъканни ложи, вкл. анестезията 12,00 лв.;
3. екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, включително анестезията 22,00 лв.;
4. контролен преглед след някоя от дейностите по т. 2 и 3—2,70 лв.

(3) При ЗЗОЛ на възраст над 18 години НЗОК заплаща частично договорения обем дейности по цени, както следва:

1. специализиран обстоен преглед 5,20 лв.;
2. за инцизия в съединителнотъканни ложи, вкл. анестезията 7,50 лв.;
3. екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, включително анестезията 13,50 лв.;
4. контролен преглед след някоя от дейностите по т. 2 и 3—2,70 лв.

Чл. 298. Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло денталните дейности по договорените пакети и обеми за ПИСП и СИСП по цените в чл. 296, ал. 1 и чл. 297, ал. 1 за следните лица:

1. лицата, настанени в домове за медико-социални услуги;
2. децата, настанени в специалните училища и домовете за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа, включително и след навършване на 18 години;
3. лицата, задържани под стража.

Чл. 299. Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло договорената и извършената дейност по чл. 296, ал. 1 и чл. 297, ал. 1 от изпълнителите на специализирана извънболнична дентална помощ под обща или венозна анестезия за ЗЗОЛ до 18 години с психични заболявания, както следва:

1. обстоен преглед от лекар по дентална медицина за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист с насочване към специалист психиатър 13,00 лв.;

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

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

4. обща или венозна анестезия 31,00 лв. на час:

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

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

5. obturation с амалга или химичен композит 29,00 лв.;

6. екстракция на временен зъб 15,00 лв.;

7. екстракция на постоянен зъб 29,00 лв.;

8. лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без obturation) 32,00 лв.;

9. лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без obturation) 105,00 лв.;

10. инцизия в съединителнотъканни ложи 23,00 лв.;

11. екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб 42,00 лв.;

12. контролен преглед след някоя от горните две дейности 6,00 лв.;

13. двадесет и четири часово активно наблюдение при необходимост след общата анестезия 19,00 лв.

Чл. 300. Изпълнителят на извънболнична дентална помощ има право на пряко заплащане и/или доплащане от ЗЗОЛ в следните случаи:

1. при доплащане до пълните договорени стойности на извънболничната дентална помощ по чл. 296 и 297;

2. когато лицето е получило полагащия му се обем дейности съгласно НРД и желае да продължи лечението си;

3. когато необходимото лечение обхваща лечебно-диагностични дейности, невяклучени в договорения пакет по НРД;

4. когато при дейност, заплащана от НЗОК, лицето изрично предпочете методики, средства или материали, невяклучени в договорения пакет по НРД.

Чл. 301. (1) За секторна рентгенография на зъби и ортопантомография се заплаща на изпълнител на ИзвбДП, притежаващ разрешение за извършване на рентгенографска дейност по чл. 275, ал. 5, ако е назначена с направление за медико-диагностична дейност от изпълнител на извънболнична дентална помощ.

(2) Регулативните стандарти за СМДИ рентгенографски изследвания не важат за ИДП.

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

Чл. 302. На изпълнители на ИзвбДП, които са в договорни отношения с НЗОК, се заплаща отчетена експертна дейност, извършена по реда на този договор.

Чл. 303. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща 2,15 лв. за отчетена експертиза на временната неработоспособност на всеки член на обща или специализирана ЛКК, но не повече от трима.

(2) Експертиза по ал. 1 се отчита с отрязък от "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6) за всеки член на ЛКК.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща 2,15 лв. за отчетен преглед, поискан от ЛКК и РКМЕ.

(4) Прегледът по ал. 3 се отчита с отрязък от "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6).

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща извършените медико-диагностични дейности, изискани от ЛКК.

Чл. 304. Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на ИзвбДП след проверка по фактура, спецификация и изискваните отчетни документи.

Чл. 305. (1) Изпълнителите на извънболнична дентална помощ, сключили договор с НЗОК, представят ежемесечни отчети за дейността си на РЗОК по утвърден график до петия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(2) Районната здравноосигурителна каса извършва плащанията до 20-о число на месеца, следващ отчетния.

Чл. 306. (1) Условия за плащане на ИДП са точно и правилно попълнените документи съгласно раздел VI на тази глава.

(2) Районната здравноосигурителна каса не заплаща по реда, предвиден в НРД, за извършени дейности от изпълнител, ако те не са отчетени до петия работен ден на третия месец, следващ отчетния.

Чл. 307. (1) При констатиране на неправилно попълнени данни РЗОК в срок до 15-о число на месеца, следващ отчетния, връща фактурата и спецификацията към нея на изпълнителите на дентална помощ с писмени указания за необходимите корекции и допълнения. В срок до 3 работни дни изпълнителят се задължава да върне документите със съответните промени. Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определения срок.

(2) Средствата се превеждат на ИДП до 7 работни дни след получаване на коригираните спецификации и фактура.

(3) Ако исканите поправки не се извършат до края на втория месец, следващ отчетния, на изпълнителя не се заплаща по реда на НРД.

Чл. 308. Плащанията се извършват в левове по банков път по обявена от ИДП банкова сметка.

Чл. 309. (1) За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИДП носят отговорност съгласно условията на раздел девети на тази глава.

(2) Санкции не се налагат и амбулаторните листи се коригират от ИДП в момента на отчитането, в случай че при приемането им се установяват следните технически грешки:

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

Чл. 310. В случай че РЗОК не заплати на ИДП извършените дейности в сроковете, определени с договора с ИДП, тя дължи на изпълнителя законна лихва за просроченото време.

Чл.311 (1) Представителите на БЗС и НЗОК ежемесечно наблюдават и анализират изпълнението на бюджета за годината в частта на здравноосигурителните плащания за извънболнична дентална помощ.

(2) В случай, че очакваното изпълнение на бюджета към 30 юни на съответната година надхвърля с повече от 25 на сто половината от предвидените в Закона за бюджета средства за заплащане на извънболничната дентална помощ в срок до 20 юни НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности по чл. 297 и чл. 298, така че очакваният разход по параграфа до края на годината да не се отклонява с повече от 10 на сто.

(3) В случай, че очакваното изпълнение на бюджета към 30 септември на съответната година надхвърля с повече от 15 на сто три четвърти от предвидените в Закона за бюджета средства за заплащане на извънболничната дентална помощ в срок до 20 септември НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности по чл. 297 и чл. 298, така че очакваният разход по параграфа до края на годината да не се отклонява с повече от 10 на сто.

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

(5) С случай, че страните не подпишат протокола по ал. 5 директорът на НЗОК има право да извърши едностранно корекцията на цените в съответствие с правилата по ал. 2 и 3. Коригираните цени се прилагат, считано от първо число на следващия месец и са задължителни за всички изпълнители.

Чл. 312. (1) Изпълнителят на ИДП има право на допълнително заплащане, когато населеното място, в което е разкрита амбулаторията му, е определено като неблагоприятно съгласно приложение № 22 при наличие едновременно на следните условия:

1. обслужваните ЗЗОЛ са с настоящ адрес в населеното място, включено в приложение № 22;
2. дейността, за която допълнително се заплаща, се извършва в амбулатория, разкрита в населено място, включено в приложение № 22.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите по ал. 1 допълнително 20 % върху цените на денталните дейности по чл. 296, ал. 2.

Раздел VI

Документация и документооборот за изпълнителите на извънболнична дентална помощ

Чл. 313. Документацията, която е длъжен да води и съхранява в амбулаторията си всеки ИСП по оказване на дентална помощ по реда на ЗЗО, включва първични и отчетни документи.

Чл. 314. (1) Изпълнителят води следните първични документи, по образци съгласно приложение № 4:

1. “Амбулаторен лист” (бл. МЗ-НЗОК № 2)— за изпълнителите от извънболничната дентална помощ;
2. “Направление за медико-диагностична дейност” (бл. МЗ-НЗОК № 4);
3. “Рецептурна бланка” (бл. МЗ-НЗОК № 5)—за предписване и отпускане на лекарства, за които НЗОК напълно или частично заплаща;
4. “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК № 6);
5. “Направление за хоспитализация” (бл. МЗ-НЗОК № 7);
6. “Направление за консултация” (бл. МЗ119А);
7. “Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3);
8. “Медицинско направление за високоспециализирани дейности” (бл. МЗ-НЗОК № 3А)—за високоспециализирани дейности (за анестезиологична консултация).

(2) Документооборотът по ал. 1 е, както следва:

1. “Амбулаторен лист” (бл. МЗ-НЗОК № 2) за извънболнична дентална помощ се попълва в три екземпляра от общопрактикуващия лекар по дентална медицина или от специалиста лекар по дентална медицина за всяко ЗЗОЛ; в амбулаторния лист се отбелязва оказаната дентална помощ, без необходимост от вписване на междинните етапи; зъбният статус се отразява еднократно в рамките на сключения договор при първото посещение на пациента; първият екземпляр се изпраща в РЗОК,

вторият екземпляр формира амбулаторния журнал на лекаря по дентална медицина, а третият се предава на пациента;

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

3. “Рецептурна бланка” (бл. МЗ-НЗОК № 5) за предписване и отпускане на лекарства, за които НЗОК заплаща напълно или частично, съставя се в три екземпляра от изпълнителя на ИзвбДП: първият екземпляр от рецептата се прилага към финансов отчет (спецификация към фактура) и се предава в РЗОК от аптеките, сключили договор с РЗОК; вторият екземпляр остава в аптеката, отпуснала лекарствата, а третият екземпляр остава в ИДП, изписал рецептата;

4. “Талон за медицинска експертиза” (бл. МЗ-НЗОК № 6) съставя се в един екземпляр от изпълнител на СИДП при необходимост от експертиза на работоспособността на ЗЗОЛ; изпълнителят на СИДП, в който е създадена ЛКК, извършила експертизата, отчита документа (отделните направления към него) заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК; специалистът, член на ЛКК, попълва данните си в отрязък от “Талон за медицинска експертиза” откъсва го и отчита същия в РЗОК; общият талон:

а) при изпращане към ЛКК остава в председателя от ЛКК, като се прилага към месечния отчет на ЛКК, представян в РЗОК;

б) при допълнително поискан преглед от ЛКК се отчита от изпълнителя, извършил прегледа;

5. “Медицинско направление за консултация или за провеждане на съвместно лечение” (бл. МЗ-НЗОК № 3) се съставя в един екземпляр от изпълнителя на дентална помощ при необходимост от провеждане на медицинска консултация или лечение със специалист психиатър и специалист анестезиолог; медицинското направление се изпраща от изпълнителите на СИМП, извършили консултацията или съвместното лечение, заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК; към всяко медицинско направление се прилагат попълнените амбулаторни листове от първично посещение;

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

Чл. 315. (1) Амбулаторният лист, направлението за медико-диагностична дейност и рецептурната бланка НЗОК се изготвят съгласно изисквания и реквизити, посочени в приложение № 4.

(2) Изпълнителите на дентална помощ закупуват за своя сметка необходимите им за извършване на съответната дейност формуляри.

Чл. 316. Финансовите отчетни документи към фактурите (спецификациите за месечно отчитане на дейността на изпълнителите на ИзвбДП) приложение № 5, се подготвят в два екземпляра от всички лечебни заведения, сключили договор с НЗОК. Първият екземпляр, придружен с фактура, се предава в РЗОК до 5-ия работен ден на месеца, следващ отчетния. Вторият екземпляр остава в ИДП.

Чл. 317. В РЗОК се води отчетност за всички първични дентални и отчетни документи, които ИДП представят за отчитане на извършената дейност амбулаторни листи, спецификации и фактури.

Чл. 318. (1) При констатиране на неправилно попълнени данни във финансовите отчетни документи на ИДП РЗОК ги връща за корекция.

(2) За представени неверни данни в отчетите по този договор се прилагат разпоредбите на глава четиринадесета.

Чл. 319. (1) Изпълнителят на ПИСП:

1. насочва ЗЗОЛ към изпълнител на специализирана хирургична извънболнична дентална помощ или изпълнител на ПИМП с направление за консултация, бланка 119А МЗ;

2. насочва ЗЗОЛ към лечебно заведение изпълнител на болнична помощ, с направление за хоспитализация (бланка МЗ-НЗОК № 7).

(2) Изпълнителят на СИДП:

1. насочва ЗЗОЛ към изпълнител на ПИМП с направление за консултация (бл. 119А МЗ);

2. насочва ЗЗОЛ към изпълнител на БП с направление за хоспитализация (бл. МЗ-НЗОК № 7).

Раздел VII

Качество на дейностите в извънболничната дентална помощ

Чл. 320. Показателите за качеството и ефективността на лечебната дейност в денталната медицина са:

1. за достъпност:
 - а) спазване на предварително уговорените часове за прием на ЗЗОЛ;
 - б) оказване на дентална помощ в рамките на договорените пакети и обеми дейности;
2. за дентално лечение:
 - а) дентален статус—пълнен и правилно вписан;
 - б) диагноза—пълна и правилно вписана;
 - в) съобразен с диагнозата лечебен метод;
 - г) оформяне на оклузалната повърхност и контакта на обтурацията със съседния зъб;
 - д) оформяне на обтурацията в гингивалната основа;
 - е) правилно проведено ендодонтско лечение;
 - ж) ефективност на проведеното обезболяване;
 - з) правилно проведено лечение на възпалителното заболяване;
3. спазване на установеното времетраене, както следва:
 - а) обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист 15 мин;
 - б) обтурация с амалга или химичен композит 26 мин;
 - в) екстракция на временен зъб, вкл. анестезията 17 мин;
 - г) екстракция на постоянен зъб, вкл. анестезията 22 мин;
 - д) лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без обтурацията) 39 мин;
 - е) лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без обтурацията) 141 мин;
 - ж) специализиран обстоен преглед 15 мин;
 - з) инцизия в съединителнотъканни ложи, включително анестезия 20 мин;
 - и) екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, включително анестезия 45 мин;
 - й) контролен преглед на някоя от дейностите по букви “з” и “и” (инцизия в съединителнотъканни ложи или екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб) 10 мин;
4. показателите за спазване на установеното времетраене не се отнасят за лечението на лица до 18-годишна възраст с психични заболявания.

Чл. 321. (1) Качеството на договорените и отчетени дейности (с изключение на лечението на пулпити и периодонтити) е гарантирано от ИДП за срок 12 последователни месеца от датата на извършване на дейността.

(2) Когато в срока по ал. 1 се наложи повторно извършване на отчетена дейност (с изключение на лечението на пулпити и периодонтити), това става за сметка на ИДП.

Раздел VIII

Условия и ред за контрол по изпълнението на договорите за оказване на извънболнична дентална помощ

Контрол, осъществяван от длъжностни лица на НЗОК

Непосредствен контрол

Раздел IX

Санкции при неизпълнение на договорите за оказване на извънболнична дентална помощ

Видове санкции

Ред за прилагане на санкции при медицински и финансови нарушения

Правила за работа на арбитражните комисии

Раздел X

Прекратяване на договор за оказване на извънболнична дентална помощ

ДОПЪЛНИТЕЛНА РАЗПОРЕДБА

§ 1. По смисъла на настоящите условия:

8. “Завършена клинична пътека” е:

8.1. за хирургична/интервенционална клинична пътека, когато е извършена основната хирургическа/интервенционална процедура, спасен е задължителния минимален болничен престой, посочен в съответната клинична пътека, и извършени определен брой диагностични процедури и предвидените следоперативни грижи;

8.2. за терапевтична клинична пътека, когато са извършени основни диагностични и терапевтични процедури, заложи в нея, и е спасен задължителния минимален болничен престой, посочен в съответната клинична пътека.

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 2. Настоящите условия влизат в сила от 1 януари 2007 година.

§ 3. (1) Договорите с ИМП и ИДП влизат в сила, както следва:

1. от 01 януари 2007 при условие, че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор е работил по договор с НЗОК за оказване на същия вид медицинска и/или дентална помощ и че новият договор се подпише в срока по чл. 19, ал. 3;

2. от датата на подписване при условие, че изпълнителят по т. 1 е договорил дейност, която не е извършвал по договор с НЗОК по НРД 2006 - за новата по вид дейност;

3. от датата на подписване при условие, че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор не е работил по договор с НЗОК.

(2) В случай, че лечебно или здравно заведение – изпълнител по НРД 2006, не сключи договор с НЗОК при настоящите условия, за извършената от него дейност от 01 януари 2007 до датата на отказа се подписва срочен договор при условие, че до момента на отказа оказва същия вид медицинска и/или дентална помощ, какъвто е оказвало по НРД 2006.

(3) До сключване на договорите за оказване на болнична помощ НЗОК и лечебните заведения могат да уговорят авансово отпускане на финансови средства, които да бъдат прихванати с дължимото заплащане след сключване на договора.

§ 4. Всички образци на първични медицински документи, приети с НРД 2006 година се прилагат до издаването на нови такива.

§ 5. Дейностите, започнати преди 01 януари 2007 година и завършени след тази дата, се извършват и заплащат при условията и по реда на НРД 2006.

§ 6. Дейностите, назначени по реда на НРД 2006, се извършват и заплащат по реда на настоящите условия, когато са започнати през 2007 г.

§ 7. (1) До влизане в сила на нови списъци по чл. 55, ал.2, т.7 от ЗЗО НЗОК заплаща лекарствените продукти, включени в лекарствения списък на НЗОК обн. в ДВ, бр. 68 от 2006 г., глюкомери и тест-ленти за тях, включени в списък на НЗОК обн. в ДВ, бр. 44 от 2003 г. и медицинските изделия и диетични храни за специални медицински цели по списък, утвърден от управителния съвет на НЗОК с РД-УС-04-81 от 26 април 2006г в сила от 01 юли 2006г.

(2) До утвърждаване на списъка с глюкомери и тест ленти за тях по ал. 1, НЗОК заплаща напълно и тест лентите, необходими за използването на глюкомерите ІМЕ, дарени от Австрийския червен кръст за нуждите на здравноосигурените лица, при условия и цени, идентични с тези за глюкомерите, включени в лекарствения списък на НЗОК (ДВ, бр. 44 от 2003 г.).

§ 8. (1) Неразделна част от настоящите условия са Приложения № 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 21, 22, 24, приложение 23 не съществува като номерация.

(2) Всички останали приложения към НРД 2006 остават в сила.

§ 9. Указанията по прилагане на НРД 2006, отнасящи се до оказване на извънболнична медицинска помощ, остават в сила.