

ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 94 на МС от 24.04.2014 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. 37 от 29.04.2014 г., в сила от 29.04.2014 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 комплексно диспансерно наблюдение на пациенти 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. 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 2014 г., сключен между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз на основание чл. 55д от Закона за здравното осигуряване.

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

§ 3. Отменя се Постановление № 353 на Министерския съвет от 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

§ 4. Постановлението влиза в сила от деня на обнародването му в "Държавен вестник".

Приложение № 1А

към чл. 1

МЕТОДИКА за остойносттаване на дейностите в извънболничната медицинска помощ

Раздел I

Методика за остойносттаване на дейностите в първичната извънболнична медицинска помощ

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

1. Обобщаване на информацията от НЗОК за обема и цените на отчетените и заплатени на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) 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 здравноосигурени лица (ЗОЛ) 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 ЗОЛ, в съответствие с Наредба 40 на министъра на здравеопазването 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 100 от 2010 г., бр. 49, 52 и 97 от 2011 г., бр. 99 и 100 от 2012 г. и бр. 31 и 111 от 2013 г.; Решение 10580 на Върховния административен съд от 12 юли 2013 г. по адм. д. 1856 от 2013 г. – бр. 12 от 2014 г.; изм. и доп., бр. 15 от 2014 г.), наричана по-нататък "Наредба 40 от 2004 г."

2. Заплащане за дейност:

- 2.1. Дейност по програма "Детско здравеопазване":
 - 2.1.1. профилактични прегледи за лица от 0 до 1 година;
 - 2.1.2. профилактични прегледи за лица от 1 до 2 години;
 - 2.1.3. профилактични прегледи за лица от 2 до 7 години;
 - 2.1.4. профилактични прегледи за лица от 7 до 18 години;
 - 2.1.5. 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 ЗОЛ 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, заплатени 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 – ПИМП, разделени на общия брой регистрирани при ОГЛ 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 компенсират 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 на медицинска помощ 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 ОГЛ 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 = ? [(коефициент за корекция за група A) x (брой на регистрираните в група A) x (базовата капитационна стойност) + (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 ЗОЛ, 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.

Изпълнителите на ПИМП са длъжни да имат в наличност в лечебните заведения и да поддържат софтуер за изготвяне и съхраняване на счетоводни и медицински отчети, както и за обслужването на банковите си сметки.

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 ОГЛ) 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 свърхпредлагане 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 остойносттаване на дейностите в специализираната извънболнична медицинска помощ

I. Изчисляването на реимбурсните стойности на отделните дейности в обхвата на специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП) 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 СИМП 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 лекарските консултативни комисии (ЛКК);

1.8. Високоспециализирани медицински дейности в извънболничната специализирана помощ;

1.9. Физиотерапия и рехабилитация.

2. Определяне размера на средствата за 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 от горе надолу на ресурсите за СИМП.

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).

Единична цена за посещение

Σ Общите годишни разходи за здравна услуга X
в лечебно заведение i

= -----

Σ [(Брой на услугата X, предоставена в лечебното
заведение i по време на едномесечен период на
проучване) x (12 месеца)]

ИЛИ

Глобална средна единична цена на посещение

$\Sigma\Sigma$ Общите разходи за услуга X в лечебно заведение i
по време на периода на проучване

= -----

$\Sigma\Sigma$ [(Брой на услугата X, извършена в лечебно
заведение i по време на едномесечен период на
проучване) x (12 месеца)]

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:

Относителна Единичната цена за услуга X
единична цена X = -----

Глобалната средна цена за услуга

4. Поддържане на финансова и управленска система.

Изпълнителите на СИМП са длъжни да имат в наличност в лечебните заведения и да поддържат софтуер за изготвяне и съхраняване на счетоводни и медицински отчети, както и за обслужването на банковите си сметки.

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

Раздел III

Методика за остойностяване на медико-диагностичните дейности в извънболничната 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. Образна диагностика;
5. Вирусология;
6. Обща и клинична патология;
7. Клинична 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., бр. 100 от 2012 г. и бр. 33 и 111 от 2013 г.; Решение 10580 на Върховния административен съд от 12 юли 2013 г. по адм. д. 1856 от 2013 г. – бр. 12 от 2014 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).

Единична цена за посещение

$$\frac{\Sigma \text{Общите годишни разходи за здравна услуга } X \text{ в} \\ \text{лечебно заведение } i}{\text{-----}}$$

$$\Sigma[(\text{Брой на услугата } X, \text{ предоставена в лечебното} \\ \text{заведение } i \text{ по време на едномесечен период на} \\ \text{проучване}) \times (12 \text{ месеца})]$$

ИЛИ

Глобална средна единична цена на посещение

$$\frac{\Sigma\Sigma \text{Общите разходи за услуга } X \text{ в лечебно заведение} \\ i \text{ по време на периода на проучване}}{\text{-----}}$$

$$\Sigma \Sigma [(\text{Брой на услугата } X, \text{ извършена в лечебно} \\ \text{заведение } i \text{ по време на едномесечен период на} \\ \text{проучване}) \times (12 \text{ месеца})]$$

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:

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

IV. Поддържане на финансова и управленска система.

Изпълнителите на МДД са длъжни да имат в наличност в лечебните заведения и да поддържат софтуер за изготвяне и съхраняване на счетоводни и медицински отчети, както и за обслужването на банковите си сметки.

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 ПИМП съгласно Наредба 40 от 2004 г. по следните елементи:

1. медицинско обслужване на ЗОЛ, 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", включително извършена задължителна имунизация и реимунизация на лица от 0 до 18 години съгласно Имунизационния календар на Република България – приложение 1 към чл. 2, ал. 2 от Наредба 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България, наричан за краткост "Имунизационен календар";
3. профилактична дейност по програма "Майчино здравеопазване" на ЗОЛ, избрали ОПЛ за изпълнител по тази програма;
4. диспансерни прегледи на ЗОЛ 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 9 на Националния рамков договор за медицински дейности за 2014 г. (ДВ, бр. 3 от 2014 г.), наричан по-нататък "НРД за медицинските дейности за 2014 г.";
5. профилактични прегледи на ЗОЛ над 18-годишна възраст съгласно Наредба 39 от 2004 г. и приложение 13 на НРД за медицинските дейности за 2014 г.;
6. извършена задължителна имунизация и реимунизация съгласно Имунизационния календар на лица над 18 години;
7. работа на практики в населени места с неблагоприятни условия съгласно методика, приета от Надзорния съвет на НЗОК;
8. преглед на ЗОЛ, осъществило правото си на избор на изпълнител на ПИМП, регистрирал амбулатория на територията на друг здравен район, обърнало се към изпълнител на ПИМП инцидентно по повод на остро възникнало състояние;
9. осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения им работен график на ЗОЛ съгласно Наредба 40 от 2004 г.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на ОПЛ за всяко поставяне на препоръчителна ваксина против човешкия папилома вирус (ЧПВ) по Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в Република България по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (ЗЗ) и съгласно Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2014 г. (ЗБНЗОК за 2014 г.).

(3) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в Постановление 193 на Министерския съвет от 2012 г. за определяне размера на сумите, заплащани от здравноосигурените лица за посещение при лекар, лекар по дентална медицина и за болнично лечение и реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 6 от Закона за здравето осигуряване (обн., ДВ, бр. 68 от 2012 г.; изм. и доп., бр. 75 от 2012 г. и бр. 2 от 2014 г.), наричано по-нататък "ПМС 193 от 2012 г.", от държавния бюджет чрез Министерството на здравеопазването НЗОК заплаща на ОПЛ разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

(4) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща, при условие че:

1. са спазени всички относими нормативни изисквания за извършване на медицинските

дейности;

2. ЗОЛ, на които е оказана медицинската помощ, са с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на медицинската дейност – за задължително осигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО;

3. осигуреното в друга държава лице, спрямо което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от допълнителните разпоредби на ЗЗО/двустрани спогодба за социално осигуряване и което има право на медицинска помощ, предоставяна от НЗОК към датата на оказване на медицинската помощ, е представило удостоверителен документ за право на обезщетения в натура.

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на ПИМП дейностите по ал. 1 и 2 по цени, определени по реда на чл. 55д ЗЗО.

Чл. 2. (1) Заплащането по чл. 1, ал. 1, т. 1 се определя в зависимост от възрастта и броя на:

1. ЗОЛ с постоянен избор – при изпълнителя на ПИМП;

2. ЗОЛ, осъществили временен избор – при изпълнителя на ПИМП.

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

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

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

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

1. хартиена или електронна фактура;

2. спецификация;

3. първите екземпляри на регистрационните форми за избор за новорегистрирани ЗОЛ, 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 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 ЗОЛ, осъществили правото си на избор на ОПЛ за изпълнител на програма "Майчино здравеопазване", се извършва след доказване на бременността.

(3) Плащането на изпълнителя на ПИМП по чл. 1, ал. 1, т. 3 се извършва месечно след проверка по фактура (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, установен в приложение 13 на НРД за медицинските дейности за 2014 г.

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

(2) Когато 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 от специализираната извънболнична медицинска помощ, ЗОЛ 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 лекар-специалист. В тези случаи ЗОЛ 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 ЗОЛ, 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 9 или приложения 9 и 14 от НРД за медицинските дейности за 2014 г.

(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 по чл. 1, ал. 1, т. 5 и 6:

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

2. за извършена задължителна имунизация и реимунизация съгласно Имунизационния календар.

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

(3) Плащанията на изпълнителя на ПИМП по чл. 1, ал. 1, т. 5 и 6 се извършват месечно след проверка по фактура (хартиена или електронна), спецификация, месечни отчети, електронен отчет за извършената дейност по профилактика на ЗОЛ и/или извършени имунизации, 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. 7, 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, ЗОЛ от това населено място.

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

(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 ЗОЛ 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. 8 е за извършен преглед на ЗОЛ с регистрация в друг здравен район – при лекаря, при следните условия:

1. здравноосигуреното лице временно е извън здравния район, където е осъществило избор на ОПЛ, и при посещението си представи здравноосигурителна книжка или ако е осигурено в друга държава лице, потърсило помощ по повод на остро възникнало състояние и при посещението си:

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

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

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

(2) Плащанията на изпълнителя на ПИМП по чл. 1, ал. 1, т. 8 се извършват месечно след проверка по фактура (хартиена или електронна), спецификация, месечни отчети и електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, 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. 9, в случай че осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ по един от начините, посочени в Наредба 40 от 2004 г.

(2) Заплащането за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения му работен график на ЗОЛ от изпълнителя на ПИМП се осъществява след представяне на декларация по образец съгласно приложение 10 на НРД за медицинските дейности за 2014 г.

(3) Заплащането по чл. 1, ал. 1, т. 9 се извършва, когато изпълнителят на ПИМП осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ чрез дежурен кабинет на лечебно заведение съгласно Наредба 40 от 2004 г.:

1. по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "б" от ЗЛЗ, в което ОПЛ е съучредител;

2. по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "а" от 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. 9 след сключване на договор за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ 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" от ЗЛЗ, сключили договор с НЗОК и разкрили дежурен кабинет на не повече от 35 км от месторазположението на практиката на ОПЛ;

2. лечебно заведение по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "а" от 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 ОПЛ.

(5) Лечебните заведения по ал. 4 следва да представят договори за обслужване на ЗОЛ 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 ЗОЛ, 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. 10. Плащането по чл. 1, ал. 2 се извършва 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.

Раздел II

Методика за заплащане на медицинските дейности в специализираната извънболнична помощ

Чл. 11. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнители на СИМП съгласно Наредба 40 от 2004 г. и НРД за медицинските дейности за 2014 г., както следва:

1. преглед на ЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности извън случаите по т. 2 – 10, включително по следните специалности: "Акушерство и гинекология", "Вътрешни болести", "Гастроентерология", "Детска гастроентерология", "Гръдна хирургия", "Педиатрия", "Ендокринология и болести на обмяната", "Детска ендокринология и болести на обмяната", "Инфекциозни болести", "Кардиология", "Детска кардиология", "Клинична алергология", "Педиатрия" и "Клинична алергология", "Клинична токсикология", "Клинична хематология", "Детска клинична хематология и онкология", "Кожни и венерически болести", "Неврохирургия", "Нервни болести", "Детска неврология", "Нефрология", "Детска нефрология и хемодиализа", "Ортопедия и травматология", "Очни болести", "Пневмология и фтизиатрия", "Детска пневмология и фтизиатрия", "Психиатрия", "Детска психиатрия", "Ревматология", "Детска ревматология", "Съдова хирургия, ангиология", "Ушно-носно-гърлени болести", "Урология", "Хирургия", "Детска хирургия", "Медицинска паразитология" и "Медицинска онкология";

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

3. профилактичен преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар-специалист с придобита специалност по "Педиатрия", съгласно Наредба 39 от 2004 г. и приложение 15 на НРД за медицинските дейности за 2014 г.;

4. профилактичен преглед на ЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар-специалист с придобита специалност по

"Акушерство и гинекология" (по програма "Майчино здравеопазване"), извършващ профилактични прегледи на бременни, съгласно Наредба 39 от 2004 г. и приложение 15 на НРД за медицинските дейности за 2014 г.;

5. профилактичен преглед на ЗОЛ 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 15 на НРД за медицинските дейности за 2014 г.;

6. специализиран преглед на ЗОЛ съгласно Наредба 39 от 2004 г. и приложение 14 на НРД за медицинските дейности за 2014 г., 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", "Клинична 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 при наличие на следните условия:

1. спазени са всички нормативни изисквания за извършване на дейностите от съответните пакети от основния пакет СИМП;

2. ЗОЛ, на които е оказана медицинската помощ, са с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на медицинската услуга – за задължително осигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 от ЗЗО, с изключение на здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ;

3. осигуреното в друга държава лице, спрямо което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранна спогодба за социално осигуряване и което има право на медицинска помощ, предоставяна от НЗОК, към датата на извършване на медицинската помощ е представило удостоверителен документ за право на обезщетения в натура.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на СИМП дейностите по цени, определени по реда на чл. 55д ЗЗО.

(4) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в Постановление 193 на Министерския съвет от 2012 г., от държавния бюджет чрез Министерството на здравеопазването НЗОК заплаща на изпълнителите на СИМП разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

Чл. 12. (1) За дейностите, оказани на здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ, НЗОК заплаща на изпълнителите на СИМП един профилактичен преглед съгласно чл. 19 от Наредба 26 от 14 юни 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравнонеосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

(2) Плащането по ал. 1 се извършва 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. 13. (1) За видовете специализирана медицинска помощ по чл. 11, ал. 1, т. 1 се заплаща за:

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

2. реализиран вторичен преглед по повод заболявания и състояния.

(2) Първичните посещения по ал. 1, т. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" – бланка МЗ – НЗОК 3, и с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица – с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

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

(4) За видовете специализирана помощ се заплащат на изпълнителя на СИМП отчетените вторични посещения през месеца, 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, детска хирургия" и "Ортопедия и травматология" на изпълнителя се заплащат отчетените вторични посещения до броя на отчетените през месеца първични посещения, при които на ЗОЛ 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 ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 14. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 11, ал. 1, т. 2 се заплаща за:

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

2. реализиран вторичен преглед по повод на същото състояние.

(2) Първичният преглед по ал. 1, т. 1 за месеца се отчита пред РЗОК с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ – НЗОК 3) и с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест и майчинство, и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

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

(4) За видовете специализирана помощ по ал. 1 се заплащат отчетените вторични посещения за ЗОЛ до 18-годишна възраст по повод на остри състояния, но не повече от броя на отчетените през месеца първични посещения по ал. 1, т. 1.

(5) Заплащането по ал. 1 е месечно след проверка по фактура (хартиена или електронна), финансовоотчетните документи, електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и медицинските направления (бланка МЗ – НЗОК 3).

Чл. 15. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 11, ал. 1, т. 3 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ 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 ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ – НЗОК 3), издадено от ОПЛ без придобита специалност по "Педиатрия", когато на лицето е оказана медицинска помощ по програма "Детско

здравеопазване" при първо посещение, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи на ЗОЛ съгласно Наредба 39 от 2004 г. и приложение 15 на НРД за медицинските дейности за 2014 г. 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 ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 16. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 11, ал. 1, т. 4 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ, включено в програма "Майчино здравеопазване" и избрало специалист по "Акушерство и гинекология" за наблюдение на бременността, както следва:

1. за реализиран първичен преглед на ЗОЛ, направило първоначален избор на специалист по "Акушерство и гинекология";

2. за реализиран вторичен преглед по повод на същото състояние или реализирано посещение при преизбор на специалист.

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

1. когато при прегледа от лекар-специалист на основание издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" – бланка МЗ – НЗОК 3, се установи, че се касае за състояния, включени в Наредба 39 от 2004 г. и в приложение 15 на НРД за медицинските дейности за 2014 г., 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 заболявания, включени в Наредба 39 от 2004 г. и в приложение 15 на НРД за медицинските дейности за 2014 г.

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

1. при извършен вторичен преглед по повод същото състояние на бременната при същия специалист или преизбор на специалист на основание издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (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 приложение 15 на НРД за медицинските дейности за 2014 г.; в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист и не се изисква ново направление;

3. когато при извършен вторичен преглед при лекар-специалист по "Акушерство и гинекология" се установи, че се касае за състояние (заболяване), включено в Наредба 39 от 2004 г. и в приложение 15 на НРД за медицинските дейности за 2014 г.; 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 ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" – бланка МЗ – НЗОК 3, издадено от ОПЛ, 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 ЗОЛ и по приложение 15 на НРД за медицинските дейности за 2014 г. по програма "Майчино здравеопазване".

(6) Заплащането по ал. 1 е месечно след проверка по фактура (хартиена или електронна), електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и основанийето 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. 17. За профилактичен преглед на неосигурените жени по чл. 45, ал. 1, т. 7 ЗЗО и чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ се заплаща по реда на чл. 16, ал. 1, т. 1 като първичен преглед.

Чл. 18. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 11, ал. 1, т. 5 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ над 18-годишна възраст.

(2) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ – НЗОК 3), издадено от ОПЛ, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

(3) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените профилактични прегледи на ЗОЛ, 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 ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и основанийето за включване – "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" – бланка МЗ – НЗОК 3, издадено от ОПЛ.

Чл. 19. (1) Специализираната медицинска помощ по чл. 11, ал. 1, т. 7 се заплаща за реализиран физиотерапевтичен курс на лечение за определено заболяване, който включва комплексно лечение от:

1. първоначален (специализиран) преглед;
2. проведени процедури от физиотерапевтичния курс на лечение за следните групи:
 - 2.1. група 1 – процедури с физикални фактори от апаратната терапия;
 - 2.2. група 2 – процедури с кинезитерапевтични техники;
 - 2.3. група 3 – процедури с физикални фактори от апаратна терапия и кинезитерапевтични техники;
3. заключителен преглед, извършен не по-късно от 5-ия работен ден, следващ деня, в който е извършена последната процедура.

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

(3) Дейността по ал. 1 за месеца се отчита пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ – НЗОК 3), а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест и майчинство, и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК".

(4) Заплащането е месечно след проверка по фактура (хартиена или електронна), спецификация, електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ – НЗОК 3).

Чл. 20. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 11, ал. 1, т. 6 се заплаща за извършен преглед на ЗОЛ с едно или повече заболявания на диспансерно наблюдение от лекар-специалист:

1. за реализиран първичен преглед на ЗОЛ, направили първоначален избор на

лекар-специалист, извършващ диспансерното наблюдение;

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

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

1. когато при първоначален преглед при лекар-специалист на основание издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" – бланка МЗ – НЗОК 3, се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба 39 от 2004 г. и в приложение 14 на НРД за медицинските дейности за 2014 г., ЗОЛ подлежат на диспансеризация; в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист;

2. когато при преизбор на лекар-специалист на 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 14 на НРД за медицинските дейности за 2014 г.

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

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

2. когато при прегледи по диспансерно наблюдение, провеждани от един и същ лекар-специалист, се установи, че се касае за ново заболяване от същия клас по МКБ 10, включено в Наредба 39 от 2004 г. и в приложение 14 на НРД за медицинските дейности за 2014 г.; 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, ЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, обем и честота) за всички заболявания само от лекар-специалист съгласно приложение 14 или приложения 9 и 14 на НРД за медицинските дейности за 2014 г.; в тези случаи ЗОЛ 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, ЗОЛ 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 14 на НРД за медицинските дейности за 2014 г., 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 ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" – бланка МЗ – НЗОК 3, издадено от ОПЛ, при първичен преглед или посещение по повод на преизбор на диспансеризиращ специалист, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверение за регистрация към НЗОК; "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" – бланка МЗ – НЗОК 3, издадено от ОПЛ, не се изисква, когато ЗОЛ 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 ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(7) При първоначална диспансеризация за дадено заболяване през текущата година НЗОК заплаща отчетените диспансерни прегледи на пациента, но не повече от общия брой прегледи, определен пропорционално на оставащите месеци до края на годината.

Чл. 21. (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 записа 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 ЗОЛ – съгласно приложение 9 или приложения 9 и 14 на НРД за медицинските дейности за 2014 г. – и от изпълнител на ПИМП; за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злоупотреби или професионални заболявания.

(4) С едно "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" – бланка МЗ – НЗОК 3А, може да бъде отчетена само една ВСМД.

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

(6) Високоспециализирани медицински дейности по пакет "Физикална и рехабилитационна медицина" се отчитат след приключване на физиотерапевтичните процедури със следните документи: "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" – бланка МЗ – НЗОК 3А, и електронен отчет за извършен преглед и назначени процедури на ЗОЛ, отразени в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

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

Чл. 22. На изпълнители на СИМП се заплаща по реда на тази методика за извършена и отчетена дейност по чл. 11, ал. 1, т. 10.

Чл. 23. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за извършена и отчетена медицинска експертиза на работоспособността на всеки член на обща или специализирана лекарска консултативна комисия (ЛКК), но не повече от трима членове.

(2) Експертната 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 ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, издаден от председателя на ЛКК, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злоупотреби или професионални заболявания.

(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 териториалната експертна комисия (ТЕЛК).

(4) Прегледът по ал. 1 се отчита с общия талон и отрязък от "Талон за медицинска експертиза" – бланка МЗ – НЗОК 6, и с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица – и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злоупотреби или професионални заболявания.

Чл. 24. Регулацията на броя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностични дейности в извънболничната помощ се осъществява съгласно чл. 3 ЗБНЗОК за 2014 г.

Раздел III

Методика за заплащане на медико-диагностичните дейности

Чл. 25. (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. В заплащането по ал. 1 не се включват стойността на контрастната материя и цената за биологичен материал.

(2) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща при наличие на следните условия:

1. спазени са всички нормативни изисквания за извършване на медико-диагностична дейност;

2. ЗОЛ, на които е извършена медико-диагностична дейност, са с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на дейността – за задължително осигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО, с изключение на здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ;

3. осигуреното в друга държава лице, спрямо което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранна спогодба за социално осигуряване и което има право на медицинска помощ, предоставяна от НЗОК, към датата на извършване на медико-диагностичната дейност е представило удостоверителен документ за право на обезщетения в натура.

(3) Отчетените високоспециализирани медико-диагностични дейности се заплащат само когато са назначени от изпълнител на СИМП, а 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.

(5) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в ПМС 193 от 2012 г., от държавния бюджет чрез Министерството на здравеопазването НЗОК заплаща на изпълнителите на медико-диагностична дейност разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

(6) Алинея 5 не се прилага в случаите, при които лицата са заплатили на лечебното заведение цена за биологичен материал.

Чл. 26. (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, в обхват, определен в чл. 19 от Наредба 26 от 2007 г. на министъра на здравеопазването за предоставяне на акушерска помощ на здравнонеосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени (обн., ДВ, бр. 51 от 2007 г.; изм. и доп., бр. 100 от 2012 г. и бр. 9 от 2014 г.).

(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. 27. 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. 28. (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 ЗОЛ, 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 месец.

(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) Дейностите, извършени на здравнонеосигурените 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 ЗЗ, се представят на отделна фактура (хартиена или електронна), придружена със съответната отчетна документация, определена в НРД.

(6) Отчитането на разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст, се извършва на отделна фактура (хартиена или електронна), придружена със съответната отчетна документация, определена в НРД.

(7) 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. 29. (1) Електронните отчети: за извършената дейност на ЗОЛ, 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 ЗОЛ (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 ЗОЛ (ЕГН, ЛНЧ, осигурителен номер) в електронен отчет при вярно изписани такива 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. 30. При неспазване на посочения в чл. 28, 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. 31. (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. 32. При констатиране на фактическите грешки по чл. 29, 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. 33. (1) При необходимости 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. основанийето 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. 34. Плащанията за отчетената дейност по чл. 28, ал. 5 и 6 се извършват чрез РЗОК до 5 работни дни след постъпване в РЗОК на трансферните средства от МЗ.

Чл. 35. Плащанията се извършват по банков път в левове по обявена от ИМП в индивидуалния договор банкова сметка.

Чл. 36. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на действащия НРД.

Чл. 37. 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. 38. (1) Управителят на РЗОК по предложение на директорите на РЗОК утвърждава списък на населените места с неблагоприятни условия за работа на изпълнителите на ПИМП и сумите за заплащане за работа в тях.

(2) Включването на населено място в списъка по ал. 1 и определянето на съответните суми за работа при неблагоприятни условия се извършва по реда и критериите, установени в методиката по чл. 1, ал. 1, т. 7.

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 КП.

II. Предлаганото определяне на нови реимбурсни цени се базира на единни цени за цялата система. Избрана е нелинейна трансформация, която при голямо относително надценяване/подценяване на КП 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 НЗОК.
3. Определят се коефициентите на относително надценяване/подценяване за всяка КП.
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 2012 и 2013 г.) и средните разходи за един хоспитализиран през 2012 г. Позиционирането се извършва с помощта на кумулативната функция на стандартното нормално разпределение.

III. Определяне коефициентите на относително надценяване/подценяване на отделните КП.

Коефициентът на относително надценяване/подценяване на КП се определя по формулата:

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

където:

ΔR_i – 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 2012 и 2013 г.) и средните разходи за един хоспитализиран през 2012 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:

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

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

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

Новата реимбурсна цена се изчислява по формулата:

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

при надценяване на клиничната пътека, и

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

при подценяване.

V. Описаният алгоритъм за определяне на нови реимбурсни цени се прилага само за КП, за които броят на регистрираните през 2012 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 в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО с непрекъснати здравноосигурителни права;

2. здравнонеосигурени лица съгласно в § 2, ал. 1 ЗБНЗОК за 2014 г.:

а) за акушерска помощ по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ;

б) за интензивно лечение;

3. лица, които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес по реда на Постановление 17 на Министерския съвет от 2007 г. за определяне на условията и реда за разходване на целевите средства за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ на лица, които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес (обн., ДВ, бр. 13 от 2007 г.; изм. и доп., бр. 16 от 2008 г.,

бр. 13 от 2009 г., бр. 29 от 2011 г. и бр. 2 от 2014 г.), съгласно § 10, ал. 1 ЗБНЗОК за 2014 г.;

4. лица, осигурени в друга държава, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби за социално осигуряване, по силата на които лицата имат право на БМП, предоставяна от НЗОК.

(2) Заплащането по ал. 1, т. 2 се извършва чрез трансфери от Министерството на здравеопазването по реда на § 2 ЗБНЗОК за 2014 г.

(3) Заплащането по ал. 1, т. 3 се извършва чрез целеви средства от Агенцията за социално подпомагане по реда на § 10, ал. 3 ЗБНЗОК за 2014 г.

Чл. 2. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнителите на БМП от обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба 40 от 2004 г., както следва:

1. за дейностите в болничната медицинска помощ по КП съгласно приложение 5 към член единствен на Наредба 40 от 2004 г. и по цени, определени по реда на чл. 55д 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 (с изключение на лекарствените продукти по чл. 45, ал. 18 ЗЗО), медицински изделия (извън тези, за които в съответните КП е посочено, че не се включват в цената, както и за тези, които не се заплащат от НЗОК извън цената на КП) 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 (освен ако в диагностично-лечебния алгоритъм на КП не е предвидено друго) в лечебно заведение – изпълнител на БМП, при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, задължително вписани в епикризата;

2. за високоспециализирани медицински дейности (ВСМД) съгласно приложение 4 към член единствен на 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 от преходните 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 група и тип медицинско изделие, определени в списъка;

4. за клинични процедури съгласно приложение 10 към Наредба 40 от 2004 г. и по цени, определени по реда на чл. 55д ЗЗО;

5. за процедура "Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане" съгласно приложение 12 към Наредба 40 от 2004 г. и по цена, определена по реда на чл. 55д ЗЗО;

6. за процедури съгласно 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 ЗЗО;

7. за процедурите съгласно приложение 15 "Процедури по нуклеарномедицинско компютър-томографско образно изследване" към член единствен на Наредба 40 от 2004 г. и по цени, определени по реда на чл. 55д ЗЗО.

(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. Националната здравноосигурителна каса заплаща по реда на тази методика за лицата, посочени в чл. 1, хоспитализирани след влизането в сила на договора между НЗОК и съответния изпълнител на БМП.

Чл. 4. Заплащането по чл. 3 се извършва в левове по цени и обеми, определени по реда на чл. 55д 330.

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 12 "Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане" и приложение 13 "Процедури за интензивно лечение извън случаите на новородено" към Наредба 40 от 2004 г., определената цена по реда на чл. 55д 330 за един леглоден се умножава по броя на пролежаните леглодни при спазване на ограниченията за болничен престой, установен в алгоритъма на съответните клинични пътеки и процедури.

Чл. 6. За клинични процедури по чл. 2, ал. 1, т. 4 – 7 се заплаща за всеки отделен случай въз основа на броя проведени клинични процедури за отчетния месец.

Чл. 7. (1) Контролните прегледи, включени в КП, не следва да бъдат извършени с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" – бланка МЗ – НЗОК 3, от същия/друг лекар, извършил дейността в лечебно заведение – изпълнител на БМП.

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

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

(3) Пациентът, преминал по КП, има право на контролните прегледи по чл. 2, ал. 1, т. 1, буква "г", извършени в лечебното заведение – изпълнител на БМП, от същия/друг лекар, извършил дейността, но без да се отчитат с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (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 за СИМП НЗОК не заплаща прегледа, извършен от специалиста в СИМП, работещ в лечебното заведение по ал. 3.

(5) Всички изследвания и консултации, необходими за извършване на задължителните контролни прегледи след дехоспитализация, се извършват от лечебното заведение – изпълнител на БМП по КП, по преценка на лекуващия лекар.

(6) В случаите на отчитане на изследванията по ал. 5 с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бланка МЗ – НЗОК 3А) и "Направление за медико-диагностична дейност" – бланка МЗ – НЗОК 4, от лечебно заведение за СИМП НЗОК не заплаща изследванията, назначени от лекаря-специалист в СИМП.

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 по КП и необходимост от провеждане на клинична процедура (КПр)/процедура/ВСМД в рамките на същия болничен престой НЗОК заплаща КП и КПр/процедура/ВСМД, с изключение на:

1. КПр 5 в рамките на същия болничен престой по КП 251, 252, 253, 254, 256, 257.1, 257.2, 258.1, 258.2 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 член единствен на Наредба 40 от 2004 г. в рамките на същия болничен престой по КП 129 и 130;
4. процедура "Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична

вентилация и/или парентерално хранене" от приложение 13 към член единствен на Наредба 40 от 2004 г. в рамките на същия болничен престой по КП 6, 14, 16, 23, 24, 39, 43, 53 и 101, в които кодът за механична вентилация (*96.70 или *96.71, или *96.72) е задължителен за завършване и отчитане на посочените КП;

5. процедури по приложение 15 към член единствен на Наредба 40 от 2004 г. 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 по КП и необходимост от провеждане на КПр/процедура 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" в рамките на един отчетен период НЗОК заплаща КП и проведените процедури за интензивно лечение.

(4) В случай на хоспитализация по определена КП и необходимост от провеждане на процедури от приложение 13 към член единствен на Наредба 40 от 2004 г. в рамките на същия болничен престой престоят по процедурите от посоченото приложение не следва да се счита като престой по съответната КП.

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 специалисти, посочени в приложение 1 към договора по съответната КП;

2. хоспитализираното лице е с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на хоспитализацията или ги възстанови до датата на дехоспитализацията, с изключение на лицата по чл. 1, ал. 1, т. 2 – 4;

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. 18 330 на противотуморните лекарствени продукти (парентерални и перорални), осигуряващи основното лечение по КП по редове 251, 252, 254, 255, 257.1, 257.2, 258.1, 258.2 и 298, на необходимите еритро-, тромбо-, гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, която стойност не се включва в цената на КП.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща стойността, съответно намалената с договорената отстъпка стойност, съгласно чл. 45, ал. 18 330 на еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имunosупресивна терапия и хелиращата терапия, прилагани в КП по ред 253, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване или лечение, която стойност не се включва в цената на КП.

(4) Националната здравноосигурителна каса заплаща стойността, съответно намалената с договорената отстъпка стойност, съгласно чл. 45, ал. 18 330 на лекарствените продукти

за имуносупресивна терапия, прилагана в КП по редове 63 и 65, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване или лечение, която стойност не се включва в цената на КП.

(5) Лекарствените продукти по ал. 2 – 4 се заплащат от НЗОК при спазване на правилата, предвидени в т. 5 и 9 от забележките към приложение 10 към член единствен на Наредба 40 от 2004 г.

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

1. отчетената КПр/процедура е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БМП и е извършена от специалисти, посочени в приложение 1 към договора по съответната КПр/процедура;

2. пациентът е с непрекъснати здравноосигурителни права или ги възстанови до датата на дехоспитализацията в рамките на същия болничния престой или преди последната за месеца КПр/процедура, 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/процедура;

4. извършената дейност по КПр/процедура 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 (парентерални и перорални), осигуряващи основното лечение по клинична процедура по ред 5 от приложение 10 към Наредба 40 от 2004 г., на необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колониестимулиращи 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, съответно намалената с договорената отстъпка стойност, съгласно чл. 45, ал. 18 ЗЗО, на опиоидните аналгетици, предписвани за лечение на пациентите със злокачествени заболявания при диспансерното им наблюдение по КПр по ред 6 от приложение 10 към Наредба 40 от 2004 г. "Диспансерно наблюдение при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания", която стойност не се включва в цената на клиничната процедура, заплащана от НЗОК.

(4) Лекарствените продукти по ал. 2 и 3 се заплащат от НЗОК при спазване на правилата, предвидени в т. 5 и 9 от забележките към приложение 10 към член единствен на Наредба 40 от 2004 г.

Чл. 12. (1) При лечение на пациент по определена КП/КПр/процедура, която не е завършена, дейността не се заплаща, както и вложените медицински изделия и приложените лекарствени продукти, чиято стойност не се включва в цената на КП и КПр.

(2) Изключения от ал. 1 се допускат при смърт на пациент в случаите, в които не е спазен минималният болничен престой, но са извършени всички основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури съгласно диагностично-лечебния алгоритъм на КП/КПр/процедура.

(3) При настъпила в хода на лечението по определена КП/КПр/процедура смърт на пациент в случаите, в които не са извършени всички изискуеми основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури, дейността по КП и КПр, както и вложените медицински изделия и приложените лекарствени продукти, чиято стойност не се включва в цената на същите, се заплащат след извършване на проверка.

Чл. 13. (1) В случаите, в които при лечение на пациент по определена КП/КПр/ процедура, която не е завършена, настъпят индикации за необходимост от лечение по друга КП/КПр/процедура, за която лечебното заведение няма сключен договор, лечебното заведение е длъжно да преведе пациента в друго лечебно заведение, сключило договор за съответната КП/КПр/процедура.

(2) Процесът по превеждането включва изписването на пациента от лечебното заведение за болнична помощ, транспортирането и хоспитализацията му в друго лечебно заведение за болнична помощ, сключило договор за съответната КП/КПр/процедура. В този случай дейността се заплаща 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 само 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. В случаите, в които са отчетени извършени по едно и също време дейности от изпълнители на извънболнична и на болнична медицинска помощ, се извършва проверка на изпълнителите за тези дейности. Националната здравноосигурителна каса не заплаща на изпълнителя, който е отчетел неизвършена дейност, и съответно изпълнителят възстановява неоснователно получените суми.

(4) Националната здравноосигурителна каса не заплаща КП/КПр/процедура 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.

(5) Националната здравноосигурителна каса не заплаща дейности, които не са били включени в ежедневните електронни отчети по чл. 17 за съответния отчетен период.

Чл. 16. Националната здравноосигурителна каса заплаща вложените медицински изделия по чл. 2, ал. 1, т. 3 при изпълнение на следните условия:

1. медицинското изделие е вложено при изпълнение на КП съгласно изискванията на диагностично-лечебните алгоритми за изпълнение на съответната КП;

2. изпълнени са изискванията на НРД за медицинските дейности за 2014 г., свързани с оказване на БМП;

3. медицинското изделие е отчетено при условията и по реда на тази методика.

Чл. 17. (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, ежедневно отчитат по електронен път в утвърдени от НЗОК формати оказаната за денонощие дейност, включена в предмета на договора.

(2) Електронните отчети по ал. 1 съдържат:

1. информация за хоспитализираните и дехоспитализираните пациенти по съответните КП, включваща:

а) извършените дейности съгласно диагностично-лечебния алгоритъм на съответната КП;

б) вложените медицински изделия и лекарствени продукти, които се заплащат извън цената на съответните КП;

в) приложен лекарствен продукт сурфактант, който е включен в цената на КП;

2. информация за започната, извършена и завършена дейност по КПр/процедури на пациенти, включваща:

а) приложени лекарствени продукти, които се заплащат извън цената на КПр;

б) приложени лекарствените продукти за хемодиализа, които са включени в цената на КПр;

3. информация за извършени ВСМД от приложение 4 към член единствен на Наредба 40 от 2004 г.

(3) Ежедневните електронни отчети се подписват от изпълнителите на БМП с усъвършенстван електронен подпис (УЕП) по смисъла на чл. 13, ал. 2 от Закона за електронния документ и електронния подпис.

(4) Всеки отделен случай по ал. 2 следва да бъде определен (маркиран) като такъв "в рамките на стойността по чл. 22" или като "надвишаващ стойността по чл. 22".

(5) За оказана БМП на правоимащи лица, осигурени в друга държава, спрямо които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби за социално осигуряване, регистрационните данни на пациента трябва да съответстват на тези в удостоверителния документ, издаден от съответната друга държава.

(6) Оказаната болнична медицинска помощ по ал. 2 се отчита най-късно до 16,00 ч. на първия работен ден, следващ отчитания.

(7) При констатиране на грешки в електронния отчет по ал. 2, свързани с регистрационните данни, номенклатури и договорена дейност, изпълнителят на БМП получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и електронният отчет не се обработва от НЗОК до получаване на отчет с коректни данни.

(8) Грешки по ал. 7 могат да са:

1. регистрационни номера на лечебните заведения, УИН на лекарите, отразени в първичните медицински документи, код на специалност на лекаря, номер на договора с НЗОК, регистрационните данни на ЗОЛ;

2. отчетена дейност извън предмета на договора с НЗОК;

3. несъответствия с установените номенклатури в нормативната уредба, относима към заплащаната от НЗОК дейност/лекарствени продукти/медицински изделия.

(9) Отчет с коригирани данни се приема най-късно до 8,00 ч. на втория работен ден, следващ отчитания.

(10) Националната здравноосигурителна каса не заплаща за дейност, която не е подадена в ежедневните електронни отчети и не е приета от информационната система на НЗОК в сроковете по ал. 6 и 9.

(11) Отчетената в ежедневно подадените електронни отчети дейност се обработва в информационната система на НЗОК. След окончателната обработка за календарен месец в срок до 16,00 ч. на петия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК изпраща по електронен път на изпълнителя на БМП месечно известие, съдържащо:

1. потвърдената за заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП/КПр/процедура;

2. отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП/КПр/процедура, и съответните основания за отхвърляне.

(12) Месечното известие по ал. 11 се подписва от директора на РЗОК или от упълномощено от него длъжностно лице с усъвършенстван електронен подпис (УЕП) съгласно чл. 13, ал. 2 от Закона за електронния документ и електронния подпис.

(13) Основания за отхвърляне от заплащане по ал. 11, т. 2 са:

1. лицето, на което е оказана медицинската помощ, няма право да получава БМП по КП, КПр или процедура, заплащана от НЗОК:

а) не е от категорията лица, задължително здравноосигурени в НЗОК, съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО;

б) не е осигурено в друга държава, за което се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби;

в) подлежи на задължително здравно осигуряване в НЗОК, но е с прекъснати здравноосигурителни права и не е възстановило същите до датата на дехоспитализацията/извършване/завършване на дейността;

г) не е от категорията здравнонеосигурени лица по § 2 или 10 от преходните и заключителните разпоредби на ЗБНЗОК за 2014 г., за които НЗОК заплаща определени видове БМП;

2. при изпълнението на КП/КПр/процедура не е спазен съответният алгоритъм, установен в националния рамков договор за медицинските дейности по чл. 53, ал. 1 ЗЗО, изискването за минимален болничен престой и/или условията за завършеност на КП/ КПр/процедура;

3. отчетеният лекарствен продукт, приложен при лечението на лице по КП/КПр/процедура, не е от видовете лекарствени продукти, заплащани от НЗОК и посочени в чл. 10, ал. 2 – 5 или в чл. 11, ал. 2 и 3;

4. отчетеното медицинско изделие, вложено при лечението на лице по КП, не е от видовете медицински изделия, заплащани от НЗОК извън цената на КП по чл. 2, ал. 1, т. 3;

5. наличие на основание за незаплащане, установено в чл. 9;

6. дейност, надвишаваща стойността по чл. 22.

Чл. 18. (1) Когато електронните отчети по чл. 17 на изпълнителя на БМП съдържат дейности, определени като "надвишаващи стойността по чл. 22", и при обработката по чл. 17, ал. 11 РЗОК е отхвърлила част от дейностите, отчетени "в рамките на стойността по чл. 22" на основания по чл. 17, ал. 13, т. 1 – 5, за освободения ресурс изпълнителят на БМП може да представи финансовоотчетни документи по реда на чл. 19 – 21 за случаи, които са отхвърлени само на основание чл. 17, ал. 13, т. 6. РЗОК валидира отчетената за заплащане дейност в електронната система на НЗОК.

(2) Когато изпълнителят на БМП е маркирал отчетена дейност "в рамките на стойността по чл. 22", но част от нея надвишава стойността по чл. 22, при обработката по чл. 17, ал. 11 РЗОК определя (маркира) като дейност "надвишаваща стойността по чл. 22" последно извършената по време дейност.

(3) Случай по КПр/процедура се определя (маркира) като "надвишаващ стойността по чл. 22" за оказаната дейност и приложените лекарствени продукти, заплащани извън стойността на КПр/процедура по случая.

(4) Случай по КП се определя (маркира) като "надвишаващ стойността по чл. 22" за оказаната дейност, приложените лекарствени продукти и медицински изделия, заплащани извън стойността на КП.

(5) Когато при започване на даден отчетен период за същия няма определени стойности по чл. 22, всички отчетени в ежедневните електронни отчети случаи се определят (маркират) като "надвишаващи стойността по чл. 22".

(6) Когато в рамките на даден отчетен период стойностите по чл. 22 бъдат увеличени, за допълнителния ресурс изпълнителят на БМП може да представи финансовоотчетни документи по реда на чл. 19 – 21 за случаи, които са отхвърлени само на основание чл. 17, ал. 13, т. 6. РЗОК валидира отчетената за заплащане дейност в електронната система на НЗОК.

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

1. 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;

2. за дейността по КП: фактура или електронна фактура; спецификация за извършена дейност по КП;

3. за приложените лекарствени продукти по чл. 10, ал. 2 – 4 (с изключение на лекарствените продукти за перорална прицелна противотуморна терапия и перорална химиотерапия, предписани за продължаване на лечението извън стационарни условия): фактура или електронна фактура; спецификация за приложени лекарствени продукти, заплащани от НЗОК извън цената на КП 63, 65, 251, 252, 253, 254, 255, 257.1, 257.2, 258.1, 258.2 и 298; "Отчет за лечение с лекарствени продукти по клинични процедури/процедура за интензивно лечение или по клинични пътеки в областта на онкологията, онкохематологията и неонатологията";

4. за медицинските изделия: фактура или електронна фактура; спецификация за вложените медицински изделия по КП; екземпляр на "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека", с който се отчитат медицинските изделия, вложени при лечението по определени КП и заплащани извън цената на същите.

(2) В спецификациите по ал. 1 се включва само договорена и извършена дейност по КП на изпълнителите на БП, отчетена в ежедневните отчети по реда на чл. 17 и потвърдена за заплащане в месечното известие по чл. 17, ал. 11.

(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 на отделни документи по ал. 1 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 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) При оказана акушерска помощ на здравно-неосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 33 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1.

(5) При оказана медицинска дейност по КП на лица по чл. 1, ал. 1, т. 3 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1.

(6) Здравноосигурителният статус на ЗОЛ с прекъснати и впоследствие възстановени здравноосигурителни права се удостоверява с документ, издаден от НАП до датата на дехоспитализацията.

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

1. "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бланка МЗ – НЗОК 3А);

2. фактура или електронна фактура;

2. спецификация, съдържаща договорените и извършени ВСМД.

(2) В спецификацията по ал. 1 се включват само договорени и извършени ВСМД, отчетени в ежедневните отчети по реда на чл. 17 и потвърдени за заплащане в месечното известие по чл. 17, ал. 11.

(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 на отделни документи по ал. 1 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) При извършени ВСМД на лица по чл. 1, ал. 1, т. 3 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1.

(5) Здравноосигурителният статус на ЗОЛ 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, и процедури по приложения 12, 13 и 15 към Наредба 40 от 2004 г. на изпълнителите на БМП след представяне на следните първични медицински и финансовоотчетни документи:

1. за клинични процедури 01 – 04 от приложение 10 към Наредба 40 от 2004 г.: фактура или електронна фактура; спецификация за извършена дейност по КПр/процедура; първия екземпляр от "Медицинско направление за КПр/процедура за интензивно лечение" (бланка МЗ – НЗОК 8);

2. за клинична процедура 06 от приложение 10 към Наредба 40 от 2004 г.: фактура или електронна фактура; спецификация за извършена дейност по КПр/процедура; първия екземпляр от "Лист за диспансерно наблюдение при злокачествени заболявания" (бланка МЗ – НЗОК 9);

3. за клинични процедури 05, 07 от приложение 10: фактура или електронна фактура; спецификация за извършена дейност по КПр/процедура; първия екземпляр от "Медицинско направление за КПр/процедура за интензивно лечение" (бланка МЗ – НЗОК 8);

4. за приложените лекарствени продукти по чл. 11, ал. 2, включително лекарствените продукти за перорална прицелна противотуморна терапия и перорална химиотерапия, предписани за продължаване на лечението извън стационарни условия: фактура или електронна фактура; спецификация за приложени лекарствени продукти; "Отчет за лечение с лекарствени продукти по клинични процедури/процедура за интензивно лечение или по клинични пътеки в областта на онкологията, онкохематологията и неонатологията";

5. за приложените опиоидни аналгетици по клинична процедура 06 от приложение 10 към Наредба 40 от 2004 г.: фактура или електронна фактура; спецификация за приложените лекарствени продукти; "Отчет за лечение с лекарствени продукти по клинични процедури/процедура за интензивно лечение или по клинични пътеки в областта на онкологията, онкохематологията и неонатологията";

6. за дейностите по процедура "Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане" от приложение 12 и процедурите по приложение 13 към Наредба 40 от 2004 г. "Процедури за интензивно лечение извън случаите на новородено": фактура или електронна фактура; спецификация за извършена дейност по КПр/процедури; първия екземпляр от "Медицинско направление за КПр/процедура за интензивно лечение" (бланка МЗ – НЗОК 8) и/или първия екземпляр от "Медицинско направление за провеждане на процедури" (бланка МЗ – НЗОК 8А);

7. за дейностите по процедури по приложение 15 "Процедури по нуклеарномедицинско компютър-томографско образно изследване" към Наредба 40 от 2004 г.: фактура или електронна фактура; спецификация за извършена дейност по КПр/процедури; първия екземпляр от "Медицинско направление за провеждане на процедури" (бланка МЗ – НЗОК 8А).

(2) В спецификациите по ал. 1 се включва само договорена и извършена дейност по КПр/процедури на изпълнителите на БП, отчетена в ежедневните отчети по реда на чл. 17 и потвърдена за заплащане в месечното известие по чл. 17, ал. 11.

(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 на отделни документи по ал. 1 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 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) При оказано интензивно лечение на неосигурени лица НЗОК заплаща след представяне на отделни документи за тях по ал. 1, т. 6.

(5) При оказана медицинска дейност по КПр/процедури на лица по чл. 1, ал. 1, т. 3 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1.

(6) Здравноосигурителният статус на ЗОЛ с прекъснати здравноосигурителни права, възстановени до датата на дехоспитализацията, се удостоверява с документ, издаден от НАП.

Чл. 22. (1) Стойността по финансовоотчетните документи по чл. 19, 20 и 21 не следва да надвишава размера на определените стойности на изпълнителя на БМП по реда на чл. 4 ЗБНЗОК за 2014 г., определени в приложение 2 към индивидуалния договор на изпълнителя на БМП с НЗОК.

(2) Стойности по реда на чл. 4 ЗБНЗОК за 2014 г. не се определят за дейностите, оказани на лица по чл. 1, ал. 1, т. 2 и 3 и на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава – членка на ЕС/ЕИП, от Конфедерация Швейцария или съгласно двустранни спогодби.

(3) Включените в спецификациите по чл. 19, 20 и 21 дейности не следва да съдържат отхвърлената от заплащане медицинска дейност, лекарствени продукти и медицински изделия, посочена/и в месечното известие по чл. 17, ал. 11, т. 2.

(4) Отхвърлената от заплащане медицинска дейност, медицински изделия и лекарствени продукти на основание чл. 17, ал. 13, т. 6, посочена в месечното известие по чл. 17, ал. 11, т. 2, се заплаща от НЗОК с решение на Надзорния съвет на НЗОК по ред и критерии, определени в правилата по чл. 4, ал. 4 ЗБНЗОК за 2014 г.

(5) Решението по ал. 4 е в съответствие с разпоредбите и в рамките на параметрите по ЗБНЗОК за 2014 г.

Чл. 23. (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, представят отчетните документи по чл. 19, 20 и 21 ежемесечно в РЗОК по утвърден график до осмия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(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 в НРД за медицински дейности за 2014 г.

Чл. 24. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща ежемесечно договорената, извършената и отчетената дейност по чл. 2 след проверка на документите по чл. 19, 20 и 21.

(2) Отчетните документи на лечебното заведение по ал. 1 не се приемат в следните случаи:

1. когато сумите по фактурите и спецификациите не отговарят на изискванията по чл. 22;

2. когато отчетането е извън регламентирания в чл. 23, ал. 1 срок;

3. при липса на някои от задължителните отчетни документи;

4. когато отчетните документи не са изготвени съгласно изискванията и реквизитите, посочени в тях.

(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 отчетането на

извършената дейност в следващия отчетен период.

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща отчетената дейност по чл. 19, ал. 4 и чл. 21, ал. 4 в срок до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ.

(6) Националната здравноосигурителна каса заплаща отчетената дейност по чл. 19, ал. 5, чл. 20, ал. 4 и чл. 21, ал. 5 в срок до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на превод на целеви средства от Агенцията за социално подпомагане.

Чл. 25. (1) При констатирано от РЗОК несъответствие между представените финансовоотчетни документи по чл. 19, 20 и 21 и потвърдената за заплащане медицинска дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия с месечното известие по чл. 17, ал. 11, т. 1 РЗОК изпраща писмени указания за необходимите корекции до три работни дни от представяне на отчетните документи на изпълнителя на БМП.

(2) В срок до три работни дни от получаване на писмените указания по ал. 1 изпълнителят на БМП представя в РЗОК финансовоотчетни документи, съответстващи на потвърдената за заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия с месечното известие по чл. 17, ал. 11, т. 1.

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

(4) 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. основанието 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.

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

(6) В случай на неспазване разпоредбите на ал. 1 и 2 РЗОК не заплаща отчетената дейност през текущия отчетен период.

Чл. 26. Плащанията на изпълнителите на БМП се извършват чрез РЗОК до 30-о число на месеца, следващ отчетния, с изключение на плащанията, за които е предвиден друг срок в чл. 24, ал. 5 и 6.

Чл. 27. При неспазване на посочените в чл. 17, 18, 23 и 25 срокове за представяне на отчетните документи от изпълнителите на БМП не се заплаща отчетената дейност по настоящия ред.

Чл. 28. Ако изпълнителят на БМП не подаде електронен отчет по чл. 17 или не спази реда за корекции, на изпълнителя на БМП не се заплаща отчетената дейност.

Чл. 29. (1) Плащанията се извършват в левове, по банков път, по обявена от изпълнителя на БМП в индивидуалния договор банкова сметка.

(2) При промяна на банковата сметка, посочена в индивидуалния договор между НЗОК и изпълнителя на БМП, към договора се сключва допълнително споразумение за това обстоятелство.

Чл. 30. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, изпълнителите на БМП носят отговорност.

Чл. 31. 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. 32. Стойностите на дейностите в болнична медицинска помощ се определят съгласно чл. 4 ЗБНЗОК за 2014 г. и приетите правила от Надзорния съвет на НЗОК и са неразделна част от индивидуалния договор на изпълнителите на БМП.

Приложение № 3А

към чл. 3

МЕТОДИКА за остойността 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 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).

Единична цена за посещение

Σ Общите годишни разходи за здравна услуга X
в лечебно заведение i

$$= \frac{\Sigma [(\text{Брой на услугата X, предоставена в лечебното заведение i по време на едномесечен период на проучване}) \times (12 \text{ месеца})]}{}$$

ИЛИ

Глобална средна единична цена на посещение

$\Sigma\Sigma$ Общите разходи за услуга X в лечебно заведение i
по време на периода на проучване

$$= \frac{\Sigma\Sigma [(\text{Брой на услугата X, извършена в лечебно заведение i по време на едномесечен период на проучване}) \times (12 \text{ месеца})]}{}$$

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:

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

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 (КДН) на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания за:

1. здравноосигурени лица с непрекъснати здравноосигурителни права;
2. здравнонеосигурени лица – съгласно § 2, ал. 1 ЗБНЗОК за 2014 г.

(2) Заплащането по ал. 1, т. 2 се извършва чрез трансфери от МЗ по реда на § 2 ЗБНЗОК за 2014 г.

Чл. 2. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на КДН по чл. 15 НРД за медицинските дейности за 2014 г. за договорената и извършената дейност за КДН, оказана на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания.

(2) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща, когато са спазени всички нормативни изисквания и са изпълнени всички изисквани медицински дейности съгласно НРД и Наредба 40 от 2004 г.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на КДН 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) при първо посещение на пациента и с амбулаторни листове и електронен отчет за извършената дейност на пациента, 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.

Чл. 4. (1) Изпълнителите на медицинска помощ (ИМП) се отчитат, като представят ежемесечно в РЗОК фактура (хартиена или електронна), финансовоотчетни 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.

(3) Отчитането на дейностите за здравнонеосигурени лица се извършва на отделна фактура (хартиена или електронна), придружена със съответната отчетна документация, определена в НРД. Плащанията се извършват чрез РЗОК до 5 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ.

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 правилно попълване на документите съгласно настоящите условия и пълното и точно изпълнение на дейността.

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

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

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

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

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

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

Чл. 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 в 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 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 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 ЗОЛ 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 извънболнична дентална

помощ (ИДП).

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 ИДП, се разделя на общото време, отделяно за всички здравни услуги.

Единична цена за посещение

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

ИЛИ

Глобална средна единична цена на посещение

$$\frac{\Sigma \Sigma \text{Общите разходи за услуга } X \text{ в лечебно заведение } i \text{ по време на периода на проучване}}{\Sigma \Sigma [(\text{Брой на услугата } X, \text{ извършена в лечебно заведение } i \text{ по време на едномесечен период на проучване) } \times (12 \text{ месеца})]}$$

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

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

Приложение № 4Б

към чл. 4

МЕТОДИКА за заплащане на дейностите в извънболничната дентална помощ

Чл. 1. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща изцяло или частично денталните дейности по основен пакет дентална дейност, оказани на ЗОЛ съгласно Наредба 40 от 2004 г., в обеми и цени, определени по реда на чл. 55д ЗЗО.

(2) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в Постановление 193 на Министерския съвет от 2012 г., от държавния бюджет чрез Министерството на здравеопазването НЗОК заплаща на изпълнителите на ИДП разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

Чл. 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 ЗОЛ 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) obtурация 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 ЗОЛ 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) obtурация 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 ЗОЛ, 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 2004 г.:

1. при ЗОЛ 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 ЗОЛ 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 ИДП 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 ЗОЛ до 18 години:

1. обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист и един допълнителен преглед за бременни;

2. obtурация 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 ИДП за дейностите по ал. 1 и 2 за всяко ЗОЛ, потърсило дентална помощ, в обеми и цени по реда на чл. 55д 330.

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. 55д 330 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 ИДП под обща анестезия за ЗОЛ 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 ЗОЛ 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 330.

Чл. 6. Изпълнителят на ИДП има право на пряко заплащане и/или доплащане ЗОЛ в следните случаи:

1. при доплащане до пълните договорени стойности на ИДП 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) Извършените и отчетени дейности (с изключение на лечението на пулпити и периодонтити) са за срок 12 последователни месеца от датата на извършване на дейността.

(2) Дейности (с изключение на лечението на пулпити и периодонтити), извършени и отчетени повторно в срока по ал. 1, не се заплащат от НЗОК.

Чл. 8. (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. 9. На изпълнители на ИДП се заплаща отчетена експертна дейност, извършена по установения в НРД ред за денталните дейности.

Чл. 10. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за отчетена експертиза на временната неработоспособност на всеки член на обща или специализирана лекарска консултативна комисия (ЛКК), но не повече от трима 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. 11. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на ИДП след проверка по фактура (хартиена или електронна), спецификация и изискваните съгласно НРД за денталните дейности за 2014 г. отчетни документи (електронен отчет за извършената дентална дейност на ЗОЛ, 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 злополуки или професионални заболявания;

3. "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) Отчитането на разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст, се извършва с отделни финансовоотчетни документи. Плащанията се извършват чрез РЗОК до 5 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ.

Чл. 12. 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. 13. (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. 14. (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. 15. (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 ЗОЛ в амбулаторния лист при вярно изписани трите имена на ЗОЛ.

Чл. 16. (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. 17. Плащанията се извършват в левове, по банков път, по обявена от изпълнителя банкова сметка.

Чл. 18. Когато РЗОК не заплати на ИДП извършените дейности в сроковете, определени в договора с изпълнителя на дентална помощ, тя дължи на изпълнителя законна лихва за просроченото време.

Чл. 19. (1) Представителите на Българския зъболекарски съюз (БЗС) и НЗОК ежемесечно наблюдават и анализират изпълнението на бюджета за годината в частта на здравноосигурителните плащания за ИДП.

(2) Обемите и цените могат да бъдат променяни в съответствие със ЗБНЗОК за 2014 г.:

1. когато очакваното изпълнение на бюджета към 30 юни 2014 г. надхвърля с повече от 25 на сто половината от предвидените в ЗБНЗОК за 2014 г. средства за заплащане на ИДП, в срок до 25 юни НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности така, че очакваният разход по бюджета за дентална помощ до края на годината да не се отклонява с повече от 4 на сто;

2. когато очакваното изпълнение на бюджета към 30 юли 2014 г. надхвърля с повече от 17,5 на сто предвидените за седемте месеца в ЗБНЗОК за 2014 г. средства за заплащане на ИДП, в срок до 25 юли НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности така, че очакваният разход по бюджета за дентална помощ до края на годината да не се отклонява с повече от 4 на сто;

3. когато очакваното изпълнение на бюджета към 30 август 2014 г. надхвърля с повече от 15 на сто от предвидените за осемте месеца в ЗБНЗОК за 2014 г. средства за заплащане на ИДП, в срок до 25 август НЗОК извършва корекция в цените на денталните дейности така, че очакваният разход по бюджета за дентална помощ до края на годината да не се отклонява с повече от 4 на сто;

4. когато очакваното изпълнение на бюджета към 30 септември 2014 г. надхвърля с повече от 10 на сто три четвърти от предвидените в ЗБНЗОК за 2014 г. средства за заплащане на ИДП, в срок до 25 септември НЗОК и БЗС извършват корекция в цените на денталните дейности така, че очакваният разход по бюджета за дентална помощ до края на годината да не се отклонява с повече от 4 на сто.

(3) Когато текущото изпълнение към 30 юни 2014 г. и очакваното изпълнение към 31 декември 2014 г. на бюджета на НЗОК за 2014 г. показват неусвояване на средствата за здравноосигурителни плащания за дентална помощ, НЗОК и БЗС предоговарят цените на денталните дейности, заплащани от НЗОК, в рамките на прогнозно изчислените неусвоени средства до края на 2014 г.

Чл. 20. (1) Управителят на НЗОК утвърждава списък на населените места с неблагоприятни условия за работа на изпълнители на първична ИДП.

(2) Включването на населено място в списъка по ал. 1 се извършва по реда и критериите, установени в методика, приета от Надзорния съвет на НЗОК.

(3) 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 ЗОЛ са с постоянен или настоящ адрес в населеното място, включено в списъка по ал. 1;

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

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