

ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 353 на МС от 27.12.2012 г. за приемане на методики за остойносттаване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване

Обн., ДВ, бр. 2 от 8.01.2013 г., в сила от 1.01.2013 г.

МИНИСТЕРСКИЯТ СЪВЕТ

ПОСТАНОВИ:

Чл. 1. Приема Методика за остойносттаване на дейностите в извънболничната медицинска помощ съгласно приложение № 1А и Методика за заплащане на дейностите в извънболничната медицинска помощ съгласно приложение № 1Б.

Чл. 2. Приема Методика за остойносттаване на дейностите в болничната медицинска помощ съгласно приложение № 2А и Методика за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ съгласно приложение № 2Б.

Чл. 3. Приема Методика за остойносттаване на комплексното диспансерно наблюдение на пациентите с кожно-венерически и психични заболявания съгласно приложение № 3А и Методика за заплащане на комплексното диспансерно наблюдение на пациентите с кожно-венерически и психични заболявания съгласно приложение № 3Б.

Чл. 4. Приема Методика за остойносттаване на дейностите в извънболничната дентална помощ съгласно приложение № 4А и Методика за заплащане на дейностите в извънболничната дентална помощ съгласно приложение № 4Б.

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 1. При осигурена техническа възможност от страна на Националната здравноосигурителна каса:

1. изборът на общопрактикуващ лекар от задължително здравноосигурените лица се извършва по електронен път към момента на неговото осъществяване;
2. отчитането на извършената дейност от изпълнителите на медицинска помощ по договор с Националната здравноосигурителна каса се осъществява по електронен път, както следва:
 - а) за изпълнителите на извънболнична медицинска помощ - ежедневно или ежеседмично;
 - б) за изпълнителите на болнична медицинска помощ - при приемането и изписването на пациента.

§ 2. До утвърждаване от Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса на списък с медицински изделия, които Националната здравноосигурителна каса заплаща в условията на болничната медицинска помощ, при условията и по реда, предвидени в § 34, ал. 2 от преходните и заключителните разпоредби на Закона за изменение и допълнение на Закона за здравното осигуряване (ДВ, бр. 60 от 2012 г.), Националната здравноосигурителна каса заплаща медицински изделия до стойността, посочена в договор за приемане на обеми и цени на медицинската помощ за 2013 г., сключен между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз на основание чл. 55д от Закона за здравното осигуряване.

§ 3. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща дейности по асистирана репродукция, включително лекарствена терапия за контролирана овариална (хипер) стимулация (КОХС), които са започнали през 2012 г. и са завършили през 2013 г.

(2) Заплащането по ал. 1 е за частта от дейностите по асистирана репродукция, извършена през 2013 г., която не е заплатена от Министерството на здравеопазването.

(3) Заплащането по ал. 2 се извършва на лечебните заведения, извършили съответните дейности по асистирана репродукция и сключили договори за изпълнение на процедурите от приложение № 14 на Наредба № 40 на министъра на здравеопазването 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., бр. 45, 62 и 101 от 2010 г., бр. 49, 52 и 97 от 2011 г. и бр. 99 и 100 от 2012 г.).

(4) Дейностите по ал. 2 се отчитат с документацията по чл. 21 от приложение № 2Б "Методика за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ".

§ 4. Постановлението се приема на основание чл. 55е, ал. 3 от Закона за здравното осигуряване.

§ 5. Отменя се Постановление № 366 на Министерския съвет от 2011 г. за приемане на методики за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване (ДВ, бр. 105 от 2011 г.).

§ 6. Постановлението влиза в сила от 1 януари 2013 г.

Приложение 1А

към чл. 1

МЕТОДИКА

за остойностяване на дейностите в извънболничната медицинска помощ

Раздел I

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 (НСИ) 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 задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ) и заплащане за дейност:

1. Капитационно плащане:

1.1. за лица от 0 до 18 години;

1.2. за лица от 18 до 65 години;

1.3. за лица над 65 години;

1.4. за всички лица - за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗЗОЛ, 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., бр. 45, 62 и 101 от 2010 г., бр. 49, 52 и 97 от 2011 г. и бр. 99 и 100 от 2012 г.), наричана по-нататък "Наредба 40 от 2004 г."

2. Заплащане за дейност:

2.1. Дейност по програма "Детско здравеопазване":

а) профилактични прегледи за лица от 0 до 1 година;

б) профилактични прегледи за лица от 1 до 2 години;

в) профилактични прегледи за лица от 2 до 7 години;

г) профилактични прегледи за лица от 7 до 18 години;

д) имунизации на лица от 0 до 18 години, включително за профилактика на рак на шийката на матката.

2.2. Дейност по програма "Майчино здравеопазване";

2.3. Дейност по диспансерно наблюдение;

2.4. Профилактични прегледи на лица над 18 години;

2.5. Имунизации на лица над 18 години;

2.6. Инцидентни посещения на ЗЗОЛ от други здравни райони;

2.7. Неблагоприятни условия.

III. Методика за изчисляване на реимбурсните нива за заплащането на базата 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 услуги отразява текущите потенциални възможности за развитие на изпълнителите, както и интеграцията на услугите в обхвата на пакета съгласно определените в наредбата по чл. 45, ал. 2 ЗЗО.

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.

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

Средствата за първична медицинска помощ се определят като процент от общия бюджет на НЗОК. Разходите са базирани на фактическите разходи през предходната година или са екстраполирани на базата на исторически разходи и степен на натовареност. Първоначално изчислението от долу 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 ПИМП да бъдат склонни да привличат по-здравни 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

др.), 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:

Капитационен бюджет на единицата $I = ? [(\text{коефициент за корекция за група } A) \times (\text{брой на регистрираните в група } A) \times (\text{базовата капитационна стойност}) + (\text{суми за работа в населени места с неблагоприятни условия})]$.

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 за ЗЗОЛ, които са налични във фонда за ПИМП, претеглени чрез възрастов/пол коефициент на регистрираните при всеки изпълнител на първична извънболнична услуга.

7. Поддържане на финансова и управленска система.

Като 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 за изготвянето на счетоводни и медицински отчети. Изпълнителите на ПИМП са задължени да поддържат системи за анализиране на финансовите резултати и изготвянето на доклади, които могат да бъдат използвани за подобряване разпределението на ресурсите. Изпълнителите на ПИМП са длъжни да поддържат вътрешни информационни системи за наблюдение и управление.

8. Системи за наблюдение и гарантиране на ефективното разходване на публични средства и качество на предлаганите медицински услуги.

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 използването на 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: първият, базиран на ресурсите (т.нар. "retrospective cost-based" payment), или вторият, базиран на резултатите, като този подход може да бъде въведен с определянето на показатели за качество като допълнителен финансов стимул за изпълнителите на медицинска помощ.

Раздел II

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 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.

Дефинират се агрегирани групи здравни услуги със сходни разходи, както следва:

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 са екстраполирани на базата на исторически разходи, обем дейности и натовареност. Разпределението може да бъде променяно при промяна на обхвата от услуги или при включването на допълнителни дейности.

3. Определяне на единичната стойност на услугата (преглед).

Първоначално изчислението се прави от долу 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.

Разпределението е, както следва:

3.1. Разпределение на преките разходи за видовете медицински дейности.

3.2. Разпределение на непреките (фиксираните) административни разходи.

3.3. 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).

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

или

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

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:

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

4. Поддържане на финансова и управленска система.

Като 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 СИМП са задължени да поддържат системи за анализиране на финансовите резултати и изготвянето на доклади, които могат да бъдат използвани за подобряване разпределението на ресурсите. Изпълнителите на СИМП са длъжни да поддържат вътрешни информационни системи за наблюдение и управление.

5. Системи за наблюдение и гарантиране на ефективното разходване на публични средства и качество на предлаганите медицински услуги.

Раздел III

Методика за остойностяване на дейностите в

медико-диагностичната извънболнична медицинска помощ

I. Дефиниране на пакета услуги.

Дефинират се агрегирани групи здравни услуги със сходни разходи, както следва:

- 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 (обн., ДВ, бр. 106 от 2004 г.; изм. и доп., бр. 102 от 2005 г., бр. 4 и 60 от 2009 г., бр. 101 от 2010 г., бр. 58 и 97 от 2011 г. и бр. 100 от 2012 г.), наричана по-нататък "Наредба 39 от 2004 г.", както и на базата на договорените в Националния рамков договор условия за оказване на медицинската помощ.

II. Определяне размера на средствата за медико-диагностичните дейности (МДД).

Средствата се определят като процент от общия бюджет на 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 от долу 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 от горе надолу на ресурсите за МДД.

Комбинирането на двата подхода осигурява бюджетно неутрален механизъм за разпределение на ресурсите.

Разпределението е, както следва:

1. Разпределение на преките разходи за видовете медицински дейности.
2. Разпределение на непреките (фиксираните) административни разходи.
3. 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).

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

ИЛИ

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

За да се обобщят единичните цени за преглед, 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 МДД са задължени да поддържат системи за анализиране на финансовите резултати и изготвянето на доклади, които могат да бъдат използвани за подобряване разпределението на ресурсите. Изпълнителите на МДД са длъжни да поддържат вътрешни информационни системи за наблюдение и управление.

Приложение 1Б

към чл. 1

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 заплаща договорената и извършената дейност на изпълнителите на първична извънболнична помощ

съгласно Наредба 40 от 2004 г. по следните елементи:

1. медицинско обслужване на 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 за изпълнител по тази програма;
4. диспансерни прегледи на ЗЗОЛ съгласно Наредба 39 от 2004 г. и списъка на заболяванията за деца и възрастни, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ, за които НЗОК заплаща съгласно приложение по НРД за медицинските дейности за 2013 г.;
5. профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст съгласно Наредба 39 от 2004 г. и приложение по НРД за медицинските дейности за 2013 г.;
6. работа на практики в населени места с неблагоприятни условия съгласно методика, приета от Надзорния съвет на НЗОК;
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. осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗЗОЛ съгласно Наредба 40 от 2004 г.

(2) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща, когато са спазени всички нормативни изисквания, извършени са дейностите от основния пакет и са изпълнени всички изисквани медицински дейности съгласно приложения по НРД и 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 ПИМП дейностите по цени, определени по реда на чл. 55д ЗЗО.

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 към 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. хартиена или електронна фактура при възможност на НЗОК да приема електронни фактури;
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.;
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., бр. 57 от 2009 г. и бр. 77 от 2012 г.), наричана по-нататък "Наредба 15 от 2005 г.", на лице на възраст от 0 до 18 години, като общият брой на заплатените имунизации на едно лице не може да надвишава максималния брой.

(2) Плащането на изпълнителя на ПИМП по чл. 1, ал. 1, т. 2 се извършва месечно след проверка по фактура (хартиена или електронна), 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 програмата "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 (хартиена или електронна), 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) Когато едно диспансеризирано лице над 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други - при лекар-специалист, ЗЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, обем и честота) за всички заболявания само от ОПЛ, освен ако пациентът не заяви изрично желание за извършването му от специалист. В тези случаи ЗЗОЛ вече е диспансеризирано при ОПЛ за съответното заболяване от същия клас и за медицинската помощ по диспансерно наблюдение се заплаща на ОПЛ по реда на ал. 1.

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

(4) 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., Наредба 40 от 2004 г. и приложение по НРД.

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

(6) При първоначална диспансеризация за дадено заболяване общият брой прегледи за пациента за съответната календарна година се заплаща

пропорционално на оставащите месеци до края на годината.

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

1. само един годишен профилактичен преглед на ЗЗОЛ над 18 години;
2. за извършена задължителна имунизация и реимунизация съгласно

Имунизационния календар на Република България (приложение 1 към чл. 2, ал. 2 от Наредба 15 от 2005 г.).

(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 (хартиена или електронна), 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 адресът на лечебното заведение, отговаря на критериите, обуславящи го като неблагоприятно.

(2) Месечните суми, заплащани от НЗОК за работа на практики в населени места с неблагоприятни условия, се определят от управителя на НЗОК съгласно методика.

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

(4) Сумите по ал. 2 и 3 се определят към момента на сключване на индивидуалния договор и се вписват в него.

(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. разкрита амбулатория в обособена в областната здравна карта практика, която е била незаета в продължение на последните 6 месеца;
2. декларирано осигуряване на достъп на ЗЗОЛ до медицинска помощ извън обявения си работен график по начина, посочен в т. IX, 3 от приложение 1 от Наредба 40 от 2004 г.

Чл. 8. (1) Заплащането по чл. 1, ал. 1, т. 7 е за извършен преглед 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 или е осигурено в друга държава лице, потърсило е помощ по повод на остро възникнало състояние и при посещението си:

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

б) попълни "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК";

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

(2) Плащанията на изпълнителя на ПИМП по чл. 1, ал. 1, т. 7 се извършват месечно след проверка по фактура (хартиена или електронна), 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 - копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

Чл. 9. (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 1, ал. 1, т. 8, в случай че осигурява достъп до медицинска помощ извън обявления си работен график на ЗЗОЛ по един от начините, посочени в Наредба 40 от 2004 г.

(2) Заплащането за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявления си работен график на ЗЗОЛ от изпълнителя на ПИМП се осъществява след представяне на декларация по образец съгласно приложение към НРД за медицински дейности.

(3) Заплащането по чл. 1, ал. 1, т. 8 се извършва, когато изпълнителят на ПИМП осигурява достъп до медицинска помощ извън обявления си работен график на ЗЗОЛ чрез дежурен кабинет на лечебно заведение съгласно Наредба 40 от 2004 г.:

1. по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "б" ЗЛЗ, в което ОПЛ е съучредител;
2. по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "а" ЗЛЗ, което е разположено в община, която се намира в селски или планински район съгласно таблица 4 от приложение 1 към Наредба 40 от 2004 г.

(4) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 1, ал. 1, т. 8 след сключване на договор за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗЗОЛ със:

1. лечебни заведения за болнична помощ и лечебни заведения по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "б" и/или т. 2, букви "б", "в" и "г" ЗЛЗ, сключили договор с НЗОК и разкрили дежурен кабинет на не повече от 35 км от месторазположението на практиката на общопрактикуващия лекар;
2. лечебно заведение по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "а" ЗЛЗ, което е разположено в община, която се намира в селски или планински район съгласно таблица 4 от приложение 1 към Наредба 40 от 2004 г., сключило договор с НЗОК и разкрило дежурен кабинет на не повече от 35 км от месторазположението на практиката на общопрактикуващия лекар.

(5) Лечебните заведения по ал. 4 следва да представят договори за обслужване на ЗЗОЛ в районните здравноосигурителни каси (РЗОК) и осигуряват постоянно присъствие на лекар.

(6) Извън случаите по ал. 3 и 4 изпълнител на ПИМП има право на заплащане по чл. 1, ал. 1, т. 8, когато осъществява дейността си:

1. индивидуално чрез 24-часово осигуряване на консултация по телефона, в амбулаторията или в дома на пациента - по преценка на самия ОПЛ;
2. чрез организиране на график на дежурства между ОПЛ от отделните практики за първична извънболнична помощ за обслужване на пациентите в амбулатория или в дома на пациента - по преценка на съответния дежурен ОПЛ, в интервала между 8 ч. сутринта и 20 ч. вечерта - през работните дни, и минимум 6 часа - през почивните и празничните дни; в тези случаи ОПЛ са длъжни да представят месечен график за дежурствата в РЗОК в срок не по-късно от 20-о число на предходния месец.

(7) Лечебното заведение по ал. 6, т. 2 следва да е разположено в община, която се намира в селски или планински район съгласно таблица 4 от приложение 1 към Наредба 40 от 2004 г.

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

1. фактура (хартиена или електронна);

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. 10. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнители на специализирана извънболнична помощ (СИМП) съгласно Наредба 40 от 2004 г. и НРД, както следва:

1. преглед на ЗЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности извън случаите по т. 2 - 10, включително по следните специалности:

"Акушерство и гинекология", "Вътрешни болести", "Гастроентерология", "Детска гастроентерология", "Гръдна хирургия", "Педиатрия", "Ендокринология и болести на обмяната", "Детска ендокринология и болести на обмяната", "Инфекциозни болести", "Кардиология", "Детска кардиология", "Клинична алергология", "Педиатрия" и "Клинична алергология", "Клинична токсикология", "Клинична хематология", "Детска клинична хематология и онкология", "Кожни и венерически болести", "Неврохирургия", "Нервни болести", "Детска неврология", "Нефрология", "Детска нефрология и хемодиализа", "Ортопедия и травматология", "Очни болести", "Пневмология и фтизиатрия", "Детска пневмология и фтизиатрия", "Психиатрия", "Детска психиатрия", "Ревматология", "Детска ревматология", "Съдова хирургия", "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: "Педиатрия", "Детска гастроентерология", "Детска ендокринология и болести на обмяната", "Детска кардиология", "Педиатрия" и "Клинична алергология"; "Детска клинична хематология и онкология", "Детска неврология", "Детска нефрология и хемодиализа", "Детска пневмология и фтизиатрия", "Детска психиатрия", "Детска

ревматология", 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 "Педиатрия", съгласно Наредба 39 от 2004 г. 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. 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. 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) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща, когато са спазени всички нормативни изисквания, изпълнени са всички изисквани медицински дейности съгласно НРД 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 СИМП дейностите по цени, определени по реда на чл. 55д ЗЗО.

Чл. 11. (1) За всички здравнонеосигурени жени НЗОК заплаща на изпълнителите на СИМП един профилактичен преглед и изследвания съгласно Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2013г.

(2) Плащането на по ал. 1 се извършва месечно след проверка по фактура (хартиена или електронна), спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 12. (1) За видовете специализирана медицинска помощ по чл. 10, ал. 1, т. 1 се заплаща за:

1. реализиран първичен преглед при специалист по повод заболявания и състояния;

2. реализиран вторичен преглед по повод заболявания и състояния.

(2) Първичните посещения по ал. 1, т. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК 3, и с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица - с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови 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. 10, ал. 1, т. 1 е месечно след проверка по фактура (хартиена или електронна), спецификация, месечни отчети, медицински направления и 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. 10, ал. 1, т. 2 се заплаща за:

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

2. реализиран вторичен преглед по повод на същото състояние.

(2) Първичният преглед по ал. 1, т. 1 за месеца се отчита пред РЗОК с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК 3, и с електронен отчет за извършената дейност на 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) Вторичният преглед 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 (хартиена или електронна), финансовоотчетните документи, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и медицинските направления - бланка МЗ - НЗОК 3.

Чл. 14. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 10, ал. 1, т. 3 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ до 18-годишна възраст от лекар с придобита специалност по "Педиатрия".

(2) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в

определен от НЗОК формат, и с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК 3, издадено от ОПЛ без придобита специалност по "Педиатрия", когато на лицето е оказана медицинска помощ по програма "Детско здравеопазване" при първо посещение, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи на ЗЗОЛ съгласно Наредба 39 от 2004 г. и приложение по НРД по програма "Детско здравеопазване".

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

Чл. 15. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 10, ал. 1, т. 4 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ, включено в програма "Майчино здравеопазване" и избрало специалист по "Акушерство и гинекология" за наблюдение на бременността, както следва:

1. за реализиран първичен преглед на ЗЗОЛ, направили първоначален избор на специалист по "Акушерство и гинекология";
2. за реализиран вторичен преглед по повод на същото състояние или реализирано посещение при преизбор на специалист.

(2) Профилактичните прегледи по програма "Майчино здравеопазване" се заплащат като първични по ал. 1, т. 1 в следните случаи:

1. когато при прегледа от лекар-специалист на база на издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК 3, се установи, че се касае за състояния, включени в Наредба 39 от 2004 г. и в приложения по НРД, и бременните подлежат на профилактика; в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист;
2. когато при преизбор на специалист по "Акушерство и гинекология" на база на издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК 3, се установи, че се касае за ново състояние на бременната или за заболяване, включени в Наредба 39 от 2004 г. и в приложение по НРД.

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

1. при реализиран вторилен преглед по повод същото състояние на бременната при същия специалист или преизбор на специалист на база на издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК 3;

2. когато при прегледи по диспансерно наблюдение или по програма "Майчино здравеопазване", провеждани от един и същ лекар-специалист по "Акушерство и гинекология", се установи, че се касае за ново заболяване (състояние), включено в Наредба 39 от 2004 г. и в приложения по НРД; в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист и не се изисква ново направление;

3. когато при реализиран вторилен преглед при лекар-специалист по "Акушерство и гинекология" се установи, че се касае за състояние (заболяване), включено в Наредба 39 от 2004 г. и в приложения по НРД; в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

(4) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет 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" - бланка МЗ - НЗОК 3, издадено от ОПЛ, когато на лицето е оказана медицинска помощ по програма "Майчино здравеопазване" при първичен преглед, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(5) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените по Наредба 39 от 2004 г. профилактични прегледи на ЗЗОЛ и по приложение по НРД по програма "Майчино здравеопазване".

(6) Заплащането по ал. 1 е месечно след проверка по фактура (хартиена или електронна), 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 първичен преглед или при преглед по повод на преизбор на специалист по "Акушерство и гинекология" - "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК 3, издадено от ОПЛ, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

Чл. 16. За профилактичен преглед на неосигурените жени по чл. 45, ал.1, т. 7 ЗЗО и чл. 82, ал. 1, т. 2 от Закона за здравето се заплаща по реда на чл. 15, ал. 1, т. 1 като първичен преглед.

Чл. 17. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 10, 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" - бланка МЗ - НЗОК 3, издадено от ОПЛ, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи на 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 (хартиена или електронна), 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" - бланка МЗ - НЗОК 3, издадено от ОПЛ.

Чл. 18. (1) Специализираната медицинска помощ по чл. 10, 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 първоначалния преглед на лекар-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 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 проведените 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" - бланка МЗ - НЗОК 3, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест и майчинство и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

(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 (хартиена или електронна), спецификация, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК 3.

Чл. 19. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 10, ал. 1, т. 6 се заплаща за извършен преглед на ЗЗОЛ с едно или повече заболявания на диспансерно наблюдение от лекар-специалист:

1. за реализиран първичен преглед на ЗЗОЛ, направили първоначален избор на лекар-специалист, извършващ диспансерното наблюдение;
2. за реализиран вторичен преглед или посещение при преизбор на специалист.

(2) Случаите, в които прегледите за оказаната помощ по диспансерно наблюдение се заплащат като първични по ал. 1, т. 1, са:

1. когато при първоначален преглед при лекар-специалист на база на издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК 3, се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба 39 от 2004 г. и в приложение от НРД, ЗЗОЛ подлежат на диспансеризация; в този случай диагнозата, МКБ

кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист;

2. когато при преизбор на лекар-специалист на базата на издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК 3, се установи, че се касае за ново заболяване, включено в Наредба 39 от 2004 г. и в приложение на НРД.

(3) Случаите, в които прегледите за оказаната помощ по диспансерно наблюдение се заплащат като вторични по ал. 1, т. 2, са:

1. при реализиран вторичен преглед по повод на същото заболяване при същия специалист или при преизбор на специалист на базата на издадено направление от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК 3, по повод същото заболяване;

2. когато при прегледи по диспансерно наблюдение, провеждани от един и същ лекар-специалист, се установи, че се касае за ново заболяване от същият клас по МКБ 10, включено в Наредба 39 от 2004 г. и в приложение по НРД; в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист и не се изисква ново направление;

3. когато едно диспансеризирано лице до 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други - при лекар-специалист, ЗЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, обем и честота) за всички заболявания само от лекар-специалист съгласно НРД; в тези случаи ЗЗОЛ вече е диспансеризирано при специалиста за съответното заболяване от същия клас;

4. когато едно диспансеризирано лице над 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други - при лекар-специалист, ЗЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, обем и честота) за всички заболявания само от ОПЛ, освен ако пациентът не заяви изрично желание за извършването му от специалист.

(4) 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., Наредба 40 от 2004 г. и приложение по НРД, но за не повече от предвидения оптимален брой прегледи за заболяването с най-висока честота на наблюдение.

(5) 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" - бланка МЗ - НЗОК 3, издадено от ОПЛ, при първичен преглед или посещение по повод на преизбор на диспансеризиращ специалист, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК; "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК 3, издадено от ОПЛ, не се изисква, когато ЗЗОЛ се диспансеризира при посещение по друг повод.

(6) Заплащането по ал. 1 е месечно след проверка на фактура (хартиена или електронна), финансовоотчетни документи, първични медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(7) При първоначална диспансеризация за дадено заболяване общият брой прегледи за пациента за съответната календарна година се заплаща пропорционално на оставащите месеци до края на годината.

Чл. 20. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за високоспециализирана медицинска дейност (ВСМД) на изпълнителите на медицинска помощ по цени, определени по реда на чл. 55д ЗЗО.

(2) Заплащането за ВСМД, включително общомедицинските и специализираните дейности, се извършва в случаите, в които това се налага от естеството на високоспециализираната дейност, от 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" - бланка МЗ - НЗОК 3А, а за дейностите по пакет "Анестезиология и интензивно лечение" и за дейностите, включени в диспансерното наблюдение на ЗЗОЛ - съгласно приложения 9 и 14 към НРД за медицински дейности 2013 г. - 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" - бланка МЗ - НЗОК 3А, може да бъде отчетена само една ВСМД.

(5) Високоспециализираната медицинска дейност за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" - бланка МЗ - НЗОК 3А.

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

Чл. 21. На изпълнители на СИМП се заплаща по реда на тази методика за извършена и отчетена дейност по чл. 10, ал. 1, т. 10.

Чл. 22. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за извършена и отчетена медицинска експертиза на работоспособността на всеки член на обща или специализирана лечебноконсултативна комисия (ЛКК), но не повече от трима членове.

(2) Експертизата по ал. 1 се отчита с отрязък от "Талон за медицинска експертиза" - бланка МЗ - НЗОК 6, за всеки член на ЛКК и с електронен отчет за извършената дейност на 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, за преглед по искане на ЛКК/Регионалната картотека на медицинската експертиза (РКМЕ) или за 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" - бланка МЗ - НЗОК 6, 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 трудови злополуки или професионални заболявания.

Чл. 23. Регулацията на броя на специализираните медицински дейности и

стойността на медико-диагностични дейности в извънболничната помощ се

осъществява съгласно Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за съответната година по ред, определен от

Надзорния съвет на НЗОК.

Раздел III

Методика за заплащане на медико-диагностичните дейности

Чл. 24. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за медико-диагностичната дейност, назначена и извършена съобразно националните медицински стандарти, Наредба 40 от 2004 г., 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. 1 и 3 е месечно след проверка на фактурата (хартиена или електронна), финансовоотчетните документи, първичните медицински документи и електронен отчет, съдържащ назначената и извършената медико-диагностична дейност, във формат, определен от НЗОК.

Чл. 25. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за медико-диагностичната дейност, назначена на неосигурените жени, на които се оказва наблюдение на бременността по реда на чл. 45, ал. 1, т.7 ЗЗО и чл. 82, ал. 1, т. 2 от Закона за здравето, по ред и в обхват, определен в наредба.

(2) Заплащането по ал. 1 е месечно след проверка на фактурата (хартиена или електронна), финансовоотчетните документи, първичните медицински документи и електронен отчет, съдържащ назначената и извършената медико-диагностична дейност, във формат, определен от НЗОК.

Чл. 26. Националната здравноосигурителна каса заплаща медико-диагностични дейности по цени, определени по реда на чл. 55д ЗЗО.

Раздел IV

Условия и срокове за заплащането на дейностите в извънболничната помощ

Чл. 27. (1) Изпълнителите на медицинска помощ се отчитат, като представят ежемесечно в РЗОК фактура (хартиена или електронна),

финансовоотчетни 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 извършената 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) При отчитане на електронна фактура по ал. 1 спецификациите и отчетите към нея могат да бъдат приложени, подписани с електронен подпис.

(3) В случаите по ал. 2 отчитането на спецификация и отчети на хартиен носител не е необходимо.

(4) Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се представя на отделна фактура (хартиена или електронна), придружена със съответната отчетна документация, определена в НРД.

(5) 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. 28. (1) Електронните отчети: за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове, за новозаписани пациенти, за назначената и извършената медико-диагностична дейност, в определен от НЗОК формат, се връщат за корекция на ИМП в случай, че след обработването им се установят следните фактически грешки:

1. фактически грешки при отчитане на ПИМП, СИМП:

а) сгрешен код по МКБ на заболяване при правилно попълване на диагноза;

б) неточно посочени номер и дата на амбулаторния лист;

в) грешни данни за изпращащ лекар (РЦЗ/РЗИ, УИН, код на специалност)

при вярно изписани такива в направленията за консултация и съвместно лечение - бланка МЗ - НЗОК 3, за високоспециализирани дейности - бланка МЗ - НЗОК 3А, и талон за медицинска експертиза - бланка МЗ - НЗОК 6;

г) грешни данни на ЗЗОЛ (ЕГН, ЛНЧ, осигурителен номер) или на лицето, направило избора, в електронния отчет на ПИМП за новозаписани пациенти при вярно изписани такива в регистрационната форма за избор на личен

лекар;

2. фактически грешки при отчитане на медико-диагностичните дейности:

а) неточно посочен номер на направление за медико-диагностична дейност в електронен отчет при вярно изписан такъв на хартиен носител;

б) грешни данни на ЗЗОЛ (ЕГН, ЛНЧ, осигурителен номер) в електронен отчет при вярно изписан такъв в направление за медико-диагностична дейност на хартиен носител;

в) грешни данни (РЦЗ/РЗИ, УИН, код на специалност) на изпращащия/извършващия лекар при вярно изписани такива на хартиен носител;

г) сгрешен код по Международната класификация на болестите (МКБ) на заболяване при вярно изписан такъв на хартиен носител;

д) сгрешен код на извършена дейност при вярно изписан такъв на хартиен носител;

е) грешен номер на амбулаторен лист в електронен отчет при вярно изписан такъв на хартиен носител.

(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. 29. При неспазване на посочения в чл. 27, ал. 1 срок за представяне на отчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период на отчитане.

Чл. 30. (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 за период, който изпълнителят вече е отчетел.

Чл. 31. При констатиране на фактическите грешки по чл. 28, ал. 1 РЗОК връща електронния отчет на ИМП за отстраняването им. Изпълнителят на медицинска помощ предоставя коригирания електронен отчет в срок до един работен ден.

Чл. 32. (1) При необходимите корекции и допълнения на финансовоотчетните документи - фактура и спецификация, РЗОК изпраща писмени указания за необходимите корекции и допълнения не по-късно от 16-о число на месеца на отчитане на изпълнителя на ИМП.

(2) С указанията по ал. 1 се връщат спецификация и отчети за отчетената дейност за корекции и допълнения.

(3) В срок до 3 дни изпълнителят на ИМП представя в РЗОК дебитно/кредитно известие към фактурата по ал. 1 и спецификацията за отчетената дейност с нанесени корекции и допълнения.

(4) Поправки и добавки във фактурите и в дебитните/кредитните известия към тях не се разрешават. Погрешно съставени или поправени фактури и дебитни/кредитни известия се анулират и се издават нови.

(5) Когато погрешно съставени или поправени фактури и/или дебитни/кредитни известия са отразени в счетоводните регистри на изпълнителя на ИМП или на РЗОК, за анулирането им ИМП съставя протокол - за всяка от страните, който съдържа:

1. основанието за анулирането;
2. номера и датата на документа, който се анулира;
3. номера и датата на издадения нов документ;
4. подпис на лицата - за всяка от страните, върху съставения протокол.

(6) След като получи екземпляр от протокола по ал. 5, РЗОК връща на изпълнителя на ИМП екземпляра от фактурата за анулиране и получава новосъставената.

(7) При писмено заявен отказ от страна на изпълнителя на ИМП да изпълни указанията в срока по ал. 3 РЗОК не заплаща отчетената дейност.

(8) Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определените срокове в текущия или в следващия отчетен период.

Чл. 33. Плащанията се извършват по банков път в левове по обявена от ИМП в индивидуалния договор банкова сметка.

Чл. 34. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на действащия НРД.

Чл. 35. 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. 36. Управителят на НЗОК по предложение на директорите на РЗОК утвърждава списък на населените места с неблагоприятни условия за

работа на изпълнителите на ПИМП съгласно методика.

Приложение 2А

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.** Определят се 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.** Определят се 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 2011 и 2012 г.) и средните разходи за един хоспитализиран през 2011 г. Позиционирането се извършва с помощта на кумулативната функция на стандартното нормално разпределение.

III. Определяне 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 2011 и 2012 г.) и средните разходи за един хоспитализиран през 2011 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 е по-близо до действителните средни разходи.

За целта коефициентите на относително надценяване/подценяване се стандартизират с помощта на Z-трансформацията:

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

V. Описаният алгоритъм за определяне на нови реимбурсни цени се прилага само за клинични пътеки, за които броят на регистрираните през 2011 г. хоспитализации е по-голям от 0,01 % от общия брой хоспитализации.

Приложение 2Б

към чл. 2

МЕТОДИКА

за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ

Чл. 1. (1) Тази методика урежда заплащането на дейностите за болнична медицинска помощ за:

1. задължително здравноосигурени лица;

2. здравнонеосигурени лица - съгласно § 9, ал. 2, т. 3 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ЗБНЗОК) за 2013 г.

(2) Заплащането по ал. 1, т. 2 се извършва чрез трансфери от

Министерството на здравеопазването по реда на § 9, ал. 3 ЗБНЗОК за 2013г.

Чл. 2. (1) Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) заплаща договорената и извършената дейност от изпълнителите на болнична медицинска помощ (БМП) 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., бр. 45, 62 и 101 от 2010 г., бр. 49, 52 и 97 от 2011 г. и бр. 99 и 100 от 2012 г.), наричана по-нататък "Наредба 40 от 2004 г.", и действащите към нея приложения, както следва:

1. За дейностите в болничната медицинска помощ по клинични пътеки (КП) - по приложение 5 към Наредба 40 от 2004 г., и по цени, определени по реда на чл. 55д от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), които включват:

- а) медико-диагностични изследвания, медицински процедури и прегледи, необходими за удостоверяване на необходимостта от хоспитализация;
- б) медицински дейности по КП, лекарствена терапия и услуги, включващи професионални грижи и диетично хранене, предоставени на пациентите по време на тяхната хоспитализация;
- в) медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите;
- г) до два контролни прегледа в лечебно заведение - изпълнител на БМП, при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване, задължително записани в епикриза.

2. За високоспециализирани медицински дейности (ВСМД), посочени в приложение 4 към Наредба 40 от 2004 г., и по цени, определени по реда на чл. 55д ЗЗО.

3. За медицински изделия от утвърдения на основание § 34, ал. 2 отпреходните и заключителните разпоредби на ЗЗО (ДВ, бр. 60 от 2012 г.) от Надзорния съвет на НЗОК Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ, вложени при изпълнение на КП и заплащани извън цената на КП; медицинските изделия се заплащат от НЗОК до стойността за тип медицинско изделие, определена в списъка.

4. За клинични процедури, посочени в приложение 10 към Наредба 40 от 2004 г., и по цени, определени по реда на чл. 55д ЗЗО, които включват повтарящи се еднотипни медицински дейности, при което назначената терапевтична схема и състоянието на пациента не налагат престой на същия в лечебното заведение - изпълнител на медицинска помощ, по-дълъг от 12 часа.

5. За процедурата за интензивно лечение "Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане със или без прилагане на сърфактант", посочена в приложение 12 към Наредба 40 от 2004 г., и по цена, определена по реда на чл. 55д ЗЗО, която включва извършване в

специализирана клиника/отделение на болница - изпълнител на медицинска помощ, на съвкупност от медицински дейности, медицински изследвания и медикаментозно лечение в рамките на период от 24 часа по отношение на пациент, чието състояние изисква интензивно лечение.

6. За процедурите, посочени в приложение 13 "Процедури за интензивно лечение извън случаите на новородено" към Наредба 40 от 2004 г., и по цени, определени по реда на чл. 55д 33О, които включват извършване в лечебни заведения за болнична помощ с разкрита клиника/отделение по анестезия и интензивно лечение от трето ниво на компетентност, както и в условията на спешност в болници с разкрита клиника/отделение по анестезия и интензивно лечение от второ ниво на компетентност, но само ако тези болници разполагат и с разкрита клиника/отделение по спешна медицина и структура за диализно лечение от първо или по-високо ниво на компетентност по съответните медицински стандарти по спешна медицина и диализно лечение, както и със структури по вътрешни болести, детски болести, акушерство и гинекология, кардиология, неврология, хирургия, ортопедия и травматология, които са от второ или по-високо ниво на компетентност по съответните медицински стандарти на съвкупност от медицински дейности, медицински изследвания и медикаментозно лечение в рамките на период от 24 часа по отношение на пациент, чието състояние изисква интензивно лечение.

7. За процедурите, посочени в приложение 14 "Процедури по асистирана репродукция" към Наредба 40 от 2004 г., и по цени, определени по реда на чл. 55д 33О, които включват съвкупност от медицински дейности, свързани с хормонална контролирана овариална (яйчникова) хиперстимулация (КОХС) - с престой на пациента в лечебното заведение до 12 часа, и фоликулна пункция, оплождане на яйцеклетки, ембриотрансфер и криоконсервация - с престой на пациента до 24 часа.

8. За процедурите, посочени в приложение 15 "Процедури по нуклеарномедицинско компютър-томографско образно изследване" към Наредба 40 от 2004 г., и по цени, определени по реда на чл. 55д 33О, които включват съвкупност от медицински дейности и медицински изследвания в рамките на период до 12 часа.

(2) При промяна на терапията във връзка с придружаващо хронично заболяване в случаите по ал. 1 НЗОК не заплаща лекарствата за периода на хоспитализация, като те се осигуряват от лечебното заведение -

изпълнител на БМП.

Чл. 3. Заплащането е за задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ), хоспитализирани след влизането в сила на договора между НЗОК и съответния изпълнител на БМП.

Чл. 4. Заплащането се извършва в левове по цени и обеми, определени по реда на чл. 55д ЗЗО.

Чл. 5. За всеки случай по КП 297 "Палиативни грижи при онкологично болни", КП 305 "Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи при персистиращо (хронично) вегетативно състояние" и по процедурите, посочени в приложение 13 "Процедури за интензивно лечение извън случаите на новородено" към Наредба 40 от 2004 г., определената цена по реда на чл. 55д ЗЗО за един леглоден се умножава по броя на пролежаните леглодни при спазване на ограниченията за максимален престой, установен в алгоритъма на клиничните пътеки и процедурите.

Чл. 6. За клинични процедури по чл. 2, ал. 1, т. 4 - 8 се заплаща за всеки отделен случай въз основа на броя проведени клинични процедури за отчетния месец.

Чл. 7. (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 МЗ - НЗОК 3, от същия/друг лекар, извършил дейността в лечебно заведение - изпълнител на БМП.

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

1. профилактични прегледи на 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, ал. 1, т. 1, буква "г", извършени в лечебното заведение - изпълнител на болнична медицинска помощ, от същия/друг лекар, извършил дейността, но без да се отчитат с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка

МЗ - НЗОК 3).

(4) В случаите на отчитане на прегледите по чл. 2, ал. 1, т. 1, буква "г" с "Медицинско направление за консултация или провеждане на

съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК 3, от лечебно заведение (ЛЗ) за специализирана извънболнична помощ (СИМП) НЗОК не заплаща прегледа, извършен от специалиста в СИМП, работещ в ЛЗ по ал. 3.

Чл. 8. 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. 9. (1) В случай на хоспитализация на ЗЗОЛ по КП и необходимост от провеждане на клинична процедура (КПр)/процедура за ВСМД в рамките на същия болничен престой НЗОК заплаща КП и КПр/процедура, с изключение на:

1. КПр 5 в рамките на същия болничен престой по КП 251, 252, 253, 254 и 298;

2. КПр 6 в рамките на същия болничен престой по КП 251, 252, 254 и 298, КПр 5 и 7 или лъчелечение, или оперативно лечение по повод на основната диагноза, за която лицето е диспансеризирано;

3. процедури по приложение 13 към Наредба 40 от 2004 г. в рамките на същия болничен престой по КП 129 и 130;

4. процедури по приложение 14 в рамките на същия болничен престой по КП/КПр;

5. процедури по приложение 15 в рамките на същия болничен престой по КП, в които е включена диагностична процедура PET - CT;

6. високоспециализирана медицинска дейност по приложение 4 към Наредба 40 от 2004 г. и КП, в които има същите кодове на процедури.

(2) В случай на хоспитализация на ЗЗОЛ по КП и необходимост от провеждане на КПр/процедури в рамките на един отчетен период НЗОК заплаща КП и КПр/процедура с изключение на КПр 6 в рамките на един отчетен период по КП 251, 252, 254 и 298, КПр 5 и 7 или лъчелечение, или оперативно лечение по повод основната диагноза, за която лицето е диспансеризирано.

(3) След приключване на лечението по КП по редове 275, 276, 277 и 278 от приложение 5 към Наредба 40 от 2004 г. и наличие на показания за продължаване на интензивно лечение по процедура "Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане със или без прилагане на сърфактант" в рамките на един отчетен период НЗОК заплаща КП и

проведените процедури за интензивно лечение.

Чл. 10. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай по КП при наличие на следните условия:

1. отчетената КП е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БМП и е извършена от посочените в договора с НЗОК специалисти, включени в приложение 1 към договора с изпълнителите на БМП по съответната КП;
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 ЗЗО 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: непрекъснатост на болничната помощ и грижите (ежедневно наблюдение и престой на пациента в ЛЗ), 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 условията и по реда на тази методика.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща стойността, съответно намалената с договорената отстъпка стойност, съгласно чл. 45, ал. 18 ЗЗО на противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение по клинични пътеки по редове 251, 252, 254, 255, 257.1, 257.2, 258.1, 258.2 и 298 на необходимите еритро-, грануло- и тромбоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, перорални цитостатици и перорална и парентерална прицелна терапия, която стойност не се включва в цената на клиничната пътека.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща стойността, съответно намалената с договорената отстъпка стойност, съгласно чл. 45, ал. 18 ЗЗО на еритро-, грануло- и тромбоцитни колонистимулиращи фактори, имunosупресивна терапия и хелираща терапия, прилагани в клинична пътека по ред 253, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване, или за лечение, която стойност не се включва в цената на

клиничната пътека.

Чл. 11. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай по клинични процедури, включени в приложение 10 към Наредба 40 от 2004 г., и процедури по приложения 12, 13, 14 и 15 към Наредба 40 от 2004 г., при наличие на следните условия:

1. отчетената КП е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БМП и е извършена от посочените в договора специалисти от приложение 1 към договора с изпълнителите на БМП по съответната КПр/процедури;
2. пациентът е с непрекъснати здравноосигурителни права, с изключение на неосигурени пациенти, за "Процедури за интензивно лечение извън случаите на новородено" от приложение 13 към Наредба 40 от 2004 г.;
3. спазени са условията за завършена КПр/процедури;
4. извършената дейност по КПр/процедури е отчетена при условията и по реда на тази методика.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща стойността, съответно намалената с договорената отстъпка стойност, съгласно чл. 45, ал. 18330 на противотуморните лекарствени продукти (парентерални и перорални), осигуряващи основното лечение по клинична процедура по т. 5 от приложение 10 към Наредба 40 от 2004 г., на необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, която стойност не се включва в цената на клиничната процедура.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща стойността на лекарствените продукти, прилагани за хормонална контролирана овариална хиперстимулация (КОХС) по процедура "Асистирана репродукция - хормонална контролирана овариална хиперстимулация (КОХС)" от приложение 14 към Наредба 40 от 2004 г., която стойност не се включва в цената на процедурата.

(4) Националната здравноосигурителна каса заплаща лекарствени продукти по ал. 2 и 3, включени в Позитивния лекарствен списък по чл. 262, ал. 5от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

(5) При процедурите по асистирана репродукция, посочени в приложение 14 към Наредба 40 от 2004 г., Националната здравноосигурителна каса

заплаща стойността на съответното завършено ниво от алгоритъма на процедурите.

Чл. 12. 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 случаите, в които не е спазен минималният болничен престой, но са извършени всички основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури съгласно диагностично-лечебния алгоритъм на КП. При екзитус на пациент в случаите, в които не са извършени всички изискуеми основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури, НЗОК заплаща след извършване на проверка.

Чл. 13. 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. Процесът по превеждането включва изписването на пациента от лечебното заведение за болнична помощ, транспортирането и хоспитализацията му в друго лечебно заведение за болнична помощ, сключило договор за съответната КП. Националната здравноосигурителна каса заплаща КП на лечебното заведение, завършило лечението.

Чл. 14. 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. 15. (1) Когато в срок до 30 дни от дехоспитализацията на пациента се наложи нова хоспитализация по същата КП в същото или в друго лечебно заведение, НЗОК заплаща само един от случаите по КП след провеждане на проверка, освен ако в КП е предвидено друго.

(2) В случаите, когато в срок до 30 дни от дехоспитализацията на пациент, при който е опериран един от чифтните органи по определена клинична пътека, настъпят спешни индикации за операция на другия чифтен орган по същата клинична пътека, се заплащат и двете клинични пътеки.

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

(4) Националната здравноосигурителна каса не заплаща на изпълнител на извънболнична помощ в случаите, в които за един и същ пациент по време на болничния престой са отчетени дейности от изпълнител на извънболнична и болнична помощ. Изключение се допуска само за случаите на предписване на лекарствени продукти за придружаващи хронични заболявания.

(5) Националната здравноосигурителна каса не заплаща КП на изпълнител на болнична помощ в случаите, в които при извършен непосредствен контрол се констатира отсъствие на пациента от лечебното заведение по време на хоспитализация.

(6) Националната здравноосигурителна каса не заплаща отчетените дейности, които не са били включени в ежедневните електронни отчети по чл. 25 за съответния отчетен период.

Чл. 16. Стойността на медицинските изделия по чл. 2, ал. 1, т. 3 не се включва в цената на КП.

Чл. 17. В историята на заболяването се отразяват фабричният номер и видът на вложените медицински изделия или се залепва стикер.

Чл. 18. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща медицинските изделия от списъка с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията

на болничната медицинска помощ, утвърден при условията и по реда на §34, ал. 2 от преходните и заключителните разпоредби на ЗЗО, на

притежателите на разрешения за търговия на едро с медицински изделия:

1. сключили договори с НЗОК;
2. доставили медицинските изделия на лечебните заведения - изпълнители

на болнична медицинска помощ.

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

1. медицинските изделия са вложени при изпълнение на КП съгласно изискванията на алгоритмите за изпълнение на съответните КП;
2. медицинските изделия са отчетени при условията и по реда на тази методика.

(3) Изпълнителите на БП представят в НЗОК едновременно с отчитането на дейността по КП спецификация-отчет за вложените през отчетния период видове медицински изделия, тяхната стойност (договорена по реда на Закона за обществените поръчки) и за доставилите ги притежатели на разрешения за търговия на едро с медицински изделия.

(4) Въз основа на спецификациите-отчети по ал. 3 НЗОК изготвя

спецификации-отчети към отделните притежатели на разрешения за търговия на едро с медицински изделия, с които има сключени договори.

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща стойността на медицинските изделия, посочена в спецификациите по ал. 3, в случай че стойността е по-ниска или равна на стойността, до която НЗОК заплаща съответния тип медицинско изделие съгласно списъка по чл. 2, ал. 1, т.3.

(6) Националната здравноосигурителна каса не заплаща медицински изделия извън списъка по чл. 2, ал. 1, т. 3.

Чл. 19. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност по КП на изпълнителите на БП след представяне на следните първични медицински и финансово-отчетни документи:

1. фактура или електронна фактура;
2. спецификация за извършена дейност по КП;
3. отчет за лечение с лекарствени продукти по клинични процедури/процедури или по КП в областта на онкологията, онкохематологията и неонатологията - за случаите, в които има извършена такава дейност;
4. спецификация за приложени лекарствени продукти, заплащани от НЗОК извън цената на КП 251, 252, 253, 254, 255, 257.1, 257.2, 258.1, 258.2 и 298, за случаите, в които има извършена такава дейност;
5. седмични справки към месечна спецификация;
6. първия екземпляр от направлението за хоспитализация (бланка МЗ - НЗОК 7) с отразена основна диагноза и извършени основни диагностични/терапевтични/оперативни процедури, включени в критериите за завършена КП;
7. първия екземпляр от документ 5 "Декларация за информираност и съгласие на пациента по отношение източника на заплащане за диагностиката и лечението на неговото заболяване".

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност по КП на изпълнителите на БП след представяне на електронен отчет във формат, определен от НЗОК, подаван от изпълнителите на БП по реда на чл. 26, подписан с електронен подпис.

(3) При оказана медицинска дейност по КП на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, НЗОК заплаща след представяне и на:

1. приложение към спецификация за оказана медицинска помощ на лица с

право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби;

2. заверени от изпълнителите на БП копия от удостоверителните документи за право на здравно осигуряване и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

(4) Здравноосигурителният статус на ЗЗОЛ с прекъснати и впоследствие възстановени здравноосигурителни права се удостоверява с документ, издаден от НАП до края на периода на хоспитализация.

Чл. 20. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорените и извършените ВСМД след представяне на следните първични медицински и финансово-отчетни документи:

1. фактура или електронна фактура;
2. спецификация, съдържаща договорените и извършени ВСМД;
3. "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бланка МЗ - НЗОК 3А).

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорените и извършените ВСМД след представяне на електронен отчет във формат, определен от НЗОК, подаван от изпълнителите на ВСМД по реда на чл. 24, подписани с електронен подпис.

(3) При извършени ВСМД на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, НЗОК заплаща след представяне и на:

1. приложение към спецификация за оказана медицинска помощ на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби;

2. заверени от изпълнителите на БМП копия от удостоверителни документи за право на здравно осигуряване и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

(4) Здравноосигурителният статус на ЗЗОЛ с прекъснати и впоследствие възстановени здравноосигурителни права се удостоверява с документ, издаден от НАП.

Чл. 21. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност по клинични процедури, посочени в приложение 10 към Наредба 40 от 2004 г., и процедури по приложения 12, 13, 14 и

15 към Наредба 40 от 2004 г. на изпълнителите на БП след представяне

на следните първични медицински и финансово-отчетни документи:

1. фактура или електронна фактура;
2. спецификация за извършена дейност по КПр/процедури;
3. спецификация за приложени лекарствени продукти, заплащани от НЗОК,

извън цената на КПр по ред 5 от приложение 10 към Наредба 40 от 2004 г., и процедури за асистирана репродукция по приложение 14 към

Наредба 40 от 2004 г. - в случаите, в които има извършена такава дейност;

4. отчет за лечение с лекарствени продукти по КПр/процедури или по КП в областта на онкологията, онкохематологията и неонатологията, ако има извършена такава дейност;

5. седмични справки към месечна спецификация;

6. първия екземпляр от направлението за КПр/процедури (бланка МЗ - НЗОК 8);

7. първия екземпляр от "Лист за диспансерно наблюдение при злокачествени заболявания" (бланка МЗ - НЗОК 9).

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност по КПр/процедури на изпълнителите на БП след представяне на електронен отчет във формат, определен от НЗОК, подаван от изпълнителите на БП по реда на чл. 26, подписан с електронен подпис.

(3) При оказана медицинска дейност КПр/процедури на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, НЗОК заплаща след представяне и на:

1. приложение към спецификация за оказана медицинска помощ на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби;

2. заверени от изпълнителите на БП копия от удостоверителните документи за право на здравно осигуряване и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

Чл. 22. Сумата по представените фактури за извършената дейност не следва да надвишава размера на утвърдения годишен прогнозен план за обем дейност и стойност на разходите на изпълнителите на БП, определен по реда на ЗБНЗОК за 2013 г. и заложен в договора на изпълнителя на БП.

Чл. 23. (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, представят

отчетните документи по чл. 19, 20 и 21 ежемесечно в районните здравноосигурителни каси (РЗОК) по утвърден график до 10-о число на месеца, следващ месеца на дейността.

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

(3) Форматът на отчетните документи се утвърждава от НЗОК в НРД за съответната година.

Чл. 24. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща ежемесечно договорената, извършената и отчетената дейност по чл. 1 след проверка на документите по чл. 19, 20 и 21.

(2) Отчетът на лечебното заведение не се приема в следните случаи:

1. когато отчитането е извън регламентирания в чл. 23, ал. 1 срок;
2. при липса на някой от задължителните отчетни документи;
3. когато отчетните документи не са изготвени съгласно изискванията и реквизитите, посочени в тях;
4. при липса или несвоевременно ежедневно електронно отчитане или неспазен формат на електронния отчет по чл. 25.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща по настоящия ред за извършената дейност в случаите, в които тя е отчетена в рамките на съответния отчетен период след завършването ѝ.

(4) Изключение от ал. 3 се допуска, когато в рамките на съответния отчетен период след завършване на дейността се очакват резултати от хистологични изследвания, които определят окончателната диагноза на пациента. В този случай се допуска отчитането на извършената дейност в следващия отчетен период.

Чл. 25. (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, ежедневно отчитат по електронен път в утвърдени от НЗОК формати приетите и преминалите за денонощие пациенти в лечебното заведение - изпълнител на БМП.

(2) Електронните отчети по чл. 25, ал. 1 съдържат:

1. информация за постъпили и преминали по КП пациенти;
2. информация за постъпили и преминали по КПр/процедури пациенти;
3. информация за постъпили и преминали по ВСМД пациенти.

(3) На база на ежедневно подадените електронни отчети в НЗОК

автоматично се формират седмични отчети, равни на броя на календарните седмици в отчетния месец, които се обработват в информационната система на НЗОК. След окончателната обработка на отчетите на изпълнителя на БМП се изпраща седмична справка за отчетената, отхвърлената и потвърдената за заплащане медицинска дейност.

(4) Седмичната справка, изпратена на ЛЗ - изпълнител на БП, се подписва от представляващия ЛЗ и е неразделна част от документите по чл. 19 и 21.

(5) Ежедневните електронни отчети се подписват с електронен подпис от изпълнителите на БП.

Чл. 26. (1) При констатиране на грешки, свързани с неправилно въведени регистрационни данни при обработката на електронните отчети по чл. 19 и 21 за извършената дейност, РЗОК уведомява изпълнителя на БМП с указания за необходимите корекции, но не по-късно от два работни дни от края на отчетната седмица или два работни дни от края на отчетния месец, за констатирани грешки при обработката на електронните отчети по чл. 20.

(2) Грешките, свързани с неправилно въведени в електронния отчет регистрационни данни, могат да са:

1. регистрационни данни - регистрационни номера на лечебните заведения, УИН на лекарите, отразени в първичните медицински документи, код специалност на лекаря, номер на договор;
2. регистрационните данни на ЗЗОЛ.

Чл. 27. (1) При необходими корекции и допълнения на финансовоотчетните документи, фактура и спецификация РЗОК изпраща писмени указания за необходимите корекции и допълнения не по-късно от 15-о число на месеца на отчитане на изпълнителя на БМП.

(2) С указанията по ал. 1 се връща и спецификацията за отчетената дейност за корекции и допълнения.

(3) В срок до 3 дни изпълнителят на БМП представя в РЗОК дебитно/кредитно известие към фактурата по ал. 1 и спецификацията за отчетената дейност с нанесени корекции и допълнения.

(4) Поправки и добавки във фактурите и известията към тях не се разрешават. Погрешно съставени или поправени документи се анулират и се издават нови.

(5) Когато погрешно съставени документи или поправени документи са отразени в счетоводните регистри на изпълнителя на БМП или РЗОК, за анулирането се съставя и протокол - по един за всяка от страните, който

съдържа:

1. основанията за анулирането;
2. номера и датата на документа, който се анулира;
3. номера и датата на издадения нов документ;
4. подпис на лицата, съставили протокола - за всяка от страните.

(6) След като получи екземпляр от протокола по ал. 5, РЗОК връща на изпълнителя на БМП екземпляра от анулираната фактура.

(7) В случай на неспазване разпоредбите на ал. 3 и 5 РЗОК не заплаща отчетената дейност през текущия отчетен период.

Чл. 28. Плащанията на изпълнителите на БМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния.

Чл. 29. При неспазване на посочените в чл. 23, 26 и 27 срокове за представяне на отчетните документи от изпълнителите на БМП на изпълнителя на БМП не се заплаща отчетената дейност.

Чл. 30. Ако изпълнителят на БМП не подаде електронен отчет по чл. 25 или не спази реда за корекции, на изпълнителя на БМП не се заплаща отчетената дейност.

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

Чл. 32. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, изпълнителите на БМП 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 БМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

Чл. 34. Годишните прогнозни планове за обем дейност и стойност на разходите за болнична медицинска помощ се осъществява съгласно Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2013 г. и приетите правила от Надзорния съвет на НЗОК.

Приложение 3А

към чл. 3

МЕТОДИКА

за остойносттаване на комплексното диспансерно наблюдение на пациентите с кожно-венерически и психични заболявания

I. Изчисляването на стойности на комплексното диспансерно наблюдение се извършва при следната последователност:

1. Обобщаване на информацията от Министерството на здравеопазването (МЗ) за обема и цените на отчетените и заплатените дейности през последните две години.

2. Изчисляване на нови цени на базата на прогнозни обеми.

II. Заплащането на изпълнителите на комплексно диспансерно наблюдение се основава на следната методика:

1. Дефиниране на пакета услуги за комплексно диспансерно наблюдение:

1.1. диспансерно (амбулаторно) наблюдение на болни с психични заболявания;

1.2. диспансерно наблюдение на болни с кожно-венерически заболявания.

2. Определяне размера на средствата за комплексното диспансерно наблюдение на лица с кожно-венерически и психични заболявания.

Средствата за комплексно диспансерно наблюдение се определят като част от средствата за специализирана извънболнична медицинска помощ.

Разходите са предвидени на базата на фактическите разходи през предходната година или на историческите разходи на Министерството на здравеопазването обем дейности и натовареност. Разпределението може да бъде променяно при промяна на обхвата от услуги или при включването на допълнителни дейности.

3. Определяне на стойност на комплексно диспансерно наблюдение.

В стойността на комплексното диспансерно наблюдение се включва преглед при специалист, консултация с друг специалист и медико-диагностични изследвания.

Първоначално изчислението се прави от долу нагоре с цел да се определи минималният разход на здравноосигурено лице за предоставяне на базова дейност съгласно обема и честотата в заложения алгоритъм на оказване на наблюдението.

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).

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

или

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

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:

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

Приложение 3Б

към чл. 3

МЕТОДИКА

за заплащане на комплексно диспансерно наблюдение на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания

Чл. 1. (1) Тази методика урежда заплащането на комплексно диспансерно наблюдение на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания за:

1. задължително здравноосигурени лица;

2. здравнонеосигурени лица съгласно § 9, ал. 2, т. 1 и 2 от Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ЗБНЗОК) за 2013 г.

(2) Заплащането по ал. 1, т. 2 се извършва чрез трансфери от

Министерството на здравеопазването по реда на § 9, ал. 3 на ЗБНЗОК за 2013 г.

Чл. 2. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща дейностите за комплексно диспансерно наблюдение на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания договорената и извършената дейност от изпълнители на БМП в центрове за психично здраве и в центрове за кожно-венерически заболявания съгласно Наредба 40 от 2004 г., както следва:

1. комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с психични заболявания съгласно Наредба 39 от 2004 г. и приложение по НРД, извършено от изпълнител на БМП с клиники/отделения по психиатрия или център за психично здраве;

2. комплексно диспансерно наблюдение на пациенти с кожно-венерически заболявания съгласно Наредба 39 от 2004 г. и приложение по НРД, извършено от изпълнители на БМП с клиники/отделения по кожно-венерически заболявания или център за кожно-венерически заболявания.

(2) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща, когато са спазени всички нормативни изисквания и са изпълнени всички изисквани медицински дейности съгласно НРД.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на БМП с клиники/отделения по психиатрия или кожно-венерически заболявания, с център за психично здраве, с център за кожно-венерически заболявания дейностите по цени, определени по реда на чл. 55д ЗЗО.

Чл. 3. Прегледът се отчита с "Направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бланка МЗ - НЗОК 10) и с амбулаторни листове или електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в "Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение" (бланка МЗ - НЗОК 11) в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица - и с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

Условия и срокове за заплащането на комплексно диспансерно наблюдение на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания

Чл. 4. (1) Изпълнителите на медицинска помощ (ИМП) се отчитат, като представят ежемесечно в РЗОК фактура (хартиена или електронна), финансово-отчетни документи, първични медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на пациенти, отразена в амбулаторни листове (бланка МЗ - НЗОК 11) и/или в 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 (хартиена или електронна), придружена със съответната отчетна документация, определена в НРД.

Чл. 5. (1) Електронните отчети по чл. 4 се връщат за корекция на ИМП, в случай че след обработките им се установят следните фактически грешки:

1. сгрешен код по МКБ на заболяване при правилно попълване на диагноза;
2. неточно посочен номер и дата на амбулаторния лист (бланка МЗ - НЗОК 11);

3. грешни данни на пациента (ЕГН, ЛНЧ, осигурителен номер).

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

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

Чл. 6. При неспазване на посочения в чл. 4, ал. 1 срок за представяне на отчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващия период за отчитане.

Чл. 7. (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 за период, който изпълнителят вече е отчетел.

Чл. 8. При констатиране на фактическите грешки по чл. 5, ал. 1 РЗОК връща електронния отчет на ИМП за отстраняването им. Изпълнителят на медицинска помощ предоставя коригирания електронен отчет в срок до един работен ден.

Чл. 9. (1) При необходими корекции и допълнения на финансовоотчетните документи - фактура и спецификация, РЗОК изпраща писмени указания за необходимите корекции и допълнения не по-късно от 16-о число на месеца на отчитане на изпълнителя на ИМП.

(2) С указанията по ал. 1 се връщат спецификацията и отчетите за отчетената дейност за корекции и допълнения.

(3) В срок до 3 дни изпълнителят на ИМП представя в РЗОК дебитно/кредитно известие към фактурата по ал. 1 и спецификацията за отчетената дейност с нанесени корекции и допълнения.

(4) Поправки и добавки във фактурите и в дебитните/кредитните известия към тях не се разрешават. Погрешно съставени или поправени фактури и дебитни/кредитни известия се анулират и се издават нови.

(5) Когато погрешно съставени или поправени фактури и/или дебитни/кредитни известия са отразени в счетоводните регистри на изпълнителя на ИМП или на РЗОК, за анулирането им ИМП съставя протокол

- по един за всяка от страните, който съдържа:

1. основанията за анулирането;
2. номера и датата на документа, който се анулира;
3. номера и датата на издадения нов документ;
4. подпис на лицата - за всяка от страните, върху съставения протокол.

(6) След като получи екземпляр от протокола по ал. 5, РЗОК връща на изпълнителя на ИМП екземпляра от фактура за анулиране и получава новосъставената.

(7) При писмено заявен отказ от страна на изпълнителя на ИМП да изпълни указанията в срока по ал. 3 РЗОК не заплаща отчетената дейност.

(8) Дължимата сума се заплаща след уточняване на данните в определените срокове в текущия или в следващия отчетен период.

Чл. 10. Плащанията се извършват по банков път в левове по обявена от ИМП в индивидуалния договор банкова сметка.

Чл. 11. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на действащия НРД.

Чл. 12. 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.

Приложение 4А

към чл. 4

МЕТОДИКА

за остойностяване на дейностите в извънболничната дентална помощ

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

Дефинират се агрегирани групи здравни услуги със сходни разходи, както следва:

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 години и лица над 18 години.

II. 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 разработват в съответствие с чл. 55г от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО).

III. 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 са 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.

IV. Определяне на индивидуалните реимбурсни цени.

Първоначално изчисляването се прави от долу 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 от горе надолу на ресурсите за дентална извънболнична помощ.

Разпределението е, както следва:

- 1.** Разпределение на преките разходи за видовете медицински дейности.
- 2.** Разпределение на непреките (фиксираните) административни разходи.
- 3.** Разпределение на разходите за заплати.

Общото време, отделено за всяка от услугите в денталната извънболнична помощ, се разделя на общото време, отделяно за всички здравни услуги.

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

ИЛИ

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

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:

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

Приложение 4Б

към чл. 4

МЕТОДИКА

за заплащане на дейностите в извънболничната дентална помощ

Чл. 1. Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) заплаща изцяло или

частично денталните дейности по основен пакет дентална дейност, оказани

на задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ) 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., бр. 45, 62 и 101 от 2010 г., бр. 49, 52

и 97 от 2011 г. и бр. 99 и 100 от 2012 г.), наричана по-нататък

"Наредба 40 от 2004 г.", в обема и цени, определени по реда на чл.

55д ЗЗО.

Чл. 2. (1) Изпълнителите на първична дентална помощ извършват

дейностите, определени в основния пакет дентални дейности за първична

дентална помощ по Наредба 40 от 2004 г., диференцирани по възрастови

групи, както следва:

1. при ЗЗОЛ на възраст до 18 години:

а) обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на

амбулаторен лист и един допълнителен преглед за бременни;

- б) obturation с амалгама или химичен композит;
- в) екстракция на временен зъб, включително анестезия;
- г) екстракция на постоянен зъб, включително анестезия;
- д) лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб;
- е) лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб;

2. при ЗЗОЛ на възраст над 18 години:

- а) обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на

амбулаторен лист и един допълнителен преглед за бременни;

- б) obturation с амалгама или химичен композит;
- в) екстракция на зъб, включително анестезия.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло или частично

на изпълнителите на първична дентална помощ за всяко ЗЗОЛ, потърсило

дентална помощ, в обеми и цени по реда на чл. 55д ЗЗО.

Чл. 3. (1) Изпълнителите на специализирана хирургична дентална помощ

извършват следните видове дейности, определени в основния пакет

дентални дейности за хирургична дентална помощ по Наредба 40 от 2004г.:

1. при ЗЗОЛ на възраст до 18 години:

- а) специализиран обстоен преглед;
- б) инцизия в съединителнотъканни ложи, включително анестезия;
- в) екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб,

включително анестезия;

- г) контролен преглед след някоя от дейностите по букви "б" и "в";

2. при ЗЗОЛ на възраст над 18 години:

- а) специализиран обстоен преглед;
- б) инцизия в съединителнотъканни ложи, включително анестезия;
- в) екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб,

включително анестезия;

- г) контролен преглед след някоя от дейностите по букви "б" и "в".

(2) Изпълнителите на специализирана извънболнична дентална помощ по

специалност "Детска дентална медицина" извършват следните видове

дейности, определени в основния пакет дентални дейности за детска

дентална помощ по Наредба 40 от 2004 г., при ЗЗОЛ до 18 години:

1. обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на

амбулаторен лист и един допълнителен преглед за бременни;

2. obturation с амалгама или химичен композит;

3. екстракция на временен зъб, включително анестезия;
4. екстракция на постоянен зъб, включително анестезия;
5. лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб;
6. лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло или частично на изпълнителите на специализирана извънболнична дентална помощ за дейностите по ал. 1 и 2 за всяко ЗЗОЛ, потърсило дентална помощ, в обеми и цени по реда на чл. 55д ЗЗО.

Чл. 4. Националната здравноосигурителна каса заплаща денталните дейности, определени в Наредба 40 от 2004 г., за първична дентална помощ и специализирана дентална помощ в обеми и цени по реда на чл. 55дЗЗО 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-годишна възраст;
3. лицата, задържани под стража.

Чл. 5. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дентална дейност по основния пакет, определен в Наредба 40 от 2004 г., от изпълнителите на специализирана извънболнична дентална помощ под обща 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. обща анестезия с продължителност:
 - 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;

3. obturation с амалга или химичен композит;

4. екстракция на временен зъб;

5. екстракция на постоянен зъб;

6. лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб;

7. лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб;

8. инцизия в съединителнотъканни ложи;

9. екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб;

10. контролен преглед след някоя от горните две дейности;

11. 24-часово активно наблюдение - при необходимост - след общата анестезия.

(2) За всяко ЗЗОЛ под 18-годишна възраст с психични заболявания, потърсило дентална помощ, изпълнителите на специализирана извънболнична дентална помощ получават заплащане по дейностите по ал. 1 в обеми и цени, определени по реда на чл. 55д ЗЗО.

Чл. 6. Изпълнителят на извънболнична дентална помощ (ИДП) има право на пряко заплащане и/или доплащане от ЗЗОЛ в следните случаи:

1. при доплащане до пълните договорени стойности на извънболничната дентална помощ по чл. 2 и 3;
2. когато лицето е получило полагащия му се обем дейности при условията на тази методика и желае да продължи лечението си;
3. когато необходимото лечение обхваща лечебно-диагностични дейности, невключени в посочения пакет за заплащане съгласно тази методика;
4. когато при дейност, заплащана от НЗОК, лицето изрично предпочете методики, средства или материали, невключени в посочения пакет за заплащане съгласно тази методика.

Чл. 7. (1) За секторна рентгенография на зъби и ортопантомография се заплаща на изпълнител на 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 изпълнителите на ИДП не се прилага редът за определяне на стойностите за медико-диагностични изследвания от пакет "Образна диагностика" (секторна рентгенография на зъби и ортопантомография).

(3) Редът на назначаване, заплащане и отчитане на медико-диагностични изследвания от пакет "Образна диагностика" (секторна рентгенография на зъби) от ИДП е както при изпълнителите на СИМП.

(4) Назначаването на ВСМД от пакет "Образна диагностика" (ортопантомография) се извършва от общопрактикуващ лекар по дентална медицина или от лекар по дентална медицина - специалист, а редът за отчитане и заплащане е както при изпълнителите на СИМП.

Чл. 8. На изпълнители на ИДП се заплаща отчетена експертизна дейност, извършена по установения в НРД ред за денталните дейности.

Чл. 9. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за отчетена експертиза на временната неработоспособност на всеки член на обща или

специализирана лекарска консултативна комисия (ЛКК), но на не повече от трима членове.

(2) Експертиза по ал. 1 се отчита с отрязък от "Талон за медицинска експертиза" - бланка 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 МЗ - НЗОК 6.

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

Чл. 10. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на ИДП след проверка по фактура (хартиена или електронна), спецификация и изискваните по НРД отчетни документи (електронен отчет за извършената дентална дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат).

(2) За лицата с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС, или съгласно двустранни спогодби, НЗОК заплаща след представяне на:

1. документите по ал. 1;
2. копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злоупотреки или професионални заболявания;
3. "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК) или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

Чл. 11. При нарушена физическа структура на носителя или при неспазен формат на електронния отчетен документ той се коригира от изпълнителя на ИДП в рамките на отчетния период.

Чл. 12. (1) Изпълнителите на ИДП представят отчетните документи по чл.10 по утвърден график до 3-тия работен ден на месеца, следващ отчетния.

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

Чл. 13. (1) Условия за плащане на ИДП са точно и правилно попълнените документи съгласно тази методика.

(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 изпълнители на ИДП, отчитащи медико-диагностична дейност, на втория месец, следващ отчетния.

Чл. 14. (1) За неверни данни, посочени в отчетните документи, изискуеми по договора, ИДП носят отговорност съгласно условията на действащата нормативна уредба.

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

1. сгрешен код на дейност при правилно попълване на диагноза и извършена дейност;
2. неточно посочен номер и дата на амбулаторния лист;
3. липса или грешен личен професионален код на ИДП при вярно изписани трите имена на лекаря по дентална медицина;
4. липса или грешен ЕГН на ЗЗОЛ в амбулаторния лист при вярно изписани трите имена на ЗЗОЛ.

Чл. 15. (1) При необходими корекции и допълнения на финансовоотчетните документи, на фактурата и на спецификация РЗОК изпраща писмени указания за необходимите корекции и допълнения не по-късно от 15-о число на месеца на отчитане на изпълнителя на ИДП.

(2) С указанията по ал. 1 се връща спецификацията за отчетената дейност за корекции и допълнения.

(3) В срок до 3 дни изпълнителят на ИДП представя в РЗОК дебитно/кредитно известие към фактурата по ал. 1 и спецификацията за отчетената дейност с нанесени корекции и допълнения.

(4) Поправки и добавки във фактурите и дебитните/кредитните известия към тях не се разрешават. Погрешно съставени или поправени фактури и дебитни/кредитни известия се анулират и се издават нови.

(5) При писмено заявен отказ от страна на изпълнителя на ИДП да изпълни указанията в срока по ал. 3 РЗОК не заплаща отчетената дейност.

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

Чл. 16. Плащанията се извършват в левове по банков път по обявена от ИДП банкова сметка.

Чл. 17. 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. 18. (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 2013 г. надхвърля с повече от 7 на сто половината от предвидените средства в ЗБНЗОК за 2013 г. за изплащане на извънболнична дентална помощ, в срок до 15 юли НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности по чл. 2 и 3, така че очакваният разход по бюджета за денталната помощ до края на годината не надхвърля предвидените в ЗБНЗОК за 2013 г. средства.

(3) Когато очакваното изпълнение на бюджета към 30 септември 2013 г. надхвърля 75 на сто от предвидените средства в ЗБНЗОК за 2013 г. за изплащане на извънболнична дентална помощ, в срок до 15 октомври НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности по чл. 2 и 3, така че очакваният разход по бюджета за денталната помощ до края на годината не надхвърля предвидените в ЗБНЗОК за 2013 г. средства.

Чл. 19. (1) Управителят на НЗОК утвърждава списък на населените места с неблагоприятни условия за работа на изпълнители на първична извънболнична 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. 2.