

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 304 ОТ 17 ДЕКЕМВРИ 2010 Г. ЗА ПРИЕМАНЕ НА
ОБЕМИТЕ, ЦЕНИТЕ И МЕТОДИКИТЕ ЗА ОСТОЙНОСТЯВАНЕ И ЗА
ЗАПЛАЩАНЕ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ ПО ЧЛ. 55, АЛ. 2, Т. 2 ОТ
ЗАКОНА ЗА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ**

В сила от 01.01.2011 г.

Обн. ДВ. бр.101 от 28 Декември 2010г.

**МИНИСТЕРСКИЯТ СЪВЕТ
ПОСТАНОВИ:**

Чл. 1. Приема обемите и цените на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване съгласно приложения № 1, 2, 3, 4 и 5.

Чл. 2. Приема методиките за остойността на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване съгласно приложения № 6, 7, 8, 9 и 10.

Чл. 3. Приема методиките за заплащане на дейностите в медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване съгласно приложения № 11, 12 и 13.

Чл. 4. Националната здравноосигурителна каса предоставя на министъра на финансите и на министъра на здравеопазването ежемесечно отчет за изпълнението на обема и бюджета на видовете медицинска помощ по чл. 1.

Заклучителни разпоредби

§ 1. Постановлението се приема на основание чл. 55в, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване.

§ 2. Постановлението влиза в сила от 1 януари 2011 г.

Приложение № 1 към чл. 1

Обем и цени на дейностите в първичната извънболнична медицинска помощ

Код	Номенклатура	Обеми	Цени (в лв.)
I	Капитационно плащане	6 535 482	
1	Лица от 0 до 18 години	1 353 529	1,26
2	Лица от 18 до 65 години	3 886 855	1,05
3	Лица над 65 години	1 295 098	1,37
II	Дейност по програма "Детско здравеопазване"		
4	Профилактични прегледи за лица от 0 до 1 година	686 446	8,00
5	Профилактични прегледи за лица от 1 до 2 години	230 520	8,00

6	Профилактични прегледи за лица от 2 до 7 години	492 895	8,00
7	Профилактични прегледи за лица от 7 до 18 години	739 320	8,00
8	Имунизации на лица от 0 до 18 години	1 248 300	4,00
III	Дейност по програма "Майчино здравеопазване"	36 300	5,00
IV	Дейност по диспансерно наблюдение	3 300 000	7,50
V	Профилактични прегледи на лица над 18 години	2 200 000	8,00
VI	Имунизации на лица над 18 години	400 000	4,00
VII	Инцидентни посещения на задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ) от други здравни райони	32 089	5,00
VIII	Неблагоприятни условия	1067	5 000 000 лв. (годишна стойност)
IX	1. Заплащане за осигуряване на постоянен денонощен достъп до медицинска помощ на ЗЗОЛ, включително от дежурни кабинети съгласно Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (обн., ДВ, бр. 112 от 2004 г.; изм. и доп., бр. 61 и 102 от 2005 г., бр. 88 от 2006 г., бр. 2 и 60 от 2009 г. и бр. 45 и 62 от 2010 г.)		9 000 000 лв. (годишна стойност)
	2. Капитационно заплащане по т. 1		0,11

Приложение № 2 към чл. 1

Обеми и цени на дейностите в специализираната извънболнична медицинска помощ

Код	Номенклатура	Обеми	Цени (в лв.)
I	Първични посещения	6 838 430	15,50
1	Прегледи	5 800 000	15,50
2	На задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ) от 0 до 14 години при специалист "Детски болести" и/или с придобита профилна специалност по "Детски болести", насочен от общопрактикуващ лекар (ОПЛ) по повод остри състояния	741 128	15,50
3	За специалисти ("Хирургия", "Ортопедия и травматология")	180 000	15,50
4	Първични профилактични прегледи по програма "Майчино здравеопазване"	51 402	15,50
5	Първични специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ	65 900	15,50
II	Вторични посещения	3 478 561	
4	Прегледи	2 720 003	9,00
5	На ЗЗОЛ от 0 до 14 години при специалист "Детски болести" и/или с придобита профилна специалност по "Детски болести", насочен от ОПЛ по повод остри състояния	557 265	9,00
6	За специалисти ("Хирургия", "Ортопедия и травматология"), изпълняващи процедури	201 293	9,00
III	Профилактични прегледи на ЗЗОЛ до 18 години от лекар специалист с придобита специалност по "Детски болести"	40 009	9,00
IV	Профилактични прегледи по програма "Майчино	443 136	8,00

	здравеопазване"		
V	Профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 години от рискови групи	1 950	8,50
VI	Специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ	1 228 000	8,50
VII	Лечебно консултативни комисии (ЛКК)	1 165 000	2,50
VIII	Високоспециализирани дейности	595 743	
05_31	Локално обезболяване - проводна анестезия	105	7,00
06_11	Пункционна биопсия на щитовидна жлеза под ехографски контрол	200	26,50
14_24	Лазертерапия при очни заболявания	17 785	37,30
21_22	Вземане на биопсичен материал от нос	43	12,50
21_29	Назален провокационен тест с алергени	134	24,50
21_31	Отстраняване на полипи от носната кухина	199	25,00
22_01	Пункция и аспирация на максиларен синус	2 322	12,20
28_0	Инцизия на тонзиларни и перитонзиларни абсцеси	1 382	12,20
31_48	Ларингостробоскопия; ларингостробография	916	25,00
33_29	Бронхопровокационен тест с метахолин	17	30,00
38_50	Лигатура на вена при подкожни варикозни образувания и ексцизия на варикозни възли	17	28,00
39_96	Венозна анестезия	985	18,60
40_11	Вземане на биопсичен материал от лимфен възел	839	13,00
41_31	Вземане на материал чрез костно-мозъчна пункция за специализирани изследвания	20	15,00
45_13	Диагностична горна ендоскопия	16 186	20,00
45_23	Диагностична долна ендоскопия, фиброколоноскопия	1 044	20,00
45_24	Диагностична долна ендоскопия, фибросигмоидоскопия	3 372	20,00
57_32	Уретроцистоскопия (диагностична)	5 003	18,80
57_33	Вземане на биопсичен материал от пикочен мехур	4	13,00
58_0	Уретротомия при стриктура	34	14,00
58_23	Вземане на биопсичен материал от уретра	64	13,00
60_11	Вземане на биопсичен материал от простата	354	13,00
64_11	Вземане на биопсичен материал от пенис	22	13,00
67_11	Колпоскопия с прицелна биопсия	4 275	13,00
67_32	Деструктивно лечение на доброкачествени изменения на маточната шийка, с изключение на химична каутеризация	13 898	13,00
68_16	Аспирационна ендометриална биопсия	247	7,50
81_91	Диагностична и терапевтична пункция на стави	28 403	16,30
82_04	Инцизия и дренаж на палмарно или тенарно пространство	1 123	38,10
83_13	Вагинотомия	17	8,00
85_0	Инцизия на гръдна жлеза	856	15,00
85_11	Вземане на биопсичен материал от гърда	1 097	13,00
86_3	Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори	13 859	13,00
88_71	Трансфонтанелна ехография	2 277	16,30
88_72	Ехокардиография	270 175	21,30
88_721	Фетална ехокардиография на рисков контингент за сърдечна патология на плода	17	27,00
88_75	Доплерово ултразвуково изследване на бъбречни съдове	1 610	16,50
88_77	Доплерова сонография; доплерова сонография на периферни съдове; доплерова сонография на съдовете на щитовидната жлеза	43 684	16,50
88_79	Ехографско изследване на стави при деца	14 240	16,50
88_98	Остеоденситометрия и интерпретация при следните случаи: Болни с трансплантирани органи. Пациенти с хиперпаратиреоидизъм. Пациенти с хипогонадизъм	12	19,00
89_01	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката	14	25,00

	на радионуклидно маркирани тромбоцити		
89_04	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани еритроцити - обем циркулираща кръв/кинетика на еритроцити	14	25,00
89_06	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел от морфологични, имунофенотипни, цитогенетични и молекулярни показатели за диагноза и определяне на група прогностичен риск при болен с левкемия	14	25,00
89_07	Снемане на анестезиологичен статус за планиране на оперативна интервенция с анестезия	8 981	12,50
89_08	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел имунохистохимични, имунохимични показатели бета- микроглобулин за диагноза и определяне на група прогностичен риск при пациент с лимфом	14	25,00
89_12	Назален провокационен тест с медиатори	14	27,00
89_14	Електроенцефалография (ЕЕГ)	53 032	15,00
89_41	Сърдечно-съдов тест с натоварване	14 345	18,80
89_50	ЕКГ Холтер мониториране	14 629	16,30
89_61	Непрекъснат 24-часов запис на АН (Холтер мониториране)	1 810	16,00
90_49	Индуциране на хрчка и нейната обработка	14	12,00
93_08	Електромиография (ЕМГ)	26 820	15,00
93_13	Постизометрична релаксация (курс на лечение)	399	12,00
93_21	Екстензионна терапия (курс на лечение)	129	12,00
93_27	Специализирани кинезитерапевтични методи, приложими при ДЦП	313	26,00
93_75	Фониатрична консултация с последваща гласова рехабилитация - курс (комплекс дихателни, фонаторни и резонаторни упражнения) 10 сеанса	1 300	26,00
95_12	Флуорисцентна ангиография на съдовете на окото	8 226	33,70
95_23	Евокирани потенциали	153	19,00
95_47	Фонетография	40	15,00
96_53	Назален лаваж и обработка	14	17,00
99_29	Венозни инфузии на вазоактивни медикаменти при застрашаващи живота състояния	14	17,00
99_88	Лазертерапия при ставни заболявания и трудно зарастващи рани	15 660	25,00
Z01_5	Кожно-алергично тестване	2 860	7,50
Z01_5	Тестуване за поносимост при прилагане на анестетици	91	9,00
IX	Физиотерапия и рехабилитация	4 802 323	
7	Група I процедури	1 868 427	1,40
8	Група II процедури	70 704	1,40
9	Група III процедури	2 634 350	1,40
10	Заклучителни прегледи по трите групи	228 841	8,00

Приложение № 3 към чл. 1

Обеми и цени на медико-диагностичната извънболнична медицинска помощ

Код	Медико-диагностична медицинска помощ	Обеми	Цени (в лв.)
	ОБЩО	22 101 762	
01	Клинична лаборатория	19 276 013	
01_01	Кръвна картина - поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC	1 959 783	1,98
01_03	Скорост на утаяване на еритроцитите	1 210 379	0,77

01_04	Време на кръвене	82 692	1,43
01_05	Пресяващи тестове: протромбиново време	251 302	1,43
01_06	Пресяващи тестове: активирано парциално тромбопластиново време (APTT)	26 205	1,43
01_07	Пресяващи тестове: фибриноген	63 244	1,43
01_08	Химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген)	1 204 155	0,66
01_09	Седимент на урина - ориентировъчно изследване	1 304 279	0,66
01_10	Окултни кръвоизливи	20 612	2,30
01_11	Глюкоза	1 903 209	1,43
01_12	Кръвно-захарен профил	426 669	3,85
01_13	Креатинин	595 245	1,43
01_14	Урея	227 907	1,43
01_15	Билирубин - общ	92 619	1,43
01_16	Билирубин - директен	35 485	1,43
01_17	Общ белтък	130 255	1,43
01_18	Албумин	36 238	1,43
01_19	Холестерол	2 894 560	1,43
01_20	HDL-холестерол	2 145 656	1,43
01_21	Триглицериди	2 363 816	1,43
01_22	Гликиран хемоглобин	194 251	9,24
01_23	Пикочна киселина	158 712	1,43
01_24	АСАТ	400 365	1,43
01_25	АЛАТ	392 166	1,43
01_26	Креатинкиназа (КК)	28 708	1,43
01_27	ГГТ	135 854	1,43
01_28	Алкална фосфатаза (АФ)	72 254	1,43
01_29	Алфа-амилаза	30 776	1,43
01_30	Липаза	1 907	1,54
01_31	Натрий и калий	162 468	2,86
01_34	Калций	46 914	1,43
01_35	Фосфати	23 983	1,43
01_36	Желязо	133 952	1,43
01_37	ЖСК	49 953	2,10
01_38	CRP	49 087	3,74
02_09	Антистрептолизин титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)	19 657	3,67
02_10	Waaler Rose/RF (ревматоиден артрит)	13 388	3,67
01_40	Диференциално броене на левкоцити - визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване	306 035	1,98
01_41	Морфология на еритроцити - визуално микроскопско изследване	31 868	1,98
09_01	Криоглобулини	50	6,27
09_02	Общи имуноглобулини IgM	305	9,79
09_03	Общи имуноглобулини IgG	363	9,79
09_04	Общи имуноглобулини IgA	317	9,79
09_05	C3 компонент на комплемента	86	9,79
09_06	C4 компонент на комплемента	61	9,79
10_08	fT4	105 946	10,34
10_09	TSH	250 918	10,34
10_10	PSA	23 265	12,10
10_11	CA-15-3	3 836	12,10
10_12	CA-19-9	2 936	12,10
10_13	CA-125	4 910	12,10
10_14	Алфа-фетопротеин	1 548	12,10
10_15	Бета-хорионгонадотропин	1 213	12,10

10_16	Карбамазепин	491	12,00
10_17	Валпроева киселина	1 151	12,00
10_18	Фенитоин	2	12,00
10_19	Дигоксин	5	12,00
10_20	Микроалбуминурия	101 034	8,00
10_21	Progesteron	7 783	10,34
10_22	LH	9 368	10,34
10_23	FSH	10 909	10,34
10_24	Prolactin	17 035	10,34
10_25	Estradiol	9 032	10,34
10_26	Testosteron	9 836	10,34
10_34	Маркер за костно разграждане за диагностика на остеопороза	1 292	12,10
10_61	CEA	1 713	12,10
2	Клинична микробиология	610 538	
02_07	RPR (или Васерман)	58 752	3,56
02_09	Антистрептолизин титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)	19 657	3,67
02_10	Waalser Rose/RF (ревматоиден артрит)	13 388	3,67
02_11	Paul-Bunnell (инфекциозна мононуклеоза)	617	3,56
02_12	Фекална маса и ректален секрет (Salmonella, Shigella, E. coli, Candida, Campylobacter, Clostridium difficile, Staphylococcus aureus)	91 196	7,00
02_13	Изследване на урина за урокултура E.coli, Proteus, Enterobacteriaceae, Enterococcus, Грам (-), Staphylococcus (S. aureus, S. saprophyticus)	113 042	5,50
02_14	Материал от генитална система N. gonorrhoeae, Streptococcus (Haemophilus), Staphylococcus, Gardnerella, Enterobacteriaceae и др., Грам (-), Гъби (C. albicans) и др.	96 521	8,00
02_15	Ранев материал и гной Staphylococcus (S. aureus), b-Streptococcus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам (-), Анаероби, Corynebacterium	6 922	8,00
02_16	Гърлени и назофарингеални секрети b-Streptococcus, Staphylococcus (S. aureus), Neisseria (N. meningitidis), Haemophilus (H. influenzae), Гъби (C. albicans и др.), Corynebacterium	87 887	8,00
02_17	Храчка, a-(b)- Streptococcus, Staphylococcus, Branhamella, Haemophilus, Enterobacteriaceae и др. Грам (-), Гъби (C. albicans и др.), Mycobacterium, Анаероби, Aspergillus, M. pneumoniae, RSV	11 477	8,00
02_19	Антибиограма с 6 антибиотични диска	107 982	4,50
02_20	Chlamydia (сух тест)	3 097	3,46
4	Медицинска паразитология	148 280	
04_01	Микроскопско изследване за паразити, включително Trichomonas vaginalis	138 318	4,00
04_02	Серологично изследване за трихинелоза	268	6,00
04_03	Серологично изследване за токсоплазмоза	7 324	6,00
04_04	Серологично изследване за ехинококоза	2 370	6,00
05	Вирусология	92 639	
05_01	Доказване на HIV антитела с имунологичен метод ЕЛАЙЗА	26 616	7,45
05_02	Доказване на антитела РЗХА за рубеола при бременни	118	7,88
05_03	Доказване на антитела РЗХА за морбили при бременни	10	7,88
05_04	Серологични изследвания за маркери на	761	7,45

	хепатитните ви-русиА по метода ЕЛАЙЗА		
05_05	Серологични изследвания за маркери на хепатитните ви-русиВ по метода ЕЛАЙЗА	59 327	7,45
05_06	Серологични изследвания за маркери на хепатитните ви-русиС по метода ЕЛАЙЗА	5 807	7,88
06	Рентгенология	1 702 654	
06_01	Рентгенография на зъби с определен центраж (секторна рентгенография)	24 665	1,21
06_02	Рентгенография на челюстите в специални проекции	867	6,16
06_03	Рентгенография на лицеви кости	3 305	6,16
06_04	Рентгенография на околоносни синуси	55 233	6,16
06_05	Специални центражи на черепа	3 389	6,16
06_06	Рентгенография на стернум	913	6,16
06_07	Рентгенография на ребра	13 598	6,16
06_08	Рентгеноскопия на бял дроб	9 057	6,16
06_09	Рентгенография на крайници	2 530	6,16
06_10	Рентгенография на длан и пръсти	40 826	6,16
06_11	Рентгенография на стерноклавикуларна става	605	6,16
06_12	Рентгенография на сакроилиачна става	2 090	6,16
06_13	Рентгенография на тазобедрена става	46 918	6,16
06_14	Рентгенография на бедрена кост	6 032	6,16
06_15	Рентгенография на колянна става	118 296	6,16
06_16	Рентгенография на подбедрица	14 397	6,16
06_17	Рентгенография на глезенна става	40 626	6,16
06_18	Рентгенография на стъпало и пръсти	49 959	6,16
06_19	Рентгенография на клавикула	1 549	6,16
06_20	Рентгенография на акромиоклавикуларна става	682	6,16
06_21	Рентгенография на скапула	519	6,16
06_22	Рентгенография на раменна става	37 593	6,16
06_23	Рентгенография на хумерус	3 341	6,16
06_24	Рентгенография на лакетна става	13 353	6,16
06_25	Рентгенография на антебрахиум	8 853	6,16
06_26	Рентгенография на гривнена става	32 327	6,16
06_27	Обзорна (панорамна) рентгенография на зъби (Ортопантомография)	15 987	11,22
06_28	Рентгенография на череп	5 938	11,22
06_29	Рентгенография на гръбначни прешлени	192 594	11,22
06_30	Рентгенография на гръден кош и бял дроб	530 324	11,22
06_31	Обзорна рентгенография на сърце и медиастинум	15 139	11,22
06_32	Обзорна рентгенография на корем	23 901	11,22
06_33	Рентгенография на таз	50 537	11,22
06_34	Ехографска диагностика на коремни и ретроперитонеални органи	149 950	11,22
06_35	Томография на гръден кош и бял дроб	239	17,60
06_37	Рентгеново изследване на хранопровод, стомах	25 003	17,60
06_38	Рентгеново изследване на тънки черва	922	17,60
06_39	Иригография	10 087	17,60
10_01	Компютърна аксиална или спирална томография	59 753	62,70
10_02	Ядрено-магнитен резонанс	24 757	183,70
10_03	Мамография на двете млечни жлези	73 594	14,96
10_58	Хистеросалпингография	233	17,60
10_59	Интравенозна холангиография	2	17,60
10_60	Венозна урография	2 171	17,60
07	Обща и клинична патология	210 762	
07_01	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от хрчка	36	5,40
07_02	Цитологично изследване на две проби от седимент	12	5,40

	от урина		
07_03	Цитологично изследване на две проби от секрет от млечна жлеза	482	5,40
07_04	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пикочен мехур	8	5,40
07_05	Цитологично изследване на две проби от секрет от външна фистула	4	5,40
07_06	Цитологично изследване на две проби от секрет от рана (включително оперативна)	9	5,40
07_07	Цитологично изследване на две проби от синовиална течност	77	5,40
07_08	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от уретери	126	5,40
07_09	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от женски полови органи	202 748	5,40
07_10	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от устна кухина	35	5,40
07_11	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от очни лезии	17	5,40
07_12	Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии	116	5,40
07_13	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пиелон	0	5,40
10_38	Хистобиопсично изследване на две проби от лимфен възел	177	12,96
10_39	Хистобиопсично изследване на две проби от млечна жлеза	591	12,96
10_40	Хистобиопсично изследване на две проби от простата	264	12,96
10_41	Хистобиопсично изследване на две проби от щитовидна жлеза	1	12,96
10_42	Хистобиопсично изследване на две проби от слюнчена жлеза	5	12,96
10_43	Хистобиопсично изследване на две проби от коремен орган	1 027	12,96
10_44	Хистобиопсично изследване на две проби от бял дроб, ларинкс и трахея	0	12,96
10_45	Хистобиопсично изследване на две проби от медиастиnum	1	12,96
10_46	Хистобиопсично изследване на две проби от туморни формации в коремната кухина	219	12,96
10_47	Хистобиопсично изследване на две проби от полов орган	1 941	12,96
10_48	Хистобиопсично изследване на две проби от устна кухина, фаринкс и хранопровод	120	12,96
10_49	Хистобиопсично изследване на две проби от кожа и кожни лезии	2 074	12,96
10_50	Хистобиопсично изследване на две проби от мускул	5	12,96
10_51	Хистобиопсично изследване на две проби от подкожен тумор	581	12,96
10_52	Хистобиопсично изследване на две проби от органи на пикочната система	33	12,96
10_53	Хистобиопсично изследване на две проби от око и очни лезии	23	12,96
10_54	Хистобиопсично изследване на две проби от става	0	12,96
10_55	Хистобиопсично изследване на две проби от външно ухо	7	12,96
10_56	Хистобиопсично изследване на две проби от нос	21	12,96

10_57	Хистобиопсично изследване на две проби от костен мозък	2	12,96
09	Имунология	3 677	
09_01	Определяне на криоглобулини	63	6,27
09_02	Определяне на общи имуноглобулини Ig M	451	9,79
09_03	Определяне на общи имуноглобулини Ig G	473	9,79
09_04	Определяне на общи имуноглобулини Ig A	465	9,79
09_05	Определяне на C3 компонент на комплемента	332	9,79
09_06	Определяне на C4 компонент на комплемента	308	9,79
10_05	Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити - стандартен панел	31	123,20
10_06	Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразолов тест	0	32,82
10_07	Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата	3	47,94
10_08	fT4	329	10,34
10_09	TSH	495	10,34
10_29	Определяне на общи Ig E	252	41,89
10_30	Определяне на антинуклеарни антитела в серум	475	41,89
12	Имунохематология	57 199	
10_35	Определяне на имуноглобулиновата характеристика на еритроантителата (диференциран директен тест на Coombs) с моноспецифични антиимуноглобулинови тест-реагенти с анти-IgG и антикомплементарен (C') тест-реагент	45	11,76
10_36	Определяне на специфичността и титъра на еритроантителата чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	121	23,41
10_37	Определяне на титъра на имунните анти-A и анти-B антитела от клас IgG след обработка на серума с 2-меркапто-етанол чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	963	16,35
12_01	Определяне на кръвни групи от системата AB0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-A, анти-B, анти-AB, анти-D и тест-еритроцити A1, A2, B и 0)	39 753	7,06
12_02	Определяне на подгрупите на A антигена (A1 и A2) с тест-реагенти с анти-A и анти-H	5 803	4,14
12_03	Определяне на слаб D антиген (Du) по индиректен тест на Coombs	514	31,58
12_04	Изследване за автоеритроантитела при фиксирани антитела върху еритроцитите - чрез директен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум, при свободни антитела в серума - чрез аглутинационен или ензимен метод	714	21,06
12_05	Изследване за алоеритроантитела чрез аглутинационен или ензимен метод или индиректен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум	9 136	31,58
12_06	Определяне на Rh фенотип (CcDEe) и Kell антиген с моноспецифични тест-реагенти	150	29,23

Приложение № 4 към чл. 1

Обеми и цени в извънболничната дентална медицинска помощ

ОБЩ ГОДИШЕН ОБЕМ ДЕЙНОСТИ	4 988 809
---------------------------	-----------

Код	Наименование на дейността	Цена (в лв.)	Цена (в лв.)
-----	---------------------------	--------------	--------------

		НЗОК	ПАЦИЕНТ
1	Първична дентална помощ		
	Първична дентална помощ за ЗЗОЛ до 18 години, изцяло или частично заплащана от НЗОК		
10111	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист, включително за бременни	6,44	1,80
30111	Обтурация с амалгама или химичен композит	26,76	0
50811	Екстракция на временен зъб	11,98	0
50911	Екстракция на постоянен зъб	26,76	0
33211	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб	21,92	4,70
33311	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб	68,93	12,30
	Първична дентална помощ за ЗЗОЛ над 18 години, частично заплащана от НЗОК		
10112	Обстоен преглед за установяване на орален статус	6,44	1,80
30112	Обтурация с амалгама или химичен композит	22,76	4,00
50912	Екстракция на зъб	22,76	4,00
	Неблагоприятни условия на работа		
	Първична дентална помощ за ЗЗОЛ до 18 години, изцяло заплащана от НЗОК за лица, настанени в специализирани училища и домове за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа, включително след навършване на 18 години; деца, настанени в специализирани училища и домове за доотглеждане, и лица, задържани под стража		
101111	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус	8,24	0
301111	Обтурация с амалгама или химичен композит	26,76	0
508111	Екстракция на временен зъб	11,98	0
509111	Екстракция на постоянен зъб	26,76	0
332111	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб	26,62	0
333111	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб	81,23	0
	Над 18 години		
101121	Обстоен преглед за установяване на орален статус	8,24	0
301121	Обтурация с амалгама или химичен композит	26,76	0
509121	Екстракция на зъб	26,76	0
2	Специализирана дентална помощ, извършвана от специалист по детска дентална медицина на ЗЗОЛ до 18 години, заплащана изцяло или частично от НЗОК		
10121	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист, включително за бременни	7,30	1,80
30121	Обтурация с амалгама или химичен композит	27,64	0
50821	Екстракция на временен зъб	13,18	0
50921	Екстракция на постоянен зъб	27,64	0
33221	Лечение на пулпит или периодонтит на	24,58	4,70

	временен зъб		
33321	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб	77,05	12,30
	Първична дентална помощ, извършвана от специалист по детска дентална медицина на ЗЗОЛ до 18 години, заплащана изцяло от НЗОК за лица, настанени в домове за медико-социални грижи; деца, настанени в специализирани училища и домове за доотглеждане, и лица, задържани под стража		
101211	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус	9,10	0
301211	Обтурация с амалгама или химичен композит	27,64	0
508211	Екстракция на временен зъб	13,18	0
509211	Екстракция на постоянен зъб	27,64	0
332211	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб	29,28	0
333211	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб	89,35	0
	Специализирана хирургична извънболнична помощ за лица до 18 години, частично заплащана от НЗОК		
102214	Специализиран обстоен преглед	7,30	1,80
520214	Инцизия в съединителнотъканни ложи, включително анестезия	16,40	3,00
510214	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, включително анестезия	30,10	5,00
544214	Контролен преглед след някоя от горните две дейности	3,80	0,80
	Специализирана хирургична извънболнична помощ за лица над 18 години, частично заплащана от НЗОК		0
102224	Специализиран обстоен преглед	7,30	1,80
520224	Инцизия в съединителнотъканни ложи, включително анестезия	11,90	7,50
510224	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, включително анестезия	21,60	13,50
544224	Контролен преглед след някоя от горните две дейности	3,80	0,80
	Специализирана хирургична извънболнична помощ, заплащана изцяло от НЗОК за лица, настанени в домове за медико-социални грижи, деца, настанени в специализирани училища и домове за доотглеждане, и лица, задържани под стража, до 18 години		0
1022114	Специализиран обстоен преглед	9,10	0
5202114	Инцизия в съединителнотъканни ложи, включително анестезия	19,40	0
5102114	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, включително анестезия	35,10	0
5442114	Контролен преглед след някоя от горните две дейности	4,60	0
	Специализирана хирургична извънболнична помощ, заплащана изцяло от НЗОК за лица,		0

	настанени в домове за медико-социални грижи; деца, настанени в специализирани училища и домове за доотглеждане, и лица, задържани под стража, над 18 години		
1022214	Специализиран обстоен преглед	9,10	0
5202214	Инцизия в съединителнотъканни ложи, включително анестезия	19,40	0
5102214	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, включително анестезия	35,10	0
5442214	Контролен преглед след някоя от горните две дейности	4,60	0
	Специализирана дентална помощ за ЗЗОЛ с психични отклонения до 18 години под обща или венозна анестезия		0
903212	24-часово активно наблюдение при необходимост след общата анестезия	25,30	0
101212	Обстоен профилактичен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист	17,30	0
301212	Обтурация с амалгама или химичен композит	38,60	0
508212	Екстракция на временен зъб	19,95	0
509212	Екстракция на постоянен зъб	38,60	0
332212	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без обтурация)	42,60	0
333212	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без обтурация)	139,70	0
520212	Инцизия в съединителнотъканни ложи, включително анестезия	30,60	0
510212	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб	55,90	0
544212	Контролен преглед след някоя от горните две дейности	8,05	0
	Обща анестезия за лица с психични отклонения до 18 години		
901212	Обща анестезия в извънболнично лечебно заведение	41,25 (на час, максимална продължителност 180 минути)	0
902212	Обща анестезия в болнично лечебно заведение	41,25 (на час, максимална продължителност 360 минути)	0
	Лечебно консултативна комисия (ЛКК)		
2631	Подготовка за ЛКК	2,50	0
2632	ЛКК	2,50	0
2633	По искане на ЛКК	2,50	0

Приложение № 5 към чл. 1

Обеми и цени на дейностите в болничната медицинска помощ

I. Обеми и цени на клиничните пътеки

КП №	КЛИНИЧНА ПЪТЕКА	Обеми	Цени
------	-----------------	-------	------

			(в лв.)
001	Исхемичен мозъчен инсулт без тромбоза	42 604	613
002	Исхемичен мозъчен инсулт с тромбоза	58	2 400
003	Паренхимен мозъчен кръвоизлив	3 940	774
004	Субарахноиден кръвоизлив	431	840
005	Остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) с имуноглобулин	47	2 255
006	Остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) с имуноглобулин на апаратна вентилация	2	2 684
007	Болести на черепно-мозъчните нерви, на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми + вертеброгенни дискови и дискартикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми	39 718	461
008	Диабетна полиневропатия	44 375	180
009	Остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при лица над 18 години	675	1 755
010	Остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при лица под 18 години	313	1 755
012	Наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система с начало в детска възраст (от 0 до 18 години), засягащи централната нервна система (ЦНС)	1 500	578
013	Наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система при възрастни пациенти, засягащи ЦНС и моторния неврон (ЛАС)	1 918	444
014	Наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система при възрастни пациенти, засягащи ЦНС и моторния неврон (ЛАС) с продължителна апаратна вентилация	0	2 200
015	Невро-мускулни заболявания и болести на предните рога на гръбначния мозък	268	480
016	Невро-мускулни заболявания и болести на предните рога на гръбначния мозък с продължителна апаратна вентилация	1	2 200
017	Мултипленна склероза	1 648	533
018	Епилепсия и епилептични пристъпи	5 702	270
019	Епилептичен статус	551	497
021	Миастения гравис и миастенни синдроми при лица над 18 години	173	439
022	Миастения гравис и миастенни синдроми при лица под 18 години	25	657
023	Миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация	17	869
024	Миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация	4	2 673
025	Паркинсонова болест	852	231
026	Заболявания на горния гастроинтестинален тракт	18 957	600
*1027	Интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт с неголям обем и сложност	8 924	120
028	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на	10 909	800

	гастроинтестиналният тракт		
029	Болест на Крон и улцерозен колит	1 326	998
030	Заболявания на тънкото и дебелото черво	15 493	604
031	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналният тракт	10 962	579
032	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума	2 927	1 207
033	Заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума	15 298	1 000
034	Декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза)	8 516	938
035	Хронични вирусни хепатити	806	604
036	Хронични чернодробни заболявания	5 282	699
037	Хронични диарии при лица под 18-годишна възраст	26	347
038	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания	17 852	792
039	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания с механична вентилация	78	1 056
040	Постоянна електрокардиостимулация	2 343	286
041	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии	284	2 814
042	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации	37	2 814
043	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация	24	3 600
044	Ендоваскуларно лечение на екстракраниални съдове	6	370
045	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания	4 890	2 814
*047.1	Нестабилна форма на ангина пекторис/остър миокарден инфаркт без ST елевация без инвазивно изследване и/или интервенционално лечение с насочване за ранна коронарография и болничен престой до 1 ден	27 000	120
047.2	Нестабилна форма на ангина пекторис/остър миокарден инфаркт без ST елевация без инвазивно изследване и/или интервенционално лечение без насочване за ранна коронарография и минимален болничен престой 3 дни	7 572	330
048	Нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване	13 174	933
049	Нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение	9 096	3 073
*050	Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с фибринолитик	1 140	2 750
051	Остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение	2 770	4 200
052	Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност 3 и 4 функционален клас без механична вентилация	69 374	420
053	Остра и изострена хронична сърдечна	434	1 100

	недостатъчност 3 и 4 функционален клас с механична вентилация		
054	Инфекциозен ендокардит	113	2 420
055	Заболявания на миокарда и перикарда	1 801	462
056	Ритъмни и проводни нарушения	17 192	345
057	Артериална хипертония при деца	214	579
058	Хипоксемични състояния при вродени сърдечни малформации при възраст до 18 години	55	578
059	Белодробен тромбоемболизъм без фибринолитик	2 588	700
060	Белодробен тромбоемболизъм с фибринолитик	91	2 481
061	Остър и обострен хроничен пиелонефрит	24 774	420
062	Гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - ново-открити, при лица над 18 години	785	876
063	Гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - ново-открити, при лица под 18 години	240	876
064	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - при лица над 18 години	3 196	876
065	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - при лица под 18 години	110	876
066	Остра бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	792	883
067	Остра бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	16	883
068	Хронична бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	5 032	330
069	Хронична бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	109	330
070	Трансуретрално оперативно лечение при онкологични заболявания на пикочния мехур: стадии T1-3, N0-2, M0-1	2 387	660
071	Радикална цистопростатектомия с ортотопичен пикочен мехур	40	2 277
072	Трансуретрална простатектомия	2 207	600
073	Отворени оперативни процедури при доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза и нейните усложнения, с изключение на ендоскопски методи	1 674	800
*074	Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика	10 640	116
075	Бъбречно-каменна болест: уролитиаза - екстракорпорална литотрипсия	9 806	380
076	Бъбречно-каменна болест: уролитиаза - ендоскопски методи на лечение	8 192	774
077	Оперативни процедури при вродени заболявания на пикочо-половата система	153	646
078	Оперативни процедури върху мъжка полова система	5 778	400
079	Оперативни процедури на долните пикочни пътища с голям обем и сложност	56	1 287
080	Оперативни процедури на долните пикочни пътища със среден обем и сложност	790	660
081	Оперативни процедури при инконтиненция на	72	612

	урината		
082	Реконструктивни операции в урологията	1 336	509
083	Ендоскопски процедури при обструкции на долните пикочни пътища	10 080	450
084	Оперативни процедури при травми на долните пикочни пътища	71	385
085	Оперативни процедури на бъбрека и уретера с голям и много голям обем и сложност	2 256	1 800
086	Оперативни процедури на бъбрека и уретера със среден обем и сложност	766	942
087	Радикална цистектомия; радикална цистопростатектомия	157	2 300
088	Радикална простатектомия	206	1 500
089	Консервативно лечение на възпалителни заболявания на мъжките полови органи	1 914	440
090	Хронична обструктивна белодробна болест - остра екзацербация	15 453	350
091	Бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18-годишна възраст	43 129	410
092	Бронхиална астма: среднотезък и тежък пристъп при лица над 18-годишна възраст	8 354	426
093	Бронхиална астма: среднотезък и тежък пристъп при лица под 18-годишна възраст	3 583	553
094	Диагностика и лечение на алергични заболявания на дихателната система при лица над 18 години	899	333
095	Диагностика и лечение при инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система при лица под 18 години	13 157	329
096	Гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица над 18 години	6 200	663
097	Гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица под 18 години	56	666
*098	Бронхоскопски процедури - диагностични и терапевтични, при заболявания на бронхо-белодробната система	4 952	120
099	Декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система при лица над 18 години	17 365	528
100	Декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система при лица под 18 години	76	578
101	Декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация	514	1 540
102	Бронхопневмония при лица под 18-годишна възраст	57 351	545
103	Бронхиолит при лица под 18-годишна възраст	16 209	431
104	Декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години	23 661	497
105	Декомпенсиран захарен диабет при лица под 18 години	879	506
106	Заболявания на щитовидната жлеза	3 542	341
*107	Заболявания на щитовидната жлеза с инструментална диагностика	957	150
108	Заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица над 18 години	1 853	371

109	Заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица под 18 години	421	529
110	Костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица над 18 години	382	392
111	Костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица под 18 години	27	392
112	Метаболитни нарушения при лица над 18 години	2 558	415
113	Метаболитни нарушения при лица под 18 години	755	471
114	Глухота - диагностика и консервативно лечение	2 203	300
*116.1	Консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип с болничен престой до 1 ден	8 834	150
116.2	Консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип с минимален болничен престой 4 дни	8 278	340
117	Глухота - кохлеарна имплантация при лица под 18 години	59	1 100
118	Хирургично лечение при заболявания на външното ухо и тъпанчевата мембрана	4 900	535
119	Хирургично лечение на глухота при проводно намаление на слуха	7 227	535
120	Хирургично лечение при хронични заболявания на сливиците	14 925	319
121	Микроларингохирургия на тумори и стенози на ларинкса и трахеята	2 348	546
122	Оперативно лечение на неоплазми на ларинкса, фаринкса, шията и шийни метастази	874	2 239
123	Оперативно лечение на нарушено носно дишане без/със обща анестезия	10 942	380
125	Оперативно лечение на неоплазми на носа и околоносните кухини	182	1 644
126	Речева рехабилитация след ларингектомия	211	285
127	Чужди тела в дихателните пътища и хранопровода	370	353
128	Неоперативно лечение на стенози и стриктури на хранопровода	202	615
129	Интензивно лечение на коматозни състояния, неиндицирани от травма	1 095	2 134
130	Интензивно лечение при комбинирани и/или съчетани травми	647	2 284
*131	Оперативно отстраняване на катаракта	29 329	360
133	Хирургично лечение на глаукома	1 830	390
*134	Хирургични интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност	2 000	150
135	Хирургични интервенции върху придатъците на окото с голям обем и сложност	12 354	300
136	Други операции на очната ябълка с голям обем и сложност	1 779	410
137	Кератопластика	177	1 000
138	Консервативно лечение на глаукома, съдови заболявания на окото и неперфоративни травми	10 788	273
139	Консервативно лечение при инфекции и възпалителни заболявания на окото и придатъците му	5 795	249
140	Хирургия на задния очен сегмент при заболявания на ретината, стъкловидното тяло и при травми	3 909	440

141	Раждане независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение	65 219	470
142	Преждевременно прекъсване на бременността по медицински показания	12 522	183
143	Интензивни грижи при бременност с реализиран риск	4 919	800
144	Стационарни грижи при бременност с повишен риск преди 36 г.с.	35 650	390
145	Нерадикално отстраняване на матката	6 314	1 024
146	Радикално отстраняване на женски полови органи	1 598	1 055
147	Оперативни интервенции чрез коремен достъп за отстраняване на болестни изменения на женските полови органи	7 296	711
148	Оперативни процедури за задържане на бременност след хабитуални (поне два) аборта и/или многоплодна бременност и/или инвитро оплождане и/или състояние след операция на маточната шийка (конизация, ампутация или трахелектомия)	427	128
*149	Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или инвазивно изследване на женските полови органи	29 147	277
150	Корекции на тазовата (перинеалната) статика и/или на незадържане на урината при жената	1 246	806
151	Диагностични процедури и консервативно лечение на токсо-инфекциозен и анемичен синдром от акушеро-гинекологичен произход	6 320	408
152	Корекции на проходимост и възстановяване на анатомия при жената	188	605
153	Системна радикална ексцизия на лимфни възли (тазови и/или параортални и/или ингвинални) като самостоятелна интервенция или съчетана с радикално отстраняване на женски полови органи. Тазова екзантерация	897	1 700
154	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок	80	1 109
155	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването	18	6 800
156	Оперативни процедури на хранопровода, стомаха и дуоденума с голям и много голям обем и сложност при лица над 18 години	2 142	2 363
157	Оперативни процедури на хранопровода, стомаха и дуоденума с голям и много голям обем и сложност при лица под 18 години	76	2 363
158	Оперативни процедури на хранопровода, стомаха и дуоденума със среден обем и сложност при лица над 18 години	403	1 521
159	Оперативни процедури на хранопровода, стомаха и дуоденума със среден обем и сложност при лица под 18 години	84	1 521
160	Оперативни процедури на тънките и дебелите черва, включително при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност при лица над 18 години	6 054	2 053
161	Оперативни процедури на тънките и дебелите черва, включително при заболявания на	167	2 053

	мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност при лица под 18 години		
162	Оперативни процедури на тънките и дебелите черва със среден обем и сложност при лица над 18 години	2 197	939
163	Оперативни процедури на тънките и дебелите черва със среден обем и сложност при лица под 18 години	110	939
164	Оперативни процедури върху апендикса	8 231	558
165	Хирургични интервенции за затваряне на стома	381	624
166	Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство	25 684	426
167	Оперативни процедури при хернии	20 899	574
168	Оперативни процедури при хернии с инкарцерация	2 667	601
169	Конвенционална холецистектомия	2 030	1 127
170	Лапароскопска холецистектомия	4 971	880
171	Оперативни процедури върху екстрахепаталните жлъчни пътища	2 287	2 138
172	Оперативни процедури върху черен дроб	796	2 487
173	Оперативни процедури върху черен дроб при ехинококова болест	265	1 355
174	Оперативни процедури върху панкреаса и дистален холедох с голям и много голям обем и сложност	681	3 745
175	Оперативни процедури върху панкреаса и дистален холедох със среден обем и сложност	152	1 720
176	Оперативни процедури върху далака при лица над 18 години	200	1 000
177	Оперативни процедури върху далака при лица под 18 години	22	1 500
178	Оперативни интервенции при диабетно стъпало без съдово реконструктивни операции	4 854	843
179	Оперативно лечение на онкологично заболяване на гърдата: стадии T1-4, N0-2, M0	3 703	1 100
*180	Оперативни интервенции върху гърда с локална ексцизия и биопсия	6 282	200
181	Оперативно лечение при остър перитонит	4 368	1 900
182	Оперативно лечение на интраабдоминални абсцеси	213	1 375
183	Консервативно лечение при остри коремни заболявания	1 010	714
184	Животозастрашаващи инфекции на меките тъкани - хирургично лечение	12 179	550
185	Лечение на тумори на кожата и лигавиците - злокачествени новообразувания	3 380	454
186	Реконструктивни операции на женската гърда по медицински показания след доброкачествени и злокачествени тумори и вродени заболявания	73	554
187	Оперативни процедури върху щитовидната и паращитовидните жлези с голям и много голям обем и сложност	1 855	668
188	Оперативни процедури върху щитовидната и паращитовидните жлези със среден обем и сложност	1 946	644
189	Хирургично лечение при надбъбречни заболявания	50	1 210
190	Оперативно лечение на абдоминалната аорта, долната празна вена и клоновете им	2 597	3 007

191	Оперативно лечение на хронична съдова недостатъчност във феморо-поплитеалния и аксило-брахиалния сегмент	1 804	1 919
192	Оперативно лечение на клонове на аортната дъга	410	1 709
193	Спешни оперативни интервенции без съдова реконструкция при болни със съдови заболявания (тромбектомии, емболектомии, ампутации и симпатекомии)	1 643	1 100
194	Консервативно лечение на дълбоките венозни тромбози и асцендиращите повърхностни тромбофлебити	8 573	600
195	Консервативно лечение с простагландинови/простациклинови деривати при съдова недостатъчност	2	330
196	Оперативно лечение при варикозна болест и усложненията ѝ	1 320	333
197	Конструиране на постоянен съдов достъп за хронично хемодиализа	1 075	232
198	Тежка черепно-мозъчна травма - оперативно лечение	596	2 500
199	Тежка черепно-мозъчна травма - консервативно поведение	176	1 035
200	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)	2 138	2 955
201	Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин	1 171	2 132
202	Консервативно поведение при леки и средно-тежки черепно-мозъчни травми	11 683	384
203	Хирургично лечение при травма на главата	580	1 052
204	Периферни и черепно-мозъчни нерви (екстракраниална част) - оперативно лечение	2 201	1 004
205	Гръбначни и гръбначномозъчни оперативни интервенции	4 592	1 819
206	Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години	2 937	10 100
207	Хирургично лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица под 18 години	90	10 100
208	Оперативни процедури при комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условие на екстракорпорално кръвообращение	1 444	13 500
209	Полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция и изискваща продължително лечение	363	14 500
210	Хирургично лечение при заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица над 18 години	280	3 223
211	Хирургично лечение при заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица под 18 години	40	3 223
212	Оперативно лечение на тумори на бял дроб, медиастиnum, плевра и гръдна стена	1 569	2 239
213	Едноетапни операции при белодробни болести, засягащи двата лоба, или при болести със	219	2 750

	съчетана белодробна и друга локализация		
214.1	Оперативно лечение на болести на бял дроб, медиастинум, плевра и гръдна стена, без онкологични заболявания	2 090	1 463
214.2	Спешни състояния в гръдната хирургия	1 000	900
215	Оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на таза и долния крайник	14 804	2 005
216	Оперативни процедури с алопластика на тазобедрена и колянна става	5 420	1 257
217	Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност	16 522	900
218	Малки оперативни процедури на таза и долния крайник	3 812	365
219	Артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	3 761	671
220	Големи оперативни процедури в областта на раменния пояс и горен крайник	5 336	994
221	Много големи оперативни процедури в областта на раменния пояс и горен крайник	647	1 326
222	Средни оперативни процедури в областта на раменния пояс и горен крайник	13 495	450
223	Малки оперативни процедури на раменния пояс и горен крайник	9 088	260
224	Оперативни процедури при заболявания на гръдния кош	90	660
225	Септични (бактериални) артрити и остеомиелити при лица под 18 години	23	1 100
226	Остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром при лица над 18 години	9 069	462
227	Остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром при лица под 18 години	20 912	462
228	Инфекциозни и паразитни заболявания, предавани чрез ухапване от членестоноги, при лица над 18 години	1 585	429
229	Инфекциозни и паразитни заболявания, предавани чрез ухапване от членестоноги, при лица под 18 години	299	429
230	Остър вирусен хепатит А и Е	1 348	879
231	Остър вирусен хепатит В, С и D	1 035	1 161
232	Паразитози	272	415
233	Покривни инфекции	157	415
234	Контагиозни вирусни и бактериални заболявания - остро протичащи, с усложнения	8 825	443
235	Вирусни хеморагични трески	15	908
236	Физикална терапия и рехабилитация при първични мускулни увреждания и спинална мускулна атрофия	102	321
237	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централната нервна система	10 277	438
238	Физикална терапия и рехабилитация след инфаркт на миокарда	932	438
239	Физикална терапия и рехабилитация след сърдечни операции	1 493	438
240	Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа	2 357	450
241	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферната нервна система	20 695	300
242	Физикална терапия и рехабилитация при родова	203	300

	травма на централната нервна система		
243	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на периферната нервна система	272	321
244	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателния апарат	38 131	300
245	Лечение на тежкопротичащи булозни дерматози	384	735
246	Тежко протичащи бактериални инфекции на кожата	8 152	452
247	Тежкопротичащи форми на псориазис - обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен	2 616	434
248	Еритродермии	2 976	389
249	Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити	469	434
250	Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин	43	220
251	Левкемии	9 191	732
252	Лимфоми	9 909	665
253	Хеморагични диатези. Анемии	9 957	665
254	Диагностика и консервативно лечение на солидни тумори в детска възраст	479	854
255	Ортоволтно перкутаннолъчелечение и метаболитна брахитерапия с високи активности	4 416	665
256	Метаболитна брахитерапия с ниски активности	232	327
257	Конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници	8 032	800
258	Високотехнологичнолъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания	1 200	1 890
259	Оперативни процедури в лицево-челюстната област с много голям обем и сложност	539	896
260	Оперативни процедури в лицево-челюстната област с голям обем и сложност	1 307	705
261	Оперативни процедури в лицево-челюстната област със среден обем и сложност	1 901	400
*262	Оперативни процедури в лицево-челюстната област с малък обем и сложност	588	200
263	Хирургично лечение на възпалителни процеси в областта на лицето и шията	4 798	420
264	Консервативно лечение при хирургични заболявания в лицево-челюстната област	486	300
265	Хирургично лечение на вродени малформации в лицево-челюстната област	570	714
266	Лечение на фрактури на лицевите и челюстните кости	1 156	803
268	Диагностика и лечение на новородени с тегло под 1499 г	634	3 501
269	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 г, първа степен на тежест	1 992	787
270	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 г, втора степен на тежест	2 849	1 113
271	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 г, първа степен на тежест	7 975	666
272	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 г, втора степен на тежест	3 646	1 004
273	Диагностика и лечение на дете с метаболитни нарушения	1 517	1 004
274	Диагностика и лечение на дете с вродени аномалии	816	1 004

275	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност чрез механична вентилация, първа степен на тежест	479	1 815
276	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност чрез механична вентилация, втора степен на тежест	606	3 146
277	Диагностика и интензивно лечение на новородени с еднократно приложение на сърфактант независимо от теглото	202	2 420
278	Диагностика и интензивно лечение на новородени с многократно приложение на сърфактант независимо от теглото	464	4 356
279	Грижи за здраво новородено дете	53 224	141
280	Хирургично лечение на изгаряния с площ над 5 на сто от телесната повърхност с хирургична обработка на раневите повърхности	1 446	350
281	Хирургично лечение при необширни изгаряния с площ от 1 до 19 на сто от телесната повърхност с хирургични интервенции	1 473	3 001
282	Хирургично лечение при обширни изгаряния над 20 на сто от телесната повърхност с хирургични интервенции	274	8 239
283	Оперативно лечение на поражения, предизвикани от ниски температури (измръзване)	71	289
284	Оперативно лечение на последствията от изгаряне и травма на кожата и подкожната тъкан	301	1 678
285	Оперативно лечение на кожни дефекти от различно естество, налагащи пластично възстановяване	1 235	783
286	Системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години	2 384	424
287	Системни заболявания на съединителната тъкан при лица под 18 години	162	424
288	Възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години	8 849	689
289	Възпалителни ставни заболявания при лица под 18 години	1 085	689
290	Дегенеративни и обменни ставни заболявания (при възраст над 18 години)	6 606	472
291	Токсоалергични реакции при лица над 18 години	5 091	472
292	Токсоалергични реакции при лица под 18 години	4 876	472
293	Отравяния и токсични ефекти от лекарства и битови отрови при лица над 18 години	4 959	669
294	Отравяния и токсични ефекти от лекарства и битови отрови при лица под 18 години	2 849	669
295	Фалюидно гъбно отравяне	36	2 200
296	Болест на Лайел	13	1 650
297	Палиативни грижи при онкологично болни	2 260	51
298	Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години	82 180	603

* Клинични пътеки, в които се допуска еднократна хоспитализация

II. Цени на медицинските изделия в болничната помощ

№ по ред	Название на медицинското изделие	Пределна цена (в лв.)
	Максимална обща ГОДИШНА СТОЙНОСТ	50 000 000
1.	сърдечна клапа протеза	3 600

2.	съдова протеза за гръдна аорта	1 800
3.	съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове	1 200
4.	съдов стент	1 200
5.	ставна протеза за тазобедрена става	1 080
6.	ставна протеза за колянна става	2 700
7.	кохлеарен имплантант	33 600
8.	постоянен кардиостимулатор	2 400
9.	временен кардиостимулатор* (временна трансвенозна пейсмейкърна система)	600

III. Цени на високоспециализираните медицински дейности в болничната помощ

№ по ред	Название на дейността	Цена (в лв.)
	Максимална обща ГОДИШНА СТОЙНОСТ	5 000 000
1.	Амниоцентеза, хорионбиопсия, хориоцентеза	15,15
2.	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на медиастиnum	40,40
3.	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на бял дроб	40,40
4.	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на панкреас	40,40
5.	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на черен дроб	40,40
6.	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на бъбреци	40,40
7.	Диагностична и терапевтична пункция под ехографски или рентгенов контрол на яйчници или телесни кухини	40,40
8.	Фибробронхоскопия със/без биопсия	35,35
9.	Трансторакална плеврална биопсия	35,35
10.	Трансторакална иглена биопсия на интраторакални процеси под рентгенов или ехографски контрол	35,35
11.	Дренаж на плеврална кухина - затворен	35,35
12.	Паравертебрални блокади и блокади на отделни нерви	23,23
13.	Хирургична обработка на усложнена оперативна рана след гръдни операции	23,23
14.	Първична херметизация на гръдна стена	12,12
15.	Провеждане на парентерална химиотерапия по терапевтична схема	12,12
16.	Инцизия и/или хирургичен шев на меки тъкани при наранявания в областта на шията и главата	23,23
17.	Фасциотомия	17,17
18.	Миотомия	17,17
19.	Бурзотомия	17,17
20.	Ганглионектомия	17,17
21.	Бурзектомия	17,17
22.	Шев на мускули (фасции) при травми	23,23
23.	Напасване на протеза на горен или долен крайник	9,09
24.	Задна назална тампонада	23,23
25.	Закрито наместване на носна фрактура	33,33
26.	Надпрагова аудиометрия - тимпанометрия и импедансметрия	5,05
27.	Аспирация на сперматоцеле	15,15
28.	Инцизия на тестис, инцизия на фуникулус сперматикус	17,17
29.	Вземане на биопсичен материал от скротум и туника вагиналис	17,17
30.	Инцизия и дренаж на скротума и туника вагиналис	23,23
31.	Вземане на биопсичен материал от бъбрек	21,21
32.	Поетапна вертикализация и обучение в ходене	23,23
33.	Сцинтиграфия на щитовидна жлеза	46,46

34.	Сцинтиграфия с 99 м Тс МІВІ	58,58
35.	Сцинтиграфия на бъбреци с 99 м Тс - ДМСА, ДТРА, МАГЗ	58,58
36.	Белодробна сцинтиграфия	58,58
37.	Радионуклидна нефрография със 131 J-хипуран	46,46
38.	Изследване на остатъчна урина хипуран	24,24
39.	Костна сцинтиграфия	70,70

Приложение № 6 към чл. 2

Методика за остойностяване на дейностите в първичната извънболнична медицинска помощ

I. Изчисляването на реимбурсните стойности на отделните дейности в обхвата на първичната медицинска помощ се извършва при следната последователност:

1. обобщаване на информацията от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) за обема и цените на отчетените и заплатени на общопрактикуващите лекари дейности през последните три години;

2. обобщаване на информацията от Националния статистически институт за броя и демографската структура на населението;

3. изчисляване на нови реимбурсни цени на базата на прогнозни обеми.

II. Заплащането на изпълнителите на първична медицинска помощ се формира на базата на два основни компонента - заплащане за капитация (за брой записани лица) и заплащане за дейност:

1. Капитационно плащане:

- Лица от 0 до 18 години
- Лица от 18 до 65 години
- Лица над 65 години

За всички лица - за осигуряване на постоянен денонощен достъп, включително чрез дежурни кабинети на групови практики в съответствие с Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (обн., ДВ, бр. 112 от 2004 г.; изм. и доп., бр. 61 и 102 от 2005 г., бр. 88 от 2006 г., бр. 2 и 60 от 2009 г. и бр. 45 и 62 от 2010 г.).

2. Заплащане за дейност:

2.1. Дейност по програма "Детско здравеопазване"

- Профилактични прегледи за лица от 0 до 1 година
- Профилактични прегледи за лица от 1 до 2 години
- Профилактични прегледи за лица от 2 до 7 години
- Профилактични прегледи за лица от 7 до 18 години
- Имунизации на лица от 0 до 18 години и на лица над 18 години

2.2. Дейност по програма "Майчино здравеопазване"

2.3. Дейност по диспансерно наблюдение

2.4. Профилактични прегледи на лица над 18 години

2.5. Инцидентни посещения на задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ) от други здравни райони

2.6. Неблагоприятни условия

2.7. Заплащане за осигуряване на постоянен денонощен достъп до медицинска помощ на ЗЗОЛ, включително от дежурни кабинети след 20,00 часа, в събота, неделя и в почивните дни, определени с наредба на министъра на здравеопазването.

III. Методика за изчисляване на реимбурсните нива за заплащането на база на капитация:

1. Капитацията има 3 компонента:

- 1.1. дефиниране на пакета от услуги, заплащани чрез базова капитационна стойност;
- 1.2. базова капитационна стойност;
- 1.3. механизъм за определяне на броя лица, регистрирани при всеки изпълнител.

2. Дефиниране на пакета услуги. Пакетът отразява текущите потенциални възможности за развитие на изпълнителите, както и интеграцията на услугите в обхвата на пакета съгласно определения в наредбата по чл. 45, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване.

3. Определяне размера на средствата и на базова капитационна стойност (base per capita rate). Базовата капитационна стойност се изчислява от оценката на средствата, които финансиращата институция има в наличност за една година, за да заплати за предлаганите първични извънболнични услуги на всички изпълнители, включени в системата за заплащане - първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) - разделени на общия брой регистрирани при общопрактикуващ лекар лица.

$$\text{Базова капитационна стойност} = \frac{\text{Общо средства във фонд ПИМП}}{\text{общ брой регистрирани индивиди}}$$

Средствата за първична медицинска помощ се определят като процент от общия бюджет на НЗОК. Разходите са базирани на фактическите разходи през предходната година или екстраполирани на базата на исторически разходи и степен на натовареност. Първоначално изчислението отдолу нагоре се прави с цел да се определи минималният разход за здравноосигурено лице за предоставяне на базова услуга.

4. Изчисляване на изравняващи риска коефициенти. За да се гарантира, че системата на капитационно заплащане осигурява подходящи стимули и компенсира доставчиците за обслужване на населението с различни здравни нужди, се използват коефициенти за изравняване на финансовия риск. По този начин не се допуска изпълнители на първична медицинска помощ да бъдат склонни да привличат по-здрави пациенти (селекция на риска) и да избягват регистрацията на скъпоструващите пациенти (възрастни или хронично болни).

Калкулира се корекцията на риска спрямо възраст (пол, здравен статус и пр.), като за целта се изчисляват коефициенти за корекция. С тях се коригира надолу или нагоре базовата капитационна стойност и се създават диференцирани капитационни плащания за отделните възрастови групи.

Въвежда се допълнително заплащане (на базата на комбинация от фактори, в т.ч. географски коефициент) за изравняване на риска за работа в неблагоприятни региони.

5. Поддържане на базата данни на записаните пациенти. Капитационното заплащане се основава на регистрацията на лицата при определен изпълнител за фиксиран период от време. Броят на регистрираните лица е една от детерминантите на общия размер финансови средства, които изпълнителят ще получи. Здравноосигурените лица имат възможност (и задължението) за свободен избор на изпълнител на медицинска помощ за фиксиран период. Базата данни със записаните при общопрактикуващ лекар лица се осъвременява след приключването на всеки отчетен период, всеки месец. Въз основа на точните и осъвременени данни капитационното заплащане може да бъде изменяно и приспособявано в съответствие с избора на пациентите.

6. Изчисляване на индивидуален капитационен бюджет на изпълнителя на медицинска помощ. Когато елементите на капитационното заплащане са конструирани - базова капитационна стойност; брой на записаните здравноосигурени лица; детайлна информация за характеристиките на лицата; набор от изравнителни коефициенти - капитационният бюджет за всеки изпълнител се изчислява, както следва:

$$\begin{aligned} &\text{Капитационен бюджет на единицата } i \\ &= \Sigma [(\text{коефициент за корекция за група } A) \end{aligned}$$

х (брой на регистрираните в група А)
х (базовата капитационна стойност)
+ (сума за работа в географски неблагоприятни условия)]

Коефициентите за изравняване на риска служат за преразпределяне на средствата в рамките на ПИМП, но те не променят размера на наличните средства. Базовата капитационна стойност се изчислява от претеглените средни размери на средствата на глава, които са налични в ПИМП фонда, претеглени чрез възрастов/(пол) коефициент на регистрираните при всеки изпълнител на първична извънболнична услуга.

7. Поддържане на финансова и управленска система. Като самостоятелни юридически лица изпълнителите на ПИМП са отговорни за планирането и изпълнението на бюджетите, обслужване на банковите сметки, закупуване на ресурси, обслужване на счетоводната система и изготвяне на счетоводни и медицински отчети. Изпълнителите на първична медицинска помощ са задължени да поддържат системи за анализиране на финансовите резултати и изготвянето на доклади, които могат да бъдат използвани за подобряване на разпределението на ресурсите. Необходимо е да поддържат вътрешни информационни системи, чрез които да се наблюдават и управляват.

8. Системи за наблюдение и гарантиране на ефективното разходване на публични средства и на качеството. Капитационното заплащане потенциално има позитивен ефект - задържане на разходите, но също и потенциално негативен ефект за намаляване на количеството и качеството на необходимите услуги. По тази причина се комбинира със заплащане за дейност (допълнителен елемент от формирането на общия финансов ресурс за работата на общопрактикуващите лекари) като гаранция, че ресурсите са използвани за осигуряването на достъп до необходимите по обем и качество услуги.

IV. Методика за изчисляване на реимбурсните нива за заплащане за извършена дейност:

1. Капитацията прехвърля осигурителния риск върху изпълнителите на медицинска помощ и ги възпира от свръхпредлагане на услуги. Това налага да се съчетае с базиран на резултата механизъм за заплащане за предоставяне на специфични услуги.

2. Заплащането за извършена дейност се базира на системата такса за услуга, при която изпълнителят на медицинска помощ е реимбурсиран за предоставянето на всяка индивидуална услуга. Използват се два подхода за заплащане: (1) базиран на ресурсите (т.нар. "retrospective cost-based" payment) или (2) базиран на резултатите (Този подход може да бъде въведен с определянето на показатели за качество като допълнителен финансов стимул за изпълнителите на медицинска помощ.).

Приложение № 7 към чл. 2

Методика за остойностяване на дейностите в специализираната извънболнична медицинска помощ

I. Изчисляването на реимбурсните стойности на отделните дейности в обхвата на специализираната медицинска помощ се извършва при следната последователност:

1. обобщаване на информацията от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) за обема и цените на отчетените и заплатените на специалистите дейности през последните три години;

2. изчисляване на нови реимбурсни цени на базата на прогнозни обеми.

II. Заплащането на изпълнителите на специализирана помощ се основава на следната методика:

1. Дефиниране на пакета услуги. Дефиниране на агрегирани групи здравни услуги със

сходни разходи:

- 1.1. Първични посещения;
- 1.2. Вторични посещения;
- 1.3. Профилактика на лица до 18 години;
- 1.4. Профилактика на лица над 18 години с рисков профил;
- 1.5. Дейност по програма "Майчино здравеопазване";
- 1.6. Диспансерно наблюдение;
- 1.7. Дейности, свързани с лечебно консултативните комисии (ЛКК);
- 1.8. Високоспециализирани медицински дейности в извънболничната специализирана

помощ;

- 1.9. Физиотерапия и рехабилитация.

2. Определяне размера на средствата за специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП). Средствата за специализирана медицинска помощ се определят като процент от общия бюджет на НЗОК. Разходите са базирани на фактическите разходи през предходната година или екстраполирани на база исторически разходи, обем дейности и натовареност. Разпределението може да бъде променяно при промяна на обхвата от услуги или включването на допълнителни дейности.

3. Определяне на единичната стойност на услугата (посещение). Първоначално изчислението се прави отдолу нагоре с цел да се определи минималният разход на здравноосигурено лице за предоставяне на базова дейност от обхвата на основния пакет за съответната специалност. Разходите се определят като преки и непреки и се извършва процентно разпределение по видовете здравни услуги, предлагани от специалистите. След това този минимум може да бъде повишен чрез разпределение отгоре надолу на ресурсите за специализираната извънболнична помощ. Комбинирането на двата подхода осигурява бюджетно неутрален механизъм за разпределение на ресурсите.

- Разпределение на преките разходи за видовете медицински дейности;
- Разпределение на непреките (фиксираните) административни разходи;
- Разпределение на разходите за заплати: общото време, отделено за всяка една от услугите в извънболничната помощ, се разделя на общото време, отделяно за всички здравни услуги (времето може да се разпредели по специалности).

$$\begin{aligned} & \text{Единична цена за посещение} \\ &= \frac{\sum \text{Общите годишни разходи за здравна услуга } X \text{ в лечебно заведение } i}{\sum [(\text{брой на услугата } X, \text{ предоставена в лечебното заведение } i \text{ по време на 1-месечен период на проучване}) \times (12 \text{ месеца})]}. \end{aligned}$$

Или

$$\begin{aligned} & \text{Глобална средна единична цена на посещение} \\ &= \frac{\sum \sum \text{Общите разходи за услуга } X \text{ в лечебно заведение } i \text{ по време на периода на проучване}}{\sum [(\text{брой на услугата } X, \text{ извършена в лечебно заведение } i \text{ по време на 1-месечен период на проучване}) \times (12 \text{ месеца})]}. \end{aligned}$$

За да се обобщят единичните цени за посещение, те се превръщат в относителни тегла, чрез разделянето на разходите за всяка група от услуги на общите средни разходи:

$$\begin{aligned} & \text{Единичната цена за услуга } x \\ \text{Относителна единична цена } x &= \frac{\text{Единичната цена за услуга } x}{\text{Глобалната средна цена за услуга}} \end{aligned}$$

4. Поддържане на финансова и управленска система. Като самостоятелни юридически лица изпълнителите на СИМП са отговорни за планирането и изпълнението на бюджетите, обслужването на банковите сметки, закупуването на ресурси, обслужването на счетоводната

система и изготвянето на счетоводни и медицински отчети. Изпълнителите на специализирана медицинска помощ са задължени да поддържат системи за анализиране на финансовите резултати и изготвянето на доклади, които могат да бъдат използвани за подобряване разпределението на ресурсите. Необходимо е да поддържат вътрешни информационни системи, чрез които да се наблюдават и управляват.

5. Системи за наблюдение и гарантиране на ефективното разходване на публични средства и на качеството.

Приложение № 8 към чл. 2

Методика за остойността на дейностите в медико-диагностичната извънболнична медицинска помощ

I. Дефиниране на пакета услуги. Дефиниране на агрегирани групи здравни услуги със сходни разходи:

1. Клинична лаборатория;
2. Клинична микробиология;
3. Медицинска паразитология;
4. Рентгенология;
5. Вирусология;
6. Обща и клинична патология;
7. Имунология;
8. Имунохематология.

Изследванията са планирани да осигурят необходимия обем дейности по повод на остри състояния и заболявания, за реализиране на профилактичната дейност и за диагностика на хронично болните лица (Съгласно Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, както и на базата на договорените в националните рамкови договори условия за оказване на медицинската помощ, заплащана от НЗОК (обн., ДВ, бр. 106 от 2004 г.; изм. и доп., бр. 102 от 2005 г., бр. 4 и 60 от 2009 г.).

II. Определяне размера на средствата за медико-диагностичните дейности (МДД). Средствата се определят като процент от общия бюджет на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Разходите са базирани на фактическите разходи през предходната година за всеки конкретен вид изследване или са екстраполирани на базата на исторически разходи и отчетен обем дейности. Разпределението може да бъде променяно при промяна на обхвата от услуги или включването на допълнителни дейности.

III. Определяне на единичната стойност на услугата. Първоначално изчислението се прави отдолу нагоре с цел да се определи минималният разход на здравноосигурено лице за предоставяне на базова дейност от обхвата на основния пакет. Разходите се определят като преки и непреки и се извършва процентно разпределение по видовете медико-диагностични дейности. След това този минимум може да бъде повишен чрез разпределение отгоре надолу на ресурсите за МДД. Комбинирането на двата подхода осигурява бюджетно неутрален механизъм за разпределение на ресурсите.

- Разпределение на преките разходи за видовете медицински дейности;
- Разпределение на непреките (фиксираните) административни разходи;
- Разпределение на разходите за заплати: общото време, отделено за всяка една от услугите в извънболничната помощ, се разделя на общото време, отделяно за всички здравни услуги (времето може да се разпредели по специалности).

$$\begin{aligned} & \text{Единична цена за посещение} \\ & \frac{\sum \text{Общите годишни разходи за здравна услуга X в лечебно заведение i}}{\sum [(\text{брой на услугата X, предоставена в лечебното заведение i по време на 1-месечен период на проучване}) \times (12 \text{ месеца})]} \end{aligned}$$

Или

$$\begin{aligned} & \text{Глобална средна единична цена на посещение} \\ & \frac{\sum \text{Общите разходи за услуга X в лечебно заведение i по време на периода на проучване}}{\sum [(\text{Брой на услугата X, извършена в лечебно заведение i по време на 1-месечен период на проучване}) \times (12 \text{ месеца})]} \end{aligned}$$

За да се обобщят единичните цени за посещение, те се превръщат в относителни тегла чрез разделянето на разходите за всяка група от услуги на общите средни разходи:

$$\text{Относителна единична цена x} = \frac{\text{Единичната цена за услуга x}}{\text{Глобалната средна цена за услуга}}$$

IV. Поддържане на финансова и управленска система. Изпълнителите на медико-диагностични дейности са задължени да поддържат системи за анализиране на финансовите резултати и изготвянето на доклади, които могат да бъдат използвани за подобряване разпределението на ресурсите. Необходимо е да поддържат вътрешни информационни системи, чрез които да се наблюдават и управляват.

Приложение № 9 към чл. 2

Методика за остойностяване на дейностите в денталната извънболнична медицинска помощ

I. Дефиниране на пакета от услуги, подлежащи на реимбурсиране.

II. Дефиниране на агрегирани групи здравни услуги със сходни разходи:

1. Първична дентална помощ;
2. Специализирана дентална помощ;
3. Лекарска консултативна комисия;
4. Неблагоприятни условия.

В рамките на всяка група услуги се определят категориите възрастови групи, които ще определят и различията в степента на реимбурсиране на цените от страна на НЗОК: лица под 18 и лица над 18 години.

III. Определяне на прогнозен обем дейности.

Прогнозният обем дейности за съответната година се определя на базата на исторически равнища и тенденции на основата на информация от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Приема се общ обем дейности в зависимост от пакета, определен от министъра на здравеопазването, и прогноза за населението, което ще ползва дентални услуги, заплатени от НЗОК. Прогнозните обеми се съгласуват с националните консултанти по дентална медицина, Министерството на здравеопазването и НЗОК.

IV. Определяне размера на средствата за дентална медицинска помощ.

Общият размер на средствата за дентална помощ се определя като процент от общия бюджет на НЗОК. Разходите са базирани на фактическите разходи през предходната година или екстраполирани на базата на исторически разходи, обем дейности и натовареност. Разпределението може да бъде променяно при промяна на обхвата от услуги или включването на

допълнителни дейности.

V. Определяне на индивидуалните реимбурсни цени.

Първоначално изчисляването се прави отдолу нагоре с цел да се определи минималният разход на здравноосигурено лице за предоставяне на базова дейност от обхвата на основния пакет за дентална помощ. Разходите се определят като преки и непреки и се извършва процентно разпределение по видовете дентална помощ. След това този минимум може да бъде повишен чрез разпределение отгоре надолу на ресурсите за дентална извънболнична помощ.

- Разпределение на преките разходи за видовете медицински дейности;
- Разпределение на непреките (фиксираните) административни разходи;
- Разпределение на разходите за заплати: общото време, отделено за всяка една от услугите в денталната извънболнична помощ, се разделя на общото време, отделяно за всички здравни услуги.

$$\begin{aligned} & \text{Единична цена за посещение} \\ & \frac{\sum \text{Общите годишни разходи за здравна услуга X в лечебно заведение i}}{\sum [\text{Брой на услугата X, предоставена в лечебното заведение i по време на 1-месечен период на проучване}] \times (12 \text{ месеца})} \end{aligned}$$

Или

$$\begin{aligned} & \text{Глобална средна единична цена на посещение} \\ & \frac{\sum \text{Общите разходи за услуга X в лечебно заведение i по време на периода на проучване}}{\sum [\text{Брой на услугата X, извършена в лечебно заведение i по време на 1-месечен период на проучване}] \times (12 \text{ месеца})} \end{aligned}$$

За да се обобщят единичните цени за посещение при специалист по дентална медицина, те се превръщат в относителни тегла чрез разделянето на разходите за всяка група от услуги на общите средни разходи:

$$\text{Относителна единична цена x} = \frac{\text{Единичната цена за услуга x}}{\text{Глобалната средна цена за услуга}}$$

Приложение № 10 към чл. 2

Методика за остойностяване на дейностите в болничната медицинска помощ

I. Изчисляването на единните реимбурсни цени на отделните клинични пътеки (КП) се извършва чрез:

1. Обобщаване на информацията от лечебните заведения за болнична помощ (ЛЗБП) за фактически извършените разходи от различните видове болници;
2. Изчисляване на нови единни реимбурсни цени;
3. Изчисляване на необходимите средства на национално ниво на базата на новите единни реимбурсни цени и прогнози за броя пациенти по клинични пътеки.

II. Предлагащото определяне на нови реимбурсни цени се базира на единни цени за цялата система. Избрана е нелинейна трансформация, която при голямо относително надценяване/подценяване на клиничната пътека приближава максимално новата цена до действителния разход.

1. Новите реимбурсни цени са еднакви за различните видове лечебни заведения;
2. Новите реимбурсни цени се определят на базата на анализ на съотношенията между

досегашните реимбурсни цени и реалните разходи, декларирани пред Националната здравноосигурителна каса (НЗОК);

3. Определяне коефициентите на относително надценяване/подценяване за всяка клинична пътека;

4. Изчислява се като отношение на разликата на средния разход и реимбурсната цена спрямо средния разход;

5. Определяне на новите реимбурсни цени;

6. Коефициентите на относително надценяване/подценяване се стандартизират чрез Z-трансформацията;

7. Новата реимбурсна цена се позиционира в интервала между старата цена (действаща през 2009 и 2010 г.) и средните разходи за един хоспитализиран през 2009 г. Позиционирането се извършва с помощта на кумулативната функция на стандартното нормално разпределение.

III. Определяне на коефициентите на относително надценяване/подценяване на отделните клинични пътеки.

Коефициентът на относително надценяване/подценяване на клиничната пътека се определя по формулата:

$$\Delta R_i = \frac{C_i - RC_i}{C_i}, \quad (1)$$

където:

ΔR_i е коефициентът на относително надценяване/подценяване на i-тата клинична пътека;

C_i - средният разход за един хоспитализиран по i-тата клинична пътека;

RC_i - реимбурсната цена по i-тата клинична пътека.

IV. Определяне на новите реимбурсни цени.

Новата реимбурсна цена се позиционира в интервала между старата реимбурсна цена (валидна за 2009 и 2010 г.) и средните разходи за един хоспитализиран през 2009 г. По този начин се търси баланс между мнението на експертите, определили реимбурсните цени, и действителните разходи. Колкото по-силно е подценяването/надценяването на КП, толкова новата реимбурсна цена да е по-близо до действителните средни разходи. За целта коефициентите на относително надценяване/подценяване се стандартизират с помощта на Z-трансформацията

$$Z_i = \frac{\Delta R_i - \mu}{\sigma}, \quad (2)$$

където μ и σ са средната стойност и стандартното отклонение на съвкупността от коефициентите на относително надценяване/подценяване на 298-те клинични пътеки. След това с помощта на кумулативната функция на разпределението $N(0,1)$ (стандартното нормално разпределение) се изчисляват величините $P(Z_i)$, позиционирани в интервала $[C_i, RC_i]$ при надценяване и в интервала $[RC_i, C_i]$ - при подценяване на клиничната пътека. Използваната формулата е:

$$P(Z_i) = \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \int_{-\infty}^{Z_i} \exp\left(-\frac{u^2}{2}\right) du, \quad (3)$$

Новата реимбурсна цена се изчислява по формулата:

$$New_RC_i = C_i - 2 \cdot P(Z_i) \cdot (C_i - RC_i) , \quad (4)$$

при надценяване на клиничната пътека, и

$$New_RC_i = C_i - 2 \cdot (1 - P(Z_i)) \cdot (C_i - RC_i) , \quad (4')$$

при подценяване.

V. Описаният алгоритъм за определяне на нови реимбурсни цени се прилага само за клинични пътеки, за които броят на регистрираните през 2009 г. хоспитализации е по-голям от 0,01 % от общия брой хоспитализации.

Приложение № 11 към чл. 3

Методика за заплащане на дейностите в извънболничната медицинска помощ

Раздел I

Методика за заплащане на медицинските дейности в първичната извънболнична помощ

Чл. 1. (1) Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) заплаща договорената и извършената дейност на изпълнителите на първична извънболнична помощ (ПИМП) съгласно Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (обн., ДВ, бр. 112 от 2004 г.; изм. и доп., бр. 61 и 102 от 2005 г., бр. 88 от 2006 г., бр. 2 и 60 от 2009 г. и бр. 45 и 62 от 2010 г.) по следните елементи:

1. медицинско обслужване на задължително здравно осигурените лица (ЗЗОЛ), включени в регистъра на изпълнител на ПИМП, по основен пакет за ПИМП съгласно Наредба № 40 от 2004 г.;

2. профилактична дейност по програма "Детско здравеопазване";

3. профилактична дейност по програма "Майчино здравеопазване" на ЗЗОЛ, избрали общопрактикуващ лекар (ОПЛ) за изпълнител по тази програма;

4. диспансерни прегледи на ЗЗОЛ съгласно Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (обн., ДВ, бр. 106 от 2004 г.; изм. и доп., бр. 102 от 2005 г.; бр. 4 и 60 от 2009 г.) и списъка на заболяванията за деца и възрастни, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ, за които НЗОК заплаща, съгласно приложение по Националния рамков договор (НРД);

5. профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст съгласно Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (обн., ДВ, бр. 106 от 2004 г.; изм. и доп., бр. 102 от 2005 г., бр. 4 и 60 от 2009 г.) и приложение по НРД;

6. неблагоприятни условия за работа в "Населени места - центрове на практики с неблагоприятни условия и възнаграждение за работа в тях", определени в методика от управителя на НЗОК, по предложение на директорите на районните здравноосигурителни каси (РЗОК);

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. за осигуряване на постоянен денонощен достъп, включително дежурни кабинети на групова практика за първична извънболнична медицинска помощ, в съответствие с Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща дейностите по ал. 1, когато са извършени дейностите от основния пакет и са назначени всички изисквани медицински дейности

съгласно приложенията, нормативните изисквания и когато ЗЗОЛ, на които е оказана медицинската помощ, са с непрекъснати осигурителни права към датата на извършване на медицинската услуга.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на първична извънболнична медицинска помощ дейностите по цени съгласно приложение № 1.

Чл. 2. (1) Заплащането по чл. 1, 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) Когато договорът е сключен или прекратен през текущия месец, заплащането се изчислява пропорционално на календарните дни на действие на договора през месеца.

(5) Плащането по чл. 1, ал. 1, т. 1 се извършва месечно след проверка по:

1. фактура;

2. спецификация;

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

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

Чл. 3. (1) Заплащането по чл. 1, ал. 1, т. 2 се дължи:

1. за извършен профилактичен преглед при лица на възраст от 0 до 18 години съгласно изискванията на Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията;

2. за извършена задължителна планова имунизация или реимунизация (в т. ч. проба Манту) съгласно Имунизационния календар на Република България, приложение № 1 към чл. 2, ал. 2 от Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България (обн., ДВ, бр. 45 от 2005 г.; изм. и доп., бр. 82 от 2006 г., бр. 5 и 106 от 2007 г. и бр. 57 от 2009 г.) на лице на възраст от 0 до 18 години;

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

(2) Плащането на изпълнителя на ПИМП по чл. 1, ал. 1, т. 2 се извършва месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност по програма "Детско здравеопазване", отразена в амбулаторните листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 4. (1) Заплащането по чл. 1, ал. 1, т. 3 се дължи за извършен преглед на лице, включено в програма "Майчино здравеопазване" при изпълнителя на ПИМП.

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

(3) Плащането на изпълнителя на ПИМП по чл. 1, ал. 1, т. 3 се извършва месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност по програма "Майчино здравеопазване", отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(4) Общият брой на заплатените профилактични прегледи за една бременност не може да надвишава максималния брой.

Чл. 5. (1) За медицинската помощ по чл. 1, ал. 1, т. 4 се заплаща за извършен преглед на ЗЗОЛ с едно или повече заболявания, подлежащи на диспансерно наблюдение от ОПЛ.

(2) Заплащането на изпълнителя на ПИМП по чл. 1, ал. 1, т. 4 се извършва месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност по диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(3) Заплащането по чл. 1, ал. 1, т. 4 се осъществява в случаите, в които са извършени дейностите от основния пакет и са назначени всички медицински дейности, съгласно изискванията на Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и приложение по НРД.

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

Чл. 6. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща:

1. само един годишен профилактичен преглед на ЗЗОЛ над 18 години;

2. за извършена задължителна имунизация съгласно Имунизационния календар на Република България от Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България.

(2) Общият брой на заплатените имунизации на едно лице не може да надвишава максималния брой, определен по ал. 1, т. 2.

(3) Плащанията на изпълнителя на ПИМП по чл. 1, ал. 1, т. 5 се извършват месечно - след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети, електронен отчет за извършената дейност по профилактика на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 7. (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 1, ал. 1, т. 6, когато населеното място, в което е регистриран адрес на лечебното заведение, е определено като неблагоприятно.

(2) Месечните суми, заплащани от НЗОК, и населените места - центрове на практики с неблагоприятни условия, се определят от управителя на НЗОК съгласно методика.

(3) При наличие на повече от един изпълнител на ПИМП с месторазположение на практиката в населеното място по ал. 2 сумата се разпределя пропорционално на броя регистрирани ЗЗОЛ при ОПЛ от лечебно заведение - изпълнител на ПИМП.

(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 за работа в неблагоприятни условия при наличие на следните две условия:

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

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

Чл. 8. (1) Заплащането по чл. 1, ал. 1, т. 7 е за извършено посещение на ЗЗОЛ с регистрация в друг здравен район при лекаря 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, а за осигурените от друга държава лица - и удостоверение за регистрация към НЗОК;

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

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

б) попълни "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и

неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК";

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

(2) Плащанията на изпълнителя на ПИМП по чл. 1, ал. 1, т. 7 се извършват месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица и: копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

(3) Изпълнителят на ПИМ има право на заплащане по чл. 1, ал. 1, т. 8 след:

1. сключване на договор за осигуряване на постоянен денонощен достъп до медицинска помощ за ЗЗОЛ с лечебни заведения по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "б" и т. 2, букви "б", "в" и "г" от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), сключили договор с НЗОК;

2. предоставяне на договорите за обслужване на ЗЗОЛ в РЗОК.

(4) Лечебни заведения по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "б" и т. 2, букви "б", "в" и "г" от ЗЛЗ, сключили договор за осигуряване на постоянен денонощен достъп до медицинска помощ на ЗЗОЛ, осигуряват постоянно присъствие на лекар.

(5) Когато изпълнител на ПИМП осъществява дейността си в община, в която функционира само едно лечебно заведение, заплащането по чл. 1, ал. 1, т. 8 се извършва след представяне на декларация по образец, утвърден от управителя на НЗОК, че ще осигурява постоянен денонощен достъп до медицинска помощ на ЗЗОЛ чрез консултация по телефон, в амбулаторията или в дома на пациента.

(6) Когато изпълнителят на ПИМП е лечебно заведение по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "б" от ЗЛЗ и е разкрило дежурен кабинет с осигурено постоянно присъствие на лекар, заплащането по чл. 1, ал. 1, т. 8 се извършва след представяне на декларация по образец, утвърден от управителя на НЗОК.

(7) Заплащането по чл. 1, ал. 1, т. 8 се определя в зависимост от броя на:

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

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

(8) Броят на ЗЗОЛ по ал. 7, т. 1 се намалява с броя на лицата по ал. 7, т. 2, които са направили временен избор при друг изпълнител на ПИМП за периода на временния избор.

(9) Броят на ЗЗОЛ по ал. 7 се определя към последното число на месеца или датата на прекратяване на договора.

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

(11) Плащането по чл. 1, ал. 1, т. 8 се извършва месечно след проверка по:

1. фактура;

2. спецификация;

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

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

Раздел II

Методика за заплащане на медицинските дейности в специализираната извънболнична помощ

Чл. 9. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнители на специализирана извънболнична помощ (СИМП) съгласно Наредба № 40 от 2004 г. 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"; "Вътрешни болести"; "Гастроентерология"; "Детска гастроентерология"; "Гръдна хирургия"; "Детски болести"; "Ендокринология и болести на обмяната"; "Детска ендокринология и болести на обмяната"; "Инфекциозни болести"; "Кардиология"; "Детска кардиология"; "Клинична алергология"; "Детски болести" и "Клинична алергология"; "Клинична токсикология", "Клинична хематология", "Детска клинична хематология и онкология", "Кожни и венерически болести", "Неврохирургия", "Нервни болести", "Детска неврология", "Нефрология", "Детска нефрология и хемодиализа", "Ортопедия и травматология", "Очни болести", "Пневмология и фтизиатрия", "Детска пневмология и фтизиатрия", "Психиатрия", "Детска психиатрия", "Ревматология", "Детска ревматология", "Съдова хирургия", "Ушно-носно-гърлени болести", "Урология", "Хирургия", "Медицинска паразитология", "Медицинска онкология";

2. преглед на ЗЗОЛ до 18-годишна възраст, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по "Детски болести"; "Детска гастроентерология"; "Детска ендокринология и болести на обмяната"; "Детска кардиология"; "Детски болести" и "Клинична алергология"; "Детска клинична хематология и онкология"; "Детска неврология"; "Детска нефрология и хемодиализа"; "Детска пневмология и фтизиатрия"; "Детска психиатрия"; "Детска ревматология", по повод на остро възникнало състояние и по назначение на ОПЛ;

3. профилактичен преглед на ЗЗОЛ до 18-годишна възраст, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по "Детски болести", съгласно изискванията на Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и приложение по НРД;

4. профилактичен преглед на ЗЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по "Акушерство и гинекология" (по програма "Майчино здравеопазване"), извършващ профилактични прегледи на бременни, съгласно Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и приложение по НРД;

5. профилактичен преглед на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст от рисковите групи, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по "Акушерство и гинекология", "Урология", "Кардиология", "Ендокринология и болести на обмяната", "Гастроентерология", "Вътрешни болести" или "Хирургия", съгласно приложение по НРД;

6. специализиран преглед на ЗЗОЛ съгласно Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и приложение по НРД, 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 изследвания 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.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на специализирана извънболнична медицинска помощ дейностите по цени съгласно приложение № 2.

Чл. 10. (1) За видовете специализирана медицинска помощ по чл. 9, ал. 1, т. 1 се заплаща за:

1. реализирано първично посещение при специалист по повод заболявания и състояния;
2. реализирано вторично посещение по повод заболявания и състояния.

(2) Първичните посещения по ал. 1, т. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка на Министерството на здравеопазването и на Националната здравноосигурителна каса (бл. МЗ-НЗОК № 3), и с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица и: копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

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

(4) За видовете специализирана помощ се заплащат на изпълнителя на СИМП отчетените вторични посещения през месеца, но 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 и ортопедични процедури, определени със заповед на управителя на НЗОК.

(6) Заплащането по чл. 9, ал. 1, т. 1 е месечно след проверка по фактура, спецификация, месечни отчети, медицински направления и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 11. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 1, ал. 1, т. 2 се заплаща за:

1. реализирано първично посещение от ЗЗОЛ до 18-годишна възраст при лекар с придобита специалност по "Детски болести"; "Детска гастроентерология"; "Детска ендокринология и болести на обмяната"; "Детска кардиология"; "Детски болести" и "Клинична алергология"; "Детска клинична хематология и онкология"; "Детска неврология"; "Детска нефрология и хемодиализа"; "Детска пневмология и фтизиатрия"; "Детска психиатрия"; "Детска ревматология" по повод на остри състояния;

2. реализирано вторично посещение по повод на същото състояние.

(2) Първичното посещение по ал. 1, т. 1 за месеца се отчита пред РЗОК с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3) и с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица и: копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест и майчинство и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК.

(3) Вторичното посещение по ал. 1, т. 2 се отчита с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(4) За видовете специализирана помощ по ал. 1 се заплащат отчетените вторични

посещения за ЗЗОЛ до 18-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, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и медицинските направления (бл. МЗ-НЗОК № 3).

Чл. 12. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 1, ал. 1, т. 3 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ до 18-годишна възраст от лекар с придобита специалност по "Детски болести".

(2) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ без придобита специалност по "Детски болести", когато на лицето е оказана медицинска помощ по програма "Детско здравеопазване" при първо посещение, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверение за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи на ЗЗОЛ, съобразени с изискванията на Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и приложение по НРД по програма "Детско здравеопазване".

(4) Заплащането по ал. 1 е месечно след проверка на фактура, финансово-отчетните документи, първичните медицински документи и с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 13. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 9, ал. 1, т. 4 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ, включено в програма "Майчино здравеопазване", избрало специалист по "Акушерство и гинекология" за наблюдение на бременността:

1. за реализирано първично посещение на ЗЗОЛ, направили първоначален избор на специалист по "Акушерство и гинекология";

2. за реализирано вторично посещение по повод на същото състояние или реализирано посещение при преизбор на специалист.

(2) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, когато на лицето е оказана медицинска помощ по програма "Майчино здравеопазване" при първо посещение, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверение за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените по Наредба № 39 от 2004 г. профилактични прегледи на ЗЗОЛ и приложение по НРД по програма "Майчино здравеопазване".

(4) Заплащането по ал. 1 е месечно след проверка по фактура, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и основанието за включване в програма "Майчино здравеопазване" при първично посещение или при посещение по повод на преизбор на специалист по "Акушерство и гинекология" - "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверение за регистрация към НЗОК.

Чл. 14. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 9, ал. 1, т. 5 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст.

(2) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверение за регистрация към НЗОК.

(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, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и основанието за включване - "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ.

Чл. 15. (1) Специализираната медицинска помощ по чл. 9, ал. 1, т. 7 се заплаща за реализиран физиотерапевтичен курс на лечение.

(2) За физиотерапевтичен курс на лечение на определено заболяване се приема комплексно лечение, включващо първоначален преглед на лекаря специалист по "Физикална и рехабилитационна медицина", с оценка на обективното състояние на пациента с назначен общ брой процедури до 20 в курс от група 1 и/или 2, или 3 по преценка на лекаря специалист, промените на лечението за даденото лице, както и заключителен преглед с оценка на резултатите от проведеното лечение.

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

(4) Националната здравноосигурителна каса заплаща за проведена процедура от физиотерапевтичния курс на лечение за следните групи:

1. група 1 - процедури с физикални фактори от апаратната терапия;
2. група 2 - процедури с кинезитерапевтични техники;
3. група 3 - процедури с физикални фактори от апаратна терапия и кинезитерапевтични техники;
4. заключителен преглед с оценка на резултата от проведеното лечение и отразен брой на проведени процедури.

(5) Дейността по ал. 2 за месеца се отчита пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), а за осигурени в друга държава лица и: копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест и майчинство и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

(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) При неотчитане на прегледа по ал. 4, т. 4 се заплаща само отчетената дейност по ал. 4, т. 1 - 3.

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

Чл. 16. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 9, ал. 1, т. 6 се заплаща за извършен преглед на ЗЗОЛ с едно или повече заболявания на диспансерно наблюдение от лекар специалист:

1. за реализирано първично посещение на ЗЗОЛ, направили първоначален избор на лекар специалист, извършващ диспансерното наблюдение;
2. за реализирано вторично посещение или посещение при преизбор на специалист.

(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 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията,

Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и приложение по НРД, 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 електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, при първично посещение или посещение по повод на преизбор на диспансеризиращ специалист, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверение за регистрация към НЗОК; "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, не се изисква, когато ЗЗОЛ се диспансеризира при посещение по друг повод.

(4) Заплащането по ал. 1 е месечно след проверка на фактура, финансово-отчетни документи, първични медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 17. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за високоспециализирана медицинска дейност на изпълнителите на медицинска помощ по цени съгласно приложение № 2.

(2) Заплащането за високоспециализираните медицински дейности (ВСМД), включително общомедицинските и специализираните дейности, се извършва 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 ВСМД, ако дейността е назначена от лекар специалист с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А), а за дейностите по пакет "Анестезиология и интензивно лечение" - и от изпълнител на ПИМП, а за осигурени в друга държава лица и: копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания.

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

(5) Високоспециализираната медицинска дейност за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А).

(6) Заплащането за ВСМД е месечно след проверка на фактура, финансово-отчетните документи, първичните медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 18. На изпълнители на СИМП се заплаща по настоящия ред за извършена и отчетена дейност по чл. 9, ал. 1, т. 10.

Чл. 19. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за извършена и отчетена медицинска експертиза на работоспособността на всеки член на обща или специализирана ЛКК, но на не повече от трима членове.

(2) Експертизата по ал. 1 се отчита с отрязък от "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6) за всеки член на лечебно консултативната комисия (ЛКК) и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, издаден от председателя на ЛКК, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

(3) Заплаща се за извършен и отчетен преглед за подготовка за ЛКК, преглед по искане на ЛКК/Регионалната картотека на медицинската експертиза (РКМЕ) или преглед за подготовка за освидетелстване и преосвидетелстване от трудово-експертната лекарска комисия (ТЕЛК).

(4) Прегледът по ал. 1 се отчита с отрязък от "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6) и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверителния документ за право - на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

Чл. 20. Регулацията на дейностите по цени и обеми в извънболничната помощ се осъществява съгласно Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г. по ред, определен от Надзорния съвет на НЗОК.

Раздел III

Условия и срокове за заплащането на дейностите в извънболничната помощ

Чл. 21. (1) Изпълнителите на медицинска помощ (ИМП) се отчитат, като представят ежемесечно в РЗОК фактура, финансово-отчетни документи, първични медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и/или електронен отчет, съдържащ назначената и извършена медико-диагностична дейност и първите екземпляри от регистрационните форми за избор на новозаписаните пациенти в пациентска листа на ОПЛ, придружени с електронен отчет в определен от НЗОК формат, по утвърден график до третия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(2) Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се представя на отделна фактура, придружена със съответната отчетна документация, определена в Националния рамков договор по чл. 55 от Закона за здравното осигуряване.

(3) Изпълнителите на ПИМП представят ежемесечно в РЗОК първите екземпляри от регистрационните форми за избор на новозаписаните пациенти в пациентска листа на ОПЛ, придружени с електронен отчет в определен от НЗОК формат, в сроковете по ал. 1 и в случаите, когато не отчитат дейност.

Чл. 22. (1) Електронният отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, се коригира от ИМП в момента на отчитането, в случай че при приемането им се установяват следните фактически грешки:

а) сгрешен код по Международната класификация на болестите (МКБ) на заболяване при правилно попълване на диагноза;

б) неточно посочен номер и дата на амбулаторния лист;

в) липса или грешен уникален идентификационен номер (УИН) на лекаря при вярно изписани трите имена на лекаря;

г) липса или грешен ЕГН на ЗЗОЛ в амбулаторния лист при вярно изписани трите имена на ЗЗОЛ.

(2) При нарушена структура на файла, водеща до невъзможност за обработка на електронния отчет по вина на ИМП, РЗОК връща електронния отчет на ИМП. Изпълнителят на медицинска помощ коригира електронния отчет.

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

Чл. 23. При неспазване на посочения в чл. 8, ал. 2 срок за представяне на отчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период за отчитане.

Чл. 24. (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 се заплаща по предвидения ред за извършени дейности от ИМП, ако те не са отчетени за два последователни месеца.

(3) Не се заплаща по предвидения ред за извършена от ИМП дейност през период, който

изпълнителят вече е отчетел.

Чл. 25. (1) При констатиране на неправилно попълнени данни и/или грешки, установени при обработката на електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат и/или електронен отчет за извършена медико-диагностична дейност, в определен от НЗОК формат, РЗОК информира ИМП с писмени указания за необходимите корекции и допълнения.

(2) При необходимости корекции и допълнения на финансово-отчетните документи РЗОК връща фактурата и спецификацията към нея на ИМП с писмени указания за необходимите корекции и допълнения, но не по-късно от 16-о число на месеца на отчитане. В срок до два работни дни ИМП се задължава да представи фактурата с кредитно/дебитно известие към нея и спецификацията към тях. В случай на отказ от страна на ИМП за корекции и допълнения фактурата с кредитно/дебитно известие към нея и спецификацията се придружават от отказ на ИМП, предоставен в писмена форма.

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

(4) Ако ИМП не спазят реда за корекции по ал. 1 и 2 в текущия период за отчитане, на ИМП не се заплаща отчетената дейност.

Чл. 26. Плащанията се извършват в левове по банков път, по обявена от ИМП в индивидуалния договор банкова сметка.

Чл. 27. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на действащия НРД.

Чл. 28. Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на ИМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

Чл. 29. Управителят на НЗОК определя списък с населените места, определени като практики с неблагоприятни условия, за изпълнители на дентална помощ, съгласно методика и заплаща по правилата, определени в методиката.

Раздел IV

Методика за заплащане на медико-диагностичните дейности

Чл. 30. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за медико-диагностичната дейност, назначена и извършена съобразно националните медицински стандарти, Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, включително за интерпретацията на резултатите.

(2) В заплащането не се включват стойността на контрастната материя и цената за вземане на биологичен материал.

(3) Отчетените високоспециализирани медико-диагностични дейности, кодирани с начални символи "10", се заплащат само когато са назначени от изпълнител на СИМП, а за ВСМДИ "Мамография на двете млечни жлези" от пакет "Образна диагностика", "Хормони: fT4, TSH", "Туморни маркери: PSA" и "Изследване на урина - микроалбуминурия" от пакет "Клинична лаборатория" - и от изпълнител на ПИМП.

(4) Заплащането по ал. 3 е месечно след проверка на фактурата, финансово-отчетните документи, първичните медицински документи и електронен отчет, съдържащ назначената и извършена медико-диагностична дейност, във формат, определен от НЗОК.

Чл. 31. Националната здравноосигурителна каса заплаща медико-диагностични дейности по цени съгласно приложение № 3.

Приложение № 12 към чл. 3

Методика на заплащане на дейностите в денталната извънболнична медицинска помощ

Чл. 1. (1) Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) заплаща изцяло или частично денталните дейности по договорения пакет за задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ).

(2) Изпълнителят на първична извънболнична дентална помощ извършва за всяко ЗЗОЛ, потърсило дентална помощ, следния обем дейности, диференцирани в пакети по НРД по възрастови групи:

1. при ЗЗОЛ на възраст до 18 години:

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

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

2. при ЗЗОЛ на възраст над 18 години:

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

б) до две лечебни дейности за съответната календарна година.

(3) Изпълнителите на специализирана извънболнична дентална помощ по специалност "Детска дентална медицина" извършват за всяко ЗЗОЛ на възраст до 19 години, потърсило дентална помощ, пакета дейности по НРД.

(4) За всяко ЗЗОЛ под 18-годишна възраст с психични заболявания, потърсило дентална помощ, изпълнителите на специализирана извънболнична дентална помощ извършват под обща анестезия дейности по пакети заболявания съгласно НРД без ограничения на обема.

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на извънболнична дентална помощ дейностите по цени съгласно приложение № 4.

Чл. 2. Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло денталните дейности по договорените пакети и обеми и 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 след навършване на 18 години;

3. лицата, задържани под стража.

Чл. 3. Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло договорената и извършената дейност по чл. 1 и 2 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;

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

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

4. обща или венозна анестезия:

а) не повече от 180 минути в лечебни заведения за специализирана извънболнична дентална помощ;

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

5. obturation с амалга или химичен композит;

6. екстракция на временен зъб;

7. екстракция на постоянен зъб;

8. лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без обтурацията);

9. лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без обтурацията);

10. инцизия в съединителнотъканни ложи;

11. екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб;

12. контролен преглед след някоя от горните две дейности;

13. 24-часово активно наблюдение при необходимост след общата анестезия.

Чл. 4. Изпълнителят на извънболнична дентална помощ има право на пряко заплащане и/или доплащане от задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ) в следните случаи:

1. при доплащане до пълните договорени стойности на извънболничната дентална помощ по чл. 1 и 2;

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

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

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

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

(2) За ИДП не се прилага редът за определяне на стойностите за медико-диагностични изследвания - рентгенографски изследвания.

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

Чл. 6. На изпълнители на ИДП, които са в договорни отношения с НЗОК, се заплаща отчетена експертизна дейност, извършена по установения ред.

Чл. 7. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за отчетена експертиза на временната неработоспособност на всеки член на обща или специализирана лекарска консултативна комисия (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 за отчетен преглед, поискан от ЛКК и Регионалната картотека на медицинската експертиза (РКМЕ).

(4) Прегледът по ал. 3 се отчита с отрязък от "Талон за медицинска експертиза" - бланка на Министерството на здравеопазването и на Националната здравноосигурителна каса (бл. МЗ-НЗОК № 6).

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

Чл. 8. Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на ИДП след проверка по фактура, спецификация и изискваните отчетни документи. Денталната помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се отчита на отделна фактура, придружена със съответните финансово-отчетни документи, първични документи, копие от удостоверявателния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

Чл. 9. (1) Изпълнителите на ИДП, сключили договор с НЗОК, представят ежемесечни отчети за дейността си на Районна здравноосигурителна каса (РЗОК) по утвърден график до 3-ия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(2) Районната здравноосигурителна каса извършва плащанията до 30-о число на месеца, следващ отчетния.

Чл. 10. (1) Условия за плащане на ИДП са точно и правилно попълнените документи съгласно настоящите условия.

(2) Районната здравноосигурителна каса не заплаща по настоящия ред за извършени дейности от изпълнител, ако те не са отчетени до 3-тия работен ден на третия месец, следващ отчетния, а за ИДП, отчитащи медико-диагностична дейност, на втория месец, следващ отчетния.

Чл. 11. При нарушена структура на файла, водеща до невъзможност за обработка на електронния отчет по вина на ИДП, РЗОК връща електронния отчет на ИДП. Изпълнителят на дентална помощ коригира електронния отчет в сроковете по Националния рамков договор (НРД).

Чл. 12. При констатиране на неправилно попълнени данни и/или грешки, установени при обработката на електронните отчети, РЗОК информира изпълнителите на дентална помощ с писмени указания за необходимите корекции и допълнения. Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определения срок.

Чл. 13. (1) При необходимости корекции и допълнения на финансово-отчетните документи НЗОК връща фактурата и спецификацията към нея на ИДП с писмени указания за необходимите корекции и допълнения, но не по-късно от 15-о число на месеца на отчитане. В срок до 3 работни дни ИДП се задължава да представи фактурата с кредитно/дебитно известие към нея и спецификацията към тях. В случай на отказ от страна на ИДП за корекции и допълнения фактурата с кредитно/дебитно известие към нея и спецификацията се придружават от отказ на ИДП, предоставен в писмена форма.

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

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

Чл. 14. Плащанията се извършват в левове по банков път по обявена от ИДП банкова сметка.

Чл. 15. (1) За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИДП носят отговорност съгласно условията на този договор.

(2) Отговорност не се търси и амбулаторните листове се коригират от ИДП в момента на отчитането, в случай че при приемането им се установяват следните фактически грешки:

- а) сгрешен код на дейност при правилно попълване на диагноза и извършена дейност;
- б) неточно посочен номер и дата на амбулаторния лист;
- в) липса или грешен личен професионален код на ИДП при вярно изписани трите имена на лекаря по дентална медицина;
- г) липса или грешен ЕГН на ЗЗОЛ в амбулаторния лист при вярно изписани трите имена на ЗЗОЛ.

Чл. 16. Когато РЗОК не заплати на ИДП извършените дейности в сроковете, определени с договора с ИДП, тя дължи на изпълнителя законна лихва за просроченото време.

Чл. 17. (1) Представителите на Българския зъболекарски съюз (БЗС) и НЗОК ежемесечно наблюдават и анализират изпълнението на бюджета за годината в частта на здравноосигурителните плащания за извънболнична дентална помощ.

(2) Когато очакваното изпълнение на бюджета към 30 юни на съответната година надхвърля с повече от 25 на сто половината от предвидените в Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г. средства за плащане на извънболничната дентална помощ, в срок до 20 юни НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните

дейности по чл. 1 и 2, така че очакваният разход по бюджета за дентална помощ до края на годината да не се отклонява с повече от 10 на сто.

(3) Когато очакваното изпълнение на бюджета към 30 юли на съответната година надхвърля с повече от 22 на сто от предвидените за седемте месеца в Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г. средства за заплащане на извънболничната дентална помощ, в срок до 20 юли НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности по чл. 1 и 2, така че очакваният разход по бюджета за дентална помощ до края на годината да не се отклонява с повече от 10 на сто.

(4) Когато очакваното изпълнение на бюджета към 30 август на съответната година надхвърля с повече от 18 на сто от предвидените за осемте месеца в Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г. средства за заплащане на извънболничната дентална помощ, в срок до 20 август НЗОК извършва корекция в цените на денталните дейности по чл. 1 и 2, така че очакваният разход по бюджета за дентална помощ до края на годината да не се отклонява с повече от 10 на сто.

(5) Когато очакваното изпълнение на бюджета към 30 септември на съответната година надхвърля с повече от 15 на сто три четвърти от предвидените в Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г. средства за заплащане на извънболничната дентална помощ, в срок до 20 септември НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности по чл. 1 и 2, така че очакваният разход по бюджета за дентална помощ до края на годината да не се отклонява с повече от 10 на сто.

Чл. 18. (1) Управителят на НЗОК определя списък с населените места, определени като практики с неблагоприятни условия за изпълнители на дентална помощ, съгласно методика.

(2) Изпълнителят на ИДП има право на допълнително заплащане, когато населеното място, в което е разкрита амбулаторията му, е определено като неблагоприятно при наличие едновременно на следните условия:

1. обслужваните ЗЗОЛ са с настоящ адрес в населеното място, включено в списъка по ал. 1;

2. дейността, за която допълнително се заплаща, се извършва в амбулатория, разкрита в населено място, включено в списъка по ал. 1.

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

Приложение № 13 към чл. 3

Методика за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ

Чл. 1. Заплащането на дейностите в болничната помощ включва:

1. медико-диагностични изследвания, медицински процедури и прегледи, необходими за удостоверяване на необходимостта от хоспитализация;

2. медицински дейности по клинични пътеки (КП) (Алгоритмите на клиничните пътеки се договарят между НЗОК и Българския лекарски съюз (в изпълнение на чл. 55 ЗЗО) и са част от Националния рамков договор.) и услуги, включващи професионални грижи и диетично хранене, предоставени на пациентите по време на тяхната хоспитализация;

3. медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите;

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

5. при промяна на терапията във връзка с придружаващо хронично заболяване лекарствата за периода на хоспитализация се осигуряват от лечебното заведение - изпълнител на

болнична помощ (БП).

Чл. 2. Заплащането е за задължително здравноосигурени лица, хоспитализирани след влизане в сила на договора между Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и съответния изпълнител на болнична помощ.

Чл. 3. Заплащането се извършва по цени и обеми на КП в левове, определени в приложение № 5.

Чл. 4. За всеки случай по КП "Палиативни грижи при онкологично болни" посочената цена в приложение № 1 по чл. 3 за един леглоден се умножава по броя на пролежаните леглодни при спазване на ограниченията за максимален престой, установени в алгоритмите на клиничните пътеки.

Чл. 5. (1) При изписване на пациент контролните прегледи, включени в КП, не следва да бъдат извършени с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка на Министерството на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса (бл. МЗ-НЗОК № 3), от същия лекар, извършил дейността в лечебните заведения за болнична помощ.

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

1. профилактични прегледи на задължително здравноосигурено лице (ЗЗОЛ);
2. прегледи на ЗЗОЛ от общопрактикуващ лекар (ОПЛ) или лекар специалист от СИМП за предписване на лекарства;
3. преглед по повод диспансерно наблюдение на ЗЗОЛ;
4. прегледи при назначаване и извършване на процедури от пакет "Физикална и рехабилитационна медицина";
5. прегледи по повод извършване на дейности по медицинска експертиза.

(3) Пациентът, преминал по клинична пътека, има право на контролните прегледи по чл. 1, т. 4, извършени в лечебното заведение (ЛЗ) - изпълнител на болнична или специализирана извънболнична помощ, от същия/друг лекар, извършил дейността, но без да се отчитат с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3).

(4) В случаите на отчитане прегледите по чл. 1, т. 4 с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3) от ЛЗ за СИМП клиничната пътека не се заплаща.

Чл. 6. Националната здравноосигурителна каса заплаща за периода на хоспитализация само по една КП на един пациент за комплексно лечение на основно заболяване, придружаващи заболявания и усложнения.

Чл. 7. Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на болнична помощ за всеки отделен случай по КП при наличие на следните условия:

1. отчетената КП е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БП и същата е извършена от посочените в договора специалисти;
2. хоспитализираното лице е с непрекъснати здравноосигурителни права в деня на хоспитализацията или ги възстанови до датата на дехоспитализацията с изключение на неосигурените жени, на които са оказани акушерски грижи по реда на чл. 45, ал. 1, т. 7 от Закона за здравето и осигуряване и чл. 82, ал. 1, т. 2 от Закона за здравето;
3. спазени са условията за завършена КП;
4. изпълнителят е изпълнил всички свои задължения по осигуряване на пациентите на непрекъснатост на болничната помощ и грижите, координация между специалистите, които ги осъществяват, както и осигуряване на координация със структури на извънболнична и болнична помощ, съобразена с диагностично-лечебния алгоритъм на съответната КП - при дехоспитализация на пациента с цел довършване на лечебния процес;
5. извършената дейност по КП е отчетена при настоящите условия и ред;

6. сумата по фактура не надвишава месечните стойности на утвърдените болнични бюджети, определени по реда на ЗБНЗОК за 2011 г.

Чл. 8. (1) Националната здравноосигурителна каса не заплаща в случаите, в които пациентите се хоспитализират по същата или свързана със същите КП в срок до 30 дни от дехоспитализацията.

(2) Националната здравноосигурителна каса не заплаща отчетена дейност в случаите на осъществени хоспитализации по едно и също време за един и същ пациент.

Чл. 9. В случаите, в които при лечение на пациент по определена КП, която не е завършена, дейността по клиничната пътека не се заплаща. Изключения се допускат при екзитус на пациент. В тези случаи НЗОК заплаща след проверка на случаите.

Чл. 10. В случаите, в които при лечение на пациент по определена КП, която не е завършена, настъпят индикации за необходимост от лечение по друга КП, за която лечебното заведение няма сключен договор, лечебното заведение е длъжно да преведе пациента в друго лечебно заведение, сключило договор за съответната КП. Националната здравноосигурителна каса заплаща КП на лечебното заведение, завършило лечението.

Чл. 11. При постъпване на пациент по терапевтична КП, по която са извършени диагностично-терапевтични процедури, и доказаната диагноза в хода на лечението по тази КП индикира оперативно лечение, на изпълнителя на болнична помощ се заплаща хирургичната КП.

Чл. 12. Когато в срок до 30 дни от дехоспитализацията на пациента се наложи нова хоспитализация по същата КП в същото или в друго лечебно заведение, НЗОК заплаща само един от случаите по КП след провеждане на последващ контрол, освен ако в КП е предвидено друго.

Чл. 13. Заплащането за клапи, протези, стентове, кохлеарни имплантанти и постоянни кардиостимулатори не се включва в цената на КП.

Чл. 14. В историята на заболяването се отразяват фабричният номер и видът на медицинските изделия или се залепва стикер. Те се отчитат едновременно с отчитането на съответните КП, в които са използвани.

Чл. 15. Когато пациентите предпочетат по-скъпо медицинско изделие в сравнение с договорената по-долу цена, те доплащат разликата в цената.

Чл. 16. На изпълнителите на БП се заплаща след представяне на първия екземпляр от направлението за хоспитализация с отразена диагноза/и и извършени основни диагностични/терапевтични/оперативни процедури, включени в критериите за завършена КП, или на електронен еквивалент на направлението за хоспитализация, както и на месечни отчети по КП.

Чл. 17. Изпълнителите на БП, сключили договор с НЗОК, предоставят ежемесечни отчети (Формата на отчетните документи се утвърждава от НЗОК в НРД за съответната година.) за дейността си на РЗОК по утвърден график от 3-то до 10-о число на месеца, следващ отчетния.

Чл. 18. Изпълнителите на БП, оборудвани със специализиран софтуер за електронно отчитане на дейността си в Централно управление (ЦУ) на НЗОК, представят по утвърден график ежемесечни електронни отчети за дейността си в ЦУ на НЗОК от 3-то до 10-о число на месеца, следващ отчетния.

Чл. 19. Заплащането за медицински изделия се извършва при изпълнение на следните условия:

1. медицинското изделие е вложено при изпълнение на КП съгласно изискванията на алгоритмите за изпълнение на съответната КП;

2. изпълнени са всички изисквания на Националния рамков договор (НРД);

3. медицинското изделие е отчетено при условията и по реда на чл. 18 и 19.

Чл. 20. (1) За завършената през предходния календарен месец дейност по чл. 1 изпълнителите на БП ежемесечно представят фактура, финансово-отчетни документи по приложение към НРД, първични медицински документи по приложение към НРД в РЗОК и

електронен отчет по утвърден от НЗОК формат съгласно утвърден от НЗОК формат по утвърден график до 10-о число на месеца, следващ отчетния.

(2) Ежедневно изпълнителите на БП изпращат данни съгласно утвърден от НЗОК формат за приетите и изписаните за денонощии пациенти в лечебното заведение - изпълнител на болнична помощ.

Чл. 21. (1) Изпълнителят на високоспециализирани медицински дейности (ВСМД) ежесечно отчита извършените дейности, като представя в Районната здравноосигурителна каса (РЗОК) по утвърден график от 3-то до 10-о число на месеца, следващ отчетния, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А) заедно с фактура, финансовите отчетни документи, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверявателния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злоупотреби или професионални заболявания.

(2) Отчитането на дейността се осъществява и с модули на специализиран софтуер за болници в ЦУ на НЗОК съгласно Условия и ред за електронно отчитане на изпълнителите на болнична помощ чрез модули на специализиран болничен софтуер.

(3) Заплащането по ал. 1 е месечно след проверка на фактура, финансово-отчетните документи, първичните медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 22. Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, за които се прилагат схемите за социална сигурност, както и на лица, включени в международни спогодби за социално осигуряване, по които Република България е страна, се представя на отделна фактура, придружена със съответните финансово-отчетни документи, първични медицински документи, копие от удостоверявателния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злоупотреби или професионални заболявания и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

Чл. 23. Всички документи, с които се отчита и удостоверява извършената дейност, се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в тях. Не се допускат непълнени реквизити, поправки, липса на подпис и печат на представляващия ЛЗ.

Чл. 24. Националната здравноосигурителна каса не заплаща по настоящия ред за цялостната дейност, ако тя не е отчетена в рамките на два последователни отчетни периода след завършването ѝ.

Чл. 25. При нарушена структура на файла, водеща до невъзможност за обработка на електронния отчет по вина на изпълнителя на БП, РЗОК връща електронния отчет на изпълнителя на БП. Изпълнителят на БП коригира електронния отчет в сроковете по чл. 18 и 19.

Чл. 26. При констатиране на неправилно попълнени данни в отчетните документи и/или грешки, установени при обработката на електронен отчет за извършената дейност от изпълнителя на БП, в определен от НЗОК формат, РЗОК информира изпълнителя на БП с писмени указания за необходимите корекции и допълнения.

Чл. 27. При необходимите корекции и допълнения на финансово-отчетните документи 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 до 3 работни дни изпълнителят на БП се задължава да представи фактурата с кредитно/дебитно известие към нея и спецификацията към тях. В случай на отказ от страна на изпълнителя на БП фактурата с кредитно/дебитно известие към нея и спецификацията се придружават от отказ на изпълнителите на медицинска помощ (ИМП), предоставен в писмена форма.

Чл. 28. Плащанията на изпълнителите на ИМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на

месеца, следващ отчетния.

Чл. 29. При неспазване на посочения в чл. 18 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. 30. Ако изпълнителят на БП не спази реда за корекции по чл. 28 в текущия или следващия период за отчитане, на изпълнителя на БП не се заплаща отчетената дейност.

Чл. 31. Плащанията се извършват в левове по банков път по обявена от изпълнителя на БП в индивидуалния договор банкова сметка.

Чл. 32. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, изпълнителите на БП носят отговорност съгласно условията на действащия НРД.

Чл. 33. Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на изпълнителя на БП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

Чл. 34. (1) Регулацията на разходите за болнична помощ се осъществява съгласно Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2011 г. по правила, определени от Надзорния съвет на НЗОК.

(2) Регулацията в болничната помощ се извършва за дейности за диагностика и лечение по клинична пътека, медицински изделия и имплантанти за болнично лечение и високоспециализирани дейности по чл. 3 и номенклатури съгласно приложение № 5 от Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.