НАЦИОНАЛЕН РАМКОВ ДОГОВОР № РД-НС-01-2 ОТ 1 СЕПТЕМВРИ 2023 Г. ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ МЕЖДУ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА И БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ ЗА 2023 - 2025 Г.

В сила от 01.09.2023 г.

Издаден от министъра на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.77 от 8 септември 2023г., изм. и доп. ДВ. бр.17 от 27 февруари 2024г., попр. ДВ. бр.28 от 2 април 2024г., изм. и доп. ДВ. бр.64 от 30 юли 2024г., изм. ДВ. бр.78 от 13 септември 2024г., ***изм. и доп. ДВ. бр.48 от 13 юни 2025г.***

Днес, 1 септември 2023 г., в София между Националната здравноосигурителна каса, от една страна, и, от друга страна, Българския лекарски съюз се сключи този договор.

Този договор е национален, защото има действие на цялата територия на Република България.

Този договор е рамков, защото определя здравно-икономически, финансови, медицински, организационно-управленски, информационни и правно-деонтологични рамки, в съответствие с които се сключват договорите между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ.

Всички клаузи на този Национален рамков договор (НРД) са в съответствие с действащото българско законодателство. Законите и актовете в областта на здравеопазването, здравното осигуряване и свързаните с тях обществени отношения, с които е съобразен този НРД, са изброени в приложение № 1.

Част първа.
ОБЩА ЧАСТ

Глава първа.
ПРЕДМЕТ НА НАЦИОНАЛНИЯ РАМКОВ ДОГОВОР

Чл. 1. (1) Предмет на НРД за медицинските дейности са правата и задълженията по оказването на медицинска помощ в рамките на чл. 55 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) на:

1. Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и Районните здравноосигурителни каси (РЗОК);

2. Българския лекарски съюз (БЛС) и неговите районни колегии;

3. изпълнителите на медицинска помощ (ИМП);

4. здравноосигурените лица (ЗОЛ).

(2) Дейности за повишаване квалификацията на медицинските специалисти не са предмет на НРД.

Глава втора.
ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ ПО НРД

Чл. 2. (1) Националната здравноосигурителна каса има следните права и задължения по този договор:

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

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

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

4. упражнява контрол върху оказаната медицинска помощ съгласно ЗЗО и НРД;

5. упражнява контрол за спазване правата и задълженията на ЗОЛ;

6. изисква, получава от ИМП и обработва установената документация в сроковете, определени в НРД;

7. заплаща извършените и отчетени медицински дейности по ред и условия, в обеми и по цени, определени в НРД;

8. заплаща напълно или частично разрешени за употреба на територията на Република България лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ), медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, предназначени за домашно лечение на заболявания, определени по реда на чл. 45, ал. 9 ЗЗО;

9. сключва договори с притежатели на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти с оглед осигуряване отпускането на ЗОЛ на предписаните лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели по т. 8;

10. поддържа и обработва регистрите и информацията, съдържащи се в информационната система на НЗОК, съгласно чл. 63 ЗЗО;

11. предоставя на ЗОЛ информация относно мерките за опазване и укрепване на здравето им, правата и задълженията на ЗОЛ съгласно действащото законодателство;

12. осъществява съвместно наблюдение на вида, обема и качеството на оказваната медицинска помощ чрез РЗОК и експерти, посочени от регионалните структури на БЛС.

(2) Българският лекарски съюз има следните права и задължения по този договор:

1. представлява своите членове и лечебните и здравните заведения при сключване на НРД;

2. съдейства и спомага за спазването и прилагането на НРД от страна на ИМП;

3. предоставя при поискване информация на НЗОК по прилагането на НРД;

4. участва чрез свои представители в арбитражните комисии при условията и по реда на чл. 75 ЗЗО;

5. осъществява съвместно с РЗОК наблюдение на вида, обема и качеството на оказваната медицинска помощ чрез регионалните структури на БЛС;

6. органите на управление на БЛС съвместно с НЗОК осъществяват наблюдение по изпълнението на НРД;

7. защитава правата и интересите на ИМП при сключване и изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ, сключени между НЗОК и отделните изпълнители.

(3) При поискване органите на управление на БЛС и НЗОК взаимно си предоставят информация по прилагането на НРД.

Чл. 3. Управителят на НЗОК и председателят на БЛС издават съвместно всички указания, инструкции и други актове към ИМП по тълкуването и прилагането на НРД.

Глава трета.

ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ЗДРАВНООСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА

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

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

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

Чл. 7. Със съответните права и задължения на ЗОЛ се ползват и лицата, осигурени в друга държава - членка на ЕС, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 ДРЗЗО, както и лицата, спрямо които се прилагат международни спогодби за социално осигуряване, по които Република България е страна.

Чл. 8. (1) Здравноосигурените лица имат право да подават жалби пред директора на съответната РЗОК, когато не са удовлетворени от медицинските дейности, свързани с оказаната медицинска помощ. Жалбата се подава по реда на глава втора, раздел X от ЗЗО, като в нея се описват причините и се посочва най-малко едно от следните основания:

1. отчетена, но неизвършена медицинска дейност;

2. качество на медицинската помощ, което не съответства на критериите за качество, определени в НРД;

3. отказан достъп до медицинска документация;

4. получени от изпълнител на медицинска помощ суми без правно основание.

(2) Жалбите по ал. 1 се подават в срок до 7 дни от установяване на някое от основанията по ал. 1.

(3) Здравноосигурените лица са задължени да спазват установения ред в лечебното заведение.

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

1. включване в медицинската документация, която е неразделна част от НРД, на конкретно разписани изисквания, гарантиращи спазване правата на ЗОЛ;

2. приемане, разглеждане и изготвяне на мотивиран отговор на жалби, подадени от ЗОЛ до НЗОК;

3. осъществяване на контрол по изпълнението на договорите с ИМП.

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

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

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

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

от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (Наредба № 9 от 2019 г.) (ДВ, бр. 98 от 2019 г.).

Чл. 11. Медицинската помощ по чл. 10, ал. 1 е:

1. първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП) съгласно приложение № 1 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г. и здравни грижи съгласно приложение № 1а към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.;

2. специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП), включваща: общомедицински дейности; специализирани медицински дейности (СМД) и високоспециализирани медицински дейности (ВСМД) по специалности; специализирани медико-диагностични изследвания (СМДИ) и високоспециализирани медико-диагностични изследвания (ВСМДИ) по специалности съгласно приложение № 2 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.;

3. болнична медицинска помощ (БМП), включваща:

а) амбулаторни процедури (АПр) по приложение № 7 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.;

б) клинични процедури (КПр) по приложение № 8 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.;

в) клинични пътеки (КП) по приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.;

4. комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение (КДН) по приложение № 6 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.

Глава пета.
ФИНАНСОВА РАМКА НА НРД

Чл. 12. (1) Годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за медицински дейности съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2023 г. е на обща стойност 4 261 582,6 хил. лв. за следните видове дейност:

1. първична извънболнична медицинска помощ - 452 603,3 хил. лв.;

2. специализирана извънболнична медицинска помощ (включително за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение) - 462 342,2 хил. лв.;

3. медико-диагностична дейност - 237 286 хил. лв.;

4. болнична медицинска помощ - 3 109 351,1 хил. лв.

(2) Финансовата рамка по ал. 1 обхваща плащания за дейности, извършени по реда на настоящия НРД в периода 1.12.2022 г. - 30.11.2023 г.

(3) Годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти и медицински изделия съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2023 г. е на обща стойност 1 911 384,7 хил. лв. за следните видове дейност:

1. лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната - 1 004 770,2 хил. лв.;

2. лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, включени в пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и прилагани в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги - 764 000 хил. лв.;

3. медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги - 142 614,5 хил. лв.

(4) В случай че при анализа на текущото изпълнение към 30 септември 2023 г. на здравноосигурителните плащания за ПИМП, СИМП, МДД и БМП се установи очаквано неизпълнение на предвидените разходи към 31 декември 2023 г. на средствата за

здравноосигурителни плащания по съответните редове по чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2023 г., след осигуряване на финансирането по § 9 от ЗБНЗОК за 2023 г., оставащите средства може да се използват за плащания само за медицинските дейности по същите редове при условия и по ред, определени от Надзорния съвет (НС) на НЗОК и УС на БЛС.

(5) За прилагане на ал. 4 в срок до 15.11.2023 г. УС на БЛС и НС на НЗОК договарят и подписват Условия и ред за разпределение на неразходвания остатък от средствата, предназначени за разходи за здравноосигурителни плащания за ПИМП, СИМП, МДД и БМП. Размерът на неразходвания остатък се установява след отчитане на дейностите за м. ноември на съответната календарна година.

(6) По реда на настоящия НРД се заплащат и медицински дейности и лекарствени продукти, финансирани от Министерството на здравеопазването и Агенцията за социално подпомагане, както и по реда на системите за координация за социална сигурност, съгласно ЗБНЗОК за 2023 г., се разпределят и извършват в рамките на определените параметри в ЗБНЗОК за 2023 г. и в съответствие с параметрите на разходите за здравноосигурителни плащания и събраните приходи по бюджета на НЗОК за 2023 г.

Чл. 12а. (Нов - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) (1) Годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за медицински дейности съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2024 г. е на обща стойност 4 959 736,4 хил. лв. за следните видове дейност:

1. първична извънболнична медицинска помощ - 558 038,5 хил. лв.;

2. специализирана извънболнична медицинска помощ (включително за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение) - 567 208,1 хил. лв.;

3. медико-диагностична дейност - 261 845,4 хил. лв.;

4. болнична медицинска помощ - 3 572 644,4 хил. лв., както следва:

а) в т.ч. за финансиране осигуряването на медицински персонал в лечебните заведения по чл. 55, ал. 2, т. 3в, буква "а" от ЗЗО за болнична помощ - 30 000 хил. лв.;

б) в т.ч. за финансиране осигуряването на медицински персонал в лечебните заведения за болнична помощ по чл. 55, ал. 2, т. 3в, буква "б" от ЗЗО - 30 000 хил. лв.

(2) Финансовата рамка по ал. 1 обхваща плащания за дейности, извършени по реда на настоящия НРД в периода 1.12.2023 г. - 30.11.2024 г.

(3) Годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2024 г. е на обща стойност 2 190 767,3 хил. лв. за следните видове дейност:

1. лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната; за дейности по отпускане на лекарствени продукти за домашно лечение, заплащани 100 на сто от бюджета на НЗОК, и финансиране на аптеки по критериите по чл. 45, ал. 17, т. 4б от ЗЗО; за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, включени в пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и прилагани в условията на болничната медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги - 2 028 544,7 хил. лв.:

- в т.ч. за заплащане на дейностите по отпускане на лекарствени продукти за домашно лечение, заплащани 100 на сто от бюджета на НЗОК и до 9 000 хил. лв. за финансиране на аптеки по критериите по чл. 45, ал. 17, т. 4б от ЗЗО - 45 220,5 хил. лв.;

- в т.ч. за медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната - 43 888,9 хил. лв.;

- в т.ч. за лекарствени продукти за домашно лечение на територията на страната - 1 029

425,7 хил. лв., от тях лекарствени продукти за домашно лечение на територията на страната, назначени с протокол, за които се извършва експертиза - 698 994,5 хил. лв.;

- в т.ч. за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, включени в пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и прилагани в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги - 910 009,6 хил. лв.;

2. медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги - 162 222,6 хил. лв.

(4) Неусвоените средства към 30 септември 2024 г. за здравноосигурителни плащания по съответните редове по чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2024 г. за медицински дейности и медицински изделия от списъка по групи по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели и на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК се използват за плащания само за дейностите и изделията по същите редове при условия и по ред, определени съвместно от НС на НЗОК и УС на БЛС.

(5) По реда на настоящия договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. се заплащат и медицински дейности и лекарствени продукти, финансирани от Министерство на здравеопазването и Агенцията за социално подпомагане, както и по реда на системите за координация за социална сигурност съгласно ЗБНЗОК за 2024 г.

(6) Разходите за здравноосигурителни плащания се разпределят и извършват в рамките на определените параметри в ЗБНЗОК за 2024 г. и в съответствие с параметрите на разходите за здравноосигурителни плащания и събраните приходи по бюджета на НЗОК за 2024 г.

Чл. 12б. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) (1) Годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за медицински дейности съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2025 г. е на обща стойност 5 764 935,2 хил. лв. за следните видове дейност:

1. първична извънболнична медицинска помощ - 647 577,6 хил. лв.;

2. специализирана извънболнична медицинска помощ (включително за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение) - 658 218,6 хил. лв.;

3. медико-диагностична дейност - 303 859,4 хил. лв.;

4. болнична медицинска помощ - 4 155 279,6 хил. лв., както следва:

а) в т.ч. за здравноосигурителни плащания за дейностите - 4 087 279,6 хил. лв.;

б) в т.ч. за финансиране осигуряването на медицински персонал в лечебните заведения по чл. 55, ал. 2, т. 3в, буква "а" от ЗЗО за болнична помощ - 34 000 хил. лв.;

в) в т.ч. за финансиране осигуряването на медицински персонал в лечебни заведения за болнична помощ по чл. 55, ал. 2, т. 3в, буква "б" от ЗЗО - 34 000 хил. лв.

(2) Финансовата рамка по ал. 1 обхваща плащания за дейности, извършени по реда на настоящия НРД в периода 1.12.2024 г. - 30.11.2025 г.

(3) Годишният размер на средствата за здравноосигурителни плащания за лекарствени продукти и медицински изделия съгласно чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2025 г. е на обща стойност 2 575 873,2 хил. лв. за следните видове дейност:

1. здравноосигурителни плащания за: лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната; за заплащане на дейностите по отпускане на лекарствени продукти, включени в Позитивния лекарствен

списък по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина с ниво на заплащане 100 на сто, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, и финансиране на аптеки по критериите по чл. 45, ал. 17, т. 4б от Закона за здравното осигуряване; за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания, включени в пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и прилагани в условията на болничната медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги; лекарствени продукти за домашно лечение на територията на страната за вродени коагулопатии и при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с коагулопатии, включени в пакета здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, и прилагани в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги - 2 368 531,1 хил. лв.;

2. здравноосигурителни плащания за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги - 207 342,1 хил. лв.

(4) В случай че при анализа по чл. 9, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2025 г. на текущото изпълнение към 30 септември 2025 г. се установи очаквано неизпълнение на предвидените разходи към 31 декември 2025 г. на средствата за здравноосигурителните плащания по съответните редове по чл. 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2025 г. за медицинските дейности, от списъка по групи по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели и на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК, оставащите средства може да се използват за плащания само за дейностите и изделията по същите редове при условия и по ред, определени съвместно от НС на НЗОК и УС на БЛС.

(6) По реда на настоящия Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. се заплащат и медицински дейности и лекарствени продукти, финансирани от Министерството на здравеопазването и Агенцията за социално подпомагане, както и по реда на системите за координация за социална сигурност, съгласно ЗБНЗОК за 2025 г.

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

(2) Размерът на средствата по чл. 12, ал. 1 и 3 може да се променя със средства от "Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи" или други средства по реда на ЗБНЗОК за 2023 г., но не по-рано от 1 септември 2023 г.

Чл. 13а. (Нов - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) (1) Надзорният съвет на НЗОК може да одобрява компенсирани промени между средствата за здравноосигурителните плащания за медицински дейности, посочени в чл. 12а, ал. 1, след становище на УС на БЛС в едноседмичен срок от уведомяването.

(2) Размерът на средствата по чл. 12а, ал. 1 и 3 може да се променя със средства от "Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи" или други средства по реда на ЗБНЗОК за 2024 г.

Чл. 13б. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) (1) Надзорният съвет на НЗОК може да одобрява компенсирани промени между средствата за здравноосигурителните плащания за медицински дейности, посочени в чл. 12б, ал. 1, след становище на УС на БЛС в едноседмичен срок от уведомяването.

(2) Размерът на средствата по чл. 12б, ал. 1 и 3 може да се променя със средства от "Резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи" или други средства по реда на ЗБНЗОК за 2025 г.

Глава шеста.
ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ПО НРД

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

1. лечебните заведения по чл. 8, ал. 1 ЗЛЗ с изключение на денталните центрове и самостоятелните медико-технически лаборатории;

2. лечебните заведения за извънболнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ към Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието и Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията;

3. националните центрове по проблемите на общественото здраве по Закона за здравето (ЗЗ) - за дейностите по чл. 23, ал. 1, т. 5 ЗЗ.

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

(3) Договор за дейности и/или изследвания от пакетите по специалности, включени в приложение № 2 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г. с лечебни заведения за болнична помощ, може да се сключи само ако на територията на този здравен район няма лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, сключили договори с НЗОК, за изпълнение на:

1. специализирани медико-диагностични изследвания;

2. високоспециализирани медико-диагностични изследвания;

3. високоспециализирани медицински дейности;

4. пакет "Физикална и рехабилитационна медицина".

(4) Изпълнители на пакета дейности, включени в приложение № 1а "Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., могат да бъдат лечебни заведения за първична извънболнична медицинска помощ.

Чл. 15. (1) Изпълнители на БМП по НРД могат да бъдат:

1. лечебни заведения за болнична помощ (БП) по чл. 9, ал. 1 ЗЛЗ;

2. лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, които са към Министерския съвет, Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерството на правосъдието, Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията;

3. лечебни заведения за СИМП - Медицински център (МЦ), Дентален център (ДЦ), Медико-дентален център (МДЦ) и Диагностично-консултативен център (ДКЦ), с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа;

4. центрове за кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ) по смисъла на чл. 10, т. 3а ЗЛЗ;

5. комплексни онкологични центрове (КОЦ) по смисъла на чл. 10, т. 3б ЗЛЗ с разкрити легла;

6. диализни центрове по смисъла на чл. 10, т. 6 ЗЛЗ.

(2) Изпълнители на АПр по приложение № 7 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г. могат да бъдат лечебните заведения по ал. 1.

(3) Изпълнители на КПр по приложение № 8 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г. могат да бъдат само лечебните заведения по ал. 1, т. 1 и 2.

(4) Изпълнители на КП по приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г. могат да

бъдат само лечебните заведения по ал. 1, т. 1, 2, 4 и 5.

(5) Изпълнители на КП "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" по приложение № 10 към чл. 1 и чл. 2 от Наредба № 9 от 2019 г. могат да бъдат само лечебните заведения по ал. 1, т. 1, 2, 4 и 5.

(6) Изпълнители на АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по Клинична пътека ..." по приложение № 11 към чл. 1 и чл. 3 от Наредба № 9 от 2019 г. могат да бъдат лечебни заведения по ал. 1, т. 1, 2, 4 и 5.

(7) Изпълнители на дейности за "Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)" по приложение № 12 към чл. 1 и чл. 4 от Наредба № 9 от 2019 г. могат да бъдат само лечебните заведения по ал. 1, т. 1, 2, 4 и 5 или техните обединения.

(8) Изпълнители на дейности по АПр № 43 "Специфични изследвания при пациенти с онкологични заболявания" от приложение № 7 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г. могат да бъдат само лечебните заведения с лабораторна структура, в които едновременно се осъществяват дейности по медицинска специалност по обща и клинична патология и медицинска генетика.

Чл. 16. Изпълнители по чл. 11, т. 4 на КДН "Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение" по приложение № 6 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г. могат да бъдат:

1. за КДН на лица с кожно-венерически заболявания:

а) лечебни заведения за БП с разкрити клиники/отделения по кожно-венерически болести;

б) центрове за кожно-венерически заболявания по чл. 10, т. 3а ЗЛЗ;

2. за КДН на лица с психични заболявания:

а) лечебни заведения за БП с разкрити психиатрични клиники/отделения;

б) центрове за психично здраве (ЦПЗ) по чл. 10, т. 3 ЗЛЗ.

Чл. 17. (1) Изпълнителите на медицинска помощ извършват в полза на ЗОЛ медицински дейности, предмет на сключените договори с НЗОК.

(2) Лечебните заведения, желаещи да сключат договор с НЗОК, могат да кандидатстват при настоящите условия и ред за извършване на видове дейности от пакета, за които лечебното заведение е регистрирано в Изпълнителна агенция "Медицински надзор" (ИАМН)/Регионалната здравна инспекция (РЗИ), респ. има разрешение за осъществяване на лечебна дейност по чл. 46, ал. 2 ЗЛЗ.

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

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

2. медицински и немедицински специалисти с образователно-квалификационна степен "професионален бакалавър", "бакалавър" или "магистър" - за извършване на дейности в рамките на тяхната правоспособност;

3. други лица, извършващи административни и помощни дейности.

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

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

това.

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

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

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

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

Чл. 19. (1) Изпълнителите на ПИМП осигуряват достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ съгласно Наредба № 9 от 2019 г.

(2) За извършване на медико-диагностични изследвания, необходими за изпълнението на КП, КПр/АПр и КДН, изпълнителите на БП могат да сключват договори с други лечебни заведения или с национални центрове по проблемите на общественото здраве, когато изискванията по съответната КП/КПр/АПр/КДН допускат това.

Глава седма.
ОБЩИ УСЛОВИЯ И РЕД ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОРИ ЗА ОКАЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Чл. 20. (1) Националната здравноосигурителна каса сключва договори с лечебни заведения и техни обединения и национални центрове по проблемите на общественото здраве, които:

1. отговарят на следните общи условия:

а) не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България - за лекарите/лекарите по дентална медицина, които ръководят, съответно работят в лечебното или здравното заведение;

б) членство в съответната Районна колегия (РК) на БЛС/РК на БЗС - за лекарите/лекарите по дентална медицина, които ръководят, съответно работят в лечебните заведения;

в) лекарите/лекарите по дентална медицина - граждани на държави - членки на Европейския съюз (ЕС), останалите страни по Споразумението за Европейското икономическо пространство (ЕИП), Конфедерация Швейцария, както и на трети държави, имат право да упражняват медицинска професия в Република България съгласно действащото законодателство;

г) лекарите/лекарите по дентална медицина - членове на ТЕЛК/НЕЛК, упражняват дейностите по медицинска експертиза, които подлежат на техен контрол, при спазване на изискванията на чл. 106 ЗЗ;

д) не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България - за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти, които работят в лечебните заведения за първична медицинска помощ;

е) (изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) членство в съответната Регионална колегия (РК) на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ) или на Българския съюз на лекарските асистенти и фелдшерите (БСЛАФ) - за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти, които работят в лечебните заведения за първична медицинска помощ или в индивидуална или групова практика за здравни грижи чрез договор с лечебно заведение за първична медицинска помощ;

2. отговарят на настоящите специални условия.

(2) Общите и специалните условия по ал. 1 следва да са налице през цялото време на действие на вече сключения договор.

Чл. 21. (1) Всеки лекар може да работи в изпълнение на два договора с НЗОК независимо от месторазположението на лечебните заведения, в които се оказва помощта.

(2) По изключение с мотивирано предложение на директора на РЗОК, когато в един здравен район няма лекар, работещ по договор с НЗОК за съответната специалност, управителят на НЗОК може да разреши сключване на трети договор за оказване на специализирана извънболнична медицинска помощ.

Чл. 22. (1) Директорът на РЗОК от името и за сметка на НЗОК сключва договори за оказване на медицинска помощ с лечебни и здравни заведения, които:

1. имат регистриран в ИАМН/РЗИ адрес, на който се осъществява дейността, намиращ се на територията, обслужвана от съответната РЗОК - за лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ;

2. имат месторазположение на територията, обслужвана от РЗОК - за лечебните заведения за БП, лечебните заведения по чл. 10, т. 3, 3а, 3б и 6 ЗЛЗ с разкрити легла и здравните заведения.

(2) Лечебните заведения по чл. 9 и чл. 10, т. 3а и 3б ЗЛЗ, в чиито разрешения за дейност, издадени по реда на чл. 46 ЗЛЗ, са посочени повече от един адрес за осъществяване на лечебната дейност и съответните структури са разположени на териториите на различни РЗОК, могат да сключват договори с НЗОК за оказване на медицинска помощ чрез директорите на РЗОК, на чиято територия имат месторазположение съответните адреси.

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

(4) Лечебните и здравните заведения, кандидатстващи за сключване на договор със съответната РЗОК, представят документите, посочени в специалната част.

Чл. 22а. (Нов - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) (1) Националната здравноосигурителна каса сключва договори/допълнителни споразумения с лечебните заведения, които отговарят на общите условия по чл. 20 - 22 и специалните условия, посочени в специалната част.

(2) Лечебните заведения, кандидатстващи за сключване на договор/допълнително споразумение със съответната РЗОК, представят документите, посочени в специалната част.

Чл. 22б. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) (1) През 2025 г. НЗОК сключва договори/допълнителни споразумения с лечебните заведения, които отговарят на общите условия по чл. 20 - 22 и специалните условия, посочени в специалната част.

(2) Лечебните заведения, кандидатстващи за сключване на договор/допълнително споразумение със съответната РЗОК, представят документите, посочени в специалната част.

Чл. 23. (1) Лечебни заведения и техните обединения, както и здравни заведения, кандидатстващи за сключване на договор с НЗОК, подават заявления и представят документи в РЗОК в 30-дневен срок от влизане в сила на НРД, съгласно чл. 59а, ал. 1 ЗЗО.

(2) При непълнота на представените документи директорът на РЗОК в срок до 7 дни от установяването ѝ писмено уведомява лечебното/здравното заведение за това обстоятелство и определя срок до 14 дни за нейното отстраняване.

(3) Директорът на РЗОК в срок 30 дни от подаване на заявлението сключва договор с изпълнителите, които отговарят на условията по чл. 55, ал. 2, т. 1 ЗЗО и на критериите за осигуряване на достъпност и качество на медицинската помощ по чл. 59в ЗЗО. Директорът на РЗОК или

упълномощено от него длъжностно лице има право да провери на място в лечебното/здравното заведение съответствието със специалните изисквания, за чието удостоверяване е предвидена декларация.

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

Чл. 23а. (Нов - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) (1) На основание чл. 59а, ал. 1 от ЗЗО лечебните заведения, които не са били изпълнители на медицинска помощ до влизане в сила на този договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г., кандидатстващи за сключване на договор/допълнително споразумение с НЗОК, подават заявления и представят документи в РЗОК в 30-дневен срок от влизане в сила на този договор за изменение и допълнение на НРД.

(2) При непълнота на представените документи директорът на РЗОК в срок до 7 дни от установяването ѝ писмено уведомява лечебното заведение за това обстоятелство и определя срок до 14 дни за нейното отстраняване.

(3) Директорът на РЗОК в срок 30 дни от подаване на заявлението сключва договор с изпълнителите, които отговарят на условията по чл. 55, ал. 2, т. 1 от ЗЗО и на критериите за осигуряване на достъпност и качество на медицинската помощ по чл. 59в от ЗЗО. Директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице има право да провери на място в лечебното заведение съответствието със специалните изисквания, за чието удостоверяване е предвидена декларация.

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

Чл. 23б. (Нов - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) В случаите, в които не се разширява предметът на договорите и допълнителните споразумения, сключени до влизане в сила на този договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г., изпълнителите на медицинска помощ сключват допълнителни споразумения, които съдържат промени, произтичащи от настоящия договор за изменение и допълнение на НРД.

Чл. 23в. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) (1) На основание чл. 59а, ал. 1 от ЗЗО лечебните заведения, които не са били изпълнители на медицинска помощ до влизане в сила на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г., кандидатстващи за сключване на договор/допълнително споразумение с НЗОК, подават заявления и представят документи в РЗОК в 30-дневен срок от влизане в сила на този Договор за изменение и допълнение на НРД.

(2) При непълнота на представените документи директорът на РЗОК в срок до 7 дни от установяването ѝ писмено уведомява лечебното заведение за това обстоятелство и определя срок до 14 дни за нейното отстраняване.

(3) Директорът на РЗОК в срок 30 дни от подаване на заявлението сключва договор с изпълнителите, които отговарят на условията по чл. 55, ал. 2, т. 1 от ЗЗО и на критериите за осигуряване на достъпност и качество на медицинската помощ по чл. 59в от ЗЗО. Директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице има право да провери на място в лечебното заведение съответствието със специалните изисквания, за чието удостоверяване е предвидена декларация.

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

Чл. 23г. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) В случаите, в които не се разширява предметът на договорите и допълнителните споразумения, сключени до влизане в сила на

този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г., изпълнителите на медицинска помощ сключват допълнителни споразумения, които съдържат промени, произтичащи от настоящия Договор за изменение и допълнение на НРД.

Чл. 24. (1) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) Директорът на РЗОК не може да сключва договори, съответно допълнителни споразумения, с лечебни заведения, които не са подали заявления в сроковете по чл. 23, ал. 1 или чл. 23а, ал. 1 или чл. 23в, ал. 1, независимо от причините за това.

(2) Предметът на договорите и допълнителните споразумения, сключени с РЗОК, не може да се разширява.

(3) Забраните по ал. 1 и 2 се отнасят за срока на действие на НРД в частта по чл. 55, ал. 2, т. 3а от ЗЗО, приложим през съответния период.

(4) Алинеи 1 и 2 не се прилагат за лечебни заведения за БП и КОЦ, получили разрешение за осъществяване на лечебна дейност след провеждане на процедурата по чл. 37а, съответно по чл. 37б от ЗЛЗ, в която НЗОК е дала положително становище за финансиране на съответните дейности, както и за лечебни заведения за извънболнична помощ в случаите, когато е установена недостатъчност от съответната извънболнична помощ въз основа на извършена оценка на потребностите съгласно НЗК.

(5) За извършване на оценка на потребностите от извънболнична помощ в случаите по ал. 4 директорът на РЗОК изпраща по служебен ред искане до директора на съответната РЗИ. Директорът на РЗИ извършва оценката и изпраща на РЗОК удостоверение относно наличието или липсата на потребност от съответната медицинска помощ в 14-дневен срок от постъпване на искането.

Чл. 25. (1) Договори не могат да се сключват с нови лечебни заведения за болнична помощ или за нови медицински дейности, осъществявани от лечебни заведения за болнична помощ, ако в процедурата по чл. 37а или 37б от Закона за лечебните заведения лечебното заведение е предоставило информация, че няма да ползва средства на НЗОК като източник на финансиране на дейността си или НЗОК е дала становище за невъзможност за финансиране на съответните дейности.

(2) Забраната по ал. 1 не се прилага при нововъзникнали обстоятелства и установена недостатъчност от съответната болнична медицинска помощ на територията на областта към момента на подаване на заявление за сключване на договор по чл. 59а, ал. 1, установена въз основа на оценка на потребностите съгласно НЗК. Преценката за недостатъчност от съответната болнична медицинска помощ се извършва от Изпълнителна агенция "Медицински надзор".

Чл. 26. През 2023 г. в съответствие с § 10 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2023 г. сключването на договори и/или допълнителни споразумения с изпълнители на болнична медицинска помощ по реда на чл. 59, ал. 1а от ЗЗО е в рамките на утвърдените стойности по чл. 4, ал. 1, т. 1, буква "б" от ЗБНЗОК за 2023 г.

Чл. 26а. (Нов - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г., спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) През 2024 г. в съответствие с § 10 от ПЗРЗБНЗОК за 2024 г. сключването на договори и/или допълнителни споразумения с изпълнители на болнична медицинска помощ по реда на чл. 59, ал. 1а от ЗЗО е в рамките на утвърдените стойности по чл. 4, ал. 1, т. 1, буква "б" от ЗБНЗОК за 2024 г.

Чл. 26б. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) През 2025 г. в съответствие с § 10 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2025 г. сключването на договори и/или допълнителни споразумения с изпълнители на болнична медицинска помощ по реда на чл. 59, ал. 1а от ЗЗО е в рамките на утвърдените стойности по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2025 г.

Чл. 27. (1) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) В случаите на чл. 24, ал. 4 и чл. 25, ал. 2, директорът на РЗОК може да сключва договори и след изтичане на срока по чл. 23, ал. 3 или чл. 23а, ал. 3 или чл. 23в, ал. 3 с лечебни заведения, които отговарят на изискванията на закона и НРД.

(2) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) В случаите по ал. 1 директорът на РЗОК сключва договори или издава мотивирани откази за сключване на договори в срок до 30 дни от подаването на документите. При установяване на непълнота на представените документи се прилага чл. 23, ал. 2 или чл. 23а, ал. 3 или чл. 23в, ал. 2.

Чл. 28. (1) Типовите договори с ИМП се утвърждават от управителя на НЗОК след съгласуване с председателя на УС на БЛС.

(2) Редът, условията и сроковете за заплащане на извършените и отчетени медицински дейности, установени в НРД, са част от съдържанието на типовите договори/допълнителни споразумения.

(3) (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) Обемите и цените на медицински дейности, установени в НРД, са част от съдържанието на типовите договори/допълнителни споразумения.

(4) Неразделна част към договорите с изпълнителите на медицинска помощ представляват:

1. протоколи за брой на назначаваните специализирани медицински дейности и стойност на назначаваните медико-диагностични дейности - за изпълнителите на ПИМП и СИМП, определени по реда на ЗБНЗОК за съответната календарна година от НС на НЗОК;

2. (спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) приложения за стойностите на медицинските дейности за БМП, за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ и/или за лекарствена терапия при злокачествени заболявания и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии, определени по реда на ЗБНЗОК за съответната календарна година от НС на НЗОК.

Чл. 29. (1) Директорът на РЗОК отказва да сключи договор при:

1. условие, че лечебното или здравното заведение не отговаря на изисквания на закона, което се установява от представените документи или при проверка;

2. липса на някое от тези общи или специални изисквания и условия за сключване на договор, което се установява от представените документи или при проверка;

3. непълнота на изискуемата документация, която не е била отстранена в определения срок;

4. невъзможност на съответното лечебно/здравно заведение да осъществява медицинската помощ, за изпълнение на която кандидатства, което се установява от представените документи или при проверка;

5. подаване на документи за сключване на договор извън установения срок по чл. 59а, ал. 1 ЗЗО независимо от причините за това, с изключение на случаите по чл. 24, ал. 4 и чл. 25, ал. 2;

6. наложена санкция "прекратяване на договор".

(2) В случаите по ал. 1, т. 6 директорът на РЗОК може да сключи договор след изтичане на 12 месеца от влизане в сила на санкцията "прекратяване на договор".

(3) В случаите по ал. 2 лечебното заведение може да декларира намерение за сключване на договор за оказване на БП не по-късно от два месеца преди изтичане на срока по ал. 2.

(4) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) Директорът на РЗОК издава заповед, с която прави мотивиран отказ за сключване на

договор с ИМП в сроковете по чл. 23, чл. 23а, чл. 23в и 27.

(5) Заповедта по ал. 4 се издава в писмена форма и съдържа:

1. правните и фактическите основания за издаване на отказа;

2. пред кой орган и в какъв срок отказът може да бъде обжалван;

3. дата на издаване, подпис на директора и печат на РЗОК.

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

(7) Заповедта, с която директорът на РЗОК отказва да сключи договор с ИМП, може да се обжалва съгласно чл. 59б, ал. 3 ЗЗО по реда на Административнопроцесуалния кодекс (АПК), като оспорването не спира изпълнението на заповедта.

Глава осма.
ПРАВА И ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

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

Чл. 31. (1) Изпълнителите на медицинска помощ имат право да получат в срок и в пълен размер договореното заплащане за извършените дейности при условията и по реда на глава седемнадесета, раздели VII и IX, глава осемнадесета, раздел VI, и глава деветнадесета, раздели VIII и XI.

(2) Изпълнителите на медицинска помощ имат право при поискване да получават текуща информация и съдействие от РЗОК относно възложените дейности по изпълнение на индивидуалния им договор.

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

Чл. 32. (1) Изпълнителите на медицинска помощ нямат право да прилагат диагностични и лечебни методи, които:

1. не са утвърдени в медицинската практика, противоречат на медицинската наука и създават повишен риск за здравето и живота на пациента;

2. водят до временна промяна в съзнанието, освен ако за прилагането им пациентът е дал съгласието си или ако са налице обстоятелствата по чл. 89, ал. 2 ЗЗ.

(2) На лицата, които възпрепятстват оказването на медицинска или дентална помощ или накърняват личното и професионалното достойнство на лекаря, може да не се окаже такава, с изключение на състояния, застрашаващи живота им.

Чл. 33. Изпълнителите на медицинска помощ се задължават да:

1. осигуряват на ЗОЛ договорената медицинска помощ и да изпълняват правилата за добра медицинска практика съгласно условията на НРД;

2. предоставят медицинска помощ по вид, обем и качество, съответстваща на договорената;

3. предписват лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК, при спазване изискванията на чл. 56 от ЗЗО, Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени

продукти (Наредба № 4 от 2009 г.), Позитивния лекарствен списък по чл. 262, ал. 6, т. 1 и 2 от ЗЛПХМ, изискванията на този договор, останалите действащи относими нормативни актове и кратките характеристики на продуктите;

4. не изискват плащане или доплащане от осигуреното лице за видове медицинска дейност, която е заплатена от НЗОК, извън предвидената сума, с изключение на медицински изделия за определени КП/АПр/КПр, в които изрично е посочено;

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

6. осигуряват на длъжностните лица на РЗОК и НЗОК достъп до документи, свързани с отчитането и контрола на извършените дейности;

7. не разпространяват данни, свързани с личността на ЗОЛ, станали им известни при или по повод оказване на медицинска помощ, освен в случаите, предвидени със закон;

8. предоставят на пациента ясна и достъпна информация за здравословното му състояние и методите за евентуалното му лечение.

Глава девета.
КАЧЕСТВО И ДОСТЪПНОСТ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ

Чл. 34. Страните по договора извършват системно и планирано оценяване, наблюдение и непрекъснато подобряване на качеството на медицинските услуги, с което се осигурява равенство в достъпа, ефективността и сигурността на договорените медицински услуги и повишаване на удовлетвореността на пациентите.

Чл. 35. (1) Изпълнителите на медицинска помощ оказват договорените медицински дейности съгласно критериите за качество и достъпност на медицинската помощ, посочени в глава седемнадесета, раздел IV, и глава деветнадесета, раздел V, от специалната част.

(2) Критерии за качество и достъпност на медицинската помощ се изготвят и актуализират в съответствие с правилата за добра медицинска практика след приемането им по предвидения в закона ред, както и с наредбата по чл. 19, ал. 7, т. 15 ЗЗО.

(3) Страните по НРД могат да изготвят и актуализират критерии за качество и достъпност на медицинската помощ по всяко време на действие на този НРД.

(4) Директорът на съответната РЗОК прави комплексна оценка на критериите за качеството и достъпност на оказаната помощ от ИМП за период от 6 месеца за срока на действие на този НРД съгласно методика, разработена от НЗОК и БЛС, и я използва в случаите по чл. 59, ал. 11, т. 4 ЗЗО.

Глава десета.
ДОКУМЕНТАЦИЯ И ДОКУМЕНТООБОРОТ

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

1. първични медицински документи съгласно приложение № 2 "Първични медицински документи";

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

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

а) удостоверителни документи за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, издадени по реда на правилата за

координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДР на ЗЗО или международни договори за социална сигурност, по които Република България е страна;

б) документи съгласно приложение № 3 "Документи, свързани с оказване на медицинска и дентална помощ на лица, осигурени в други държави".

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

1. здравната документация по ал. 1, т. 1 и 3;

2. финансови документи за КДН съгласно приложение № 4 "Финансово-отчетни документи за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение";

3. електронни финансови отчетни документи.

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

Чл. 37. Изпълнителите на медицинска помощ в изпълнение на договорите си с НЗОК издават първични медицински документи в електронен формат, с изключение на "Рецептурна книжка на военноинвалид/военнопострадал" и "Рецептурна книжка на ветеран от войните".

Чл. 38. Документацията и документооборотът за ИМП се уреждат в специалната част на НРД.

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

Раздел I.
Общи положения

Чл. 39. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща в полза на ЗОЛ:

1. лекарствени продукти за домашно лечение на територията на страната;

2. медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната;

3. имунологични лекарствени продукти по национални програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 ЗЗ и дейностите по поставянето им - до размер, финансиран чрез трансфер от МЗ за съответните национални програми, както следва:

а) (изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) профилактични ваксини срещу човешки папилома вирус, осигуряващи изпълнението на Националната програма за първична профилактика на ракови заболявания, причинени от човешки папилома вирус (HPV) 2025 - 2030 г., приета с Решение № 223 от 9 април 2025 г. на Министерския съвет на Република България;

б) профилактични ваксини срещу ротавирусните гастроентерити, осигуряващи изпълнението на Националната програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2022 - 2025 г., приета с Решение № 445 от 7 юли 2022 г. на Министерския съвет на Република България, както и на последваща аналогична национална програма;

в) профилактични ваксини срещу сезонния грип, осигуряващи изпълнението на Национална програма за подобряване на ваксинопрофилактиката на сезонния грип и на пневмококовите инфекции при лица на и над 65-годишна възраст 2023 - 2026 г., приета с Решение № 65 от 26 януари 2023 г. на Министерски съвет на Република България.

(2) Лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни за специални

медицински цели по ал. 1, т. 1 и 2 се предписват, отпускат и заплащат от НЗОК за лечение на заболяванията, включени в списъка по чл. 45, ал. 4 ЗЗО, определен с решение на НС на НЗОК.

(3) Извън лекарствените продукти по ал. 1 НЗОК заплаща до размера на получените трансфери от Агенцията за социално подпомагане:

1. напълно лекарствени продукти, предписани и отпуснати на ветерани от войните при условията и по реда на наредбата по чл. 5, ал. 5 от Правилника за прилагане на Закона за ветераните от войните (ППЗВВ);

2. напълно и частично лекарствени продукти, предписани и отпуснати на военноинвалиди и военнопострадали по чл. 15, ал. 1 и 2 от Закона за военноинвалидите и военнопострадалите (ЗВВ), при условията и по реда на наредбата по чл. 15, ал. 5 ЗВВ.

(4) Лекарствените продукти по ал. 3, т. 1 са определени в списък, утвърден от министъра на здравеопазването на основание чл. 5, ал. 1 ППЗВВ, а лекарствените продукти по ал. 3, т. 2 - в списък, утвърден от министъра на здравеопазването на основание чл. 15, ал. 1 ЗВВ.

Раздел II.
Лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната, заплащани напълно или частично от НЗОК.

Списък с лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната

Чл. 40. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за лекарствени продукти за домашно лечение на територията на страната, включени в приложение № 1 на Позитивния лекарствен списък (ПЛС) по чл. 262, ал. 6, т. 1 ЗЛПХМ, за които са подадени заявления по реда на Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели и на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК (Наредба № 10 от 2009 г.).

(2) Лекарствените продукти по ал. 1 са посочени в списък, наричан "Списък с лекарствени продукти, които НЗОК заплаща по реда на Наредба № 10 от 2009 г. за условията, реда, механизма и критериите за заплащане от Националната здравноосигурителна каса на лекарствени продукти, медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, договаряне на отстъпки и възстановяване на превишените средства при прилагане на механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК" (Наредба № 10 от 2009 г.), който съдържа:

1. лекарствените продукти и всички данни за тях съгласно приложение № 1 на ПЛС, публикуван на официалната интернет страница на Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти;

2. НЗОК код за всеки лекарствен продукт;

3. код на търговец/и на едро с лекарствени продукти, посочени от притежателя на разрешението за употреба на всеки лекарствен продукт;

4. указания относно реда за предписване, отпускане и получаване:

а) група съобразно реда и начина на тяхното предписване по чл. 50, ал. 1;

б) вид на електронното предписание (единично или тройно) съгласно Наредба № 4 от

2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти (Наредба № 4 от 2009 г.);

в) вид на протокола съгласно чл. 58, ал. 1;

г) специални изисквания по предписването на лекарствени продукти, въведени от НЗОК за лекарствени продукти, които не се предписват по протокол.

(3) Националната здравноосигурителна каса чрез РЗОК уведомява ИМП за специалните изисквания по ал. 2, т. 4, буква "г", както и за промените в тях в срок не по-късно от 7 дни преди влизането им сила.

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

Чл. 41. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за медицински изделия за домашно лечение по списък, определен от НС на НЗОК, наричан "Списък с медицински изделия по групи, които НЗОК заплаща в условията на извънболничната медицинска помощ". Списъкът съдържа данни за всяко медицинско изделие:

1. група;

2. подгрупа;

3. група по технически изисквания;

4. код на НЗОК;

5. търговско наименование;

6. производител/търговец на едро (подал заявление за заплащане на съответното медицинско изделие от НЗОК);

7. заявител;

8. вид/форма;

9. размер; количество;

10. окончателна опаковка;

11. стойност, до която НЗОК заплаща медицинското изделие;

12. код - идентификатор;

13. условия и ред за предписване и отпускане.

(2) Националната здравноосигурителна каса издава указания за работа със списъка по ал. 1.

(3) Указанията по ал. 2 се съгласуват с БЛС преди влизането им в сила и се публикуват на интернет страницата на НЗОК.

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

Чл. 42. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за диетични храни за специални медицински цели по списък, определен от НС на НЗОК, наричан "Списък на диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК". Списъкът съдържа за всяка диетична храна:

1. група;

2. данни за диетичната храна - вид, подвид, форма, количество, окончателна опаковка, производител/вносител;

3. търговско наименование на диетичната храна;

4. код на НЗОК;

5. стойност, до която НЗОК заплаща диетичната храна;

6. стойност по чл. 18, ал. 2 от Наредба № 10 от 2009 г., заплащана от НЗОК, изразена в процент (%) от договорената цена;

7. условията за предписване и отпускане.

(2) Националната здравноосигурителна каса издава указания за работа със списъка по ал. 1.

(3) Указанията по ал. 2 се съгласуват с БЛС преди влизането им в сила и се публикуват на интернет страницата на НЗОК.

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

Чл. 43. Списъците с лекарствени продукти, медицински изделия, диетични храни за специални медицински цели, заплащани в условията на извънболнична медицинска помощ, както и указанията за тяхното прилагане се публикуват на официалната интернет страница на НЗОК в сроковете съгласно Наредба № 10 от 2009 г. и са задължителни за ИМП и за аптеките, които работят по договор с НЗОК.

Чл. 44. (1) Изпълнителите на медицинска помощ при изпълнение на своята дейност по договорите с НЗОК, свързана с предписване на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, задължително използват софтуерен продукт (медицински софтуер).

(2) Търговците на дребно с лекарствени продукти (аптеките) при изпълнение на своята дейност по договорите с НЗОК, свързана с отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, задължително използват софтуерен продукт (аптечен софтуер).

(3) Националната здравноосигурителна каса публикува на интернет страницата си основните изисквания към софтуерния продукт по ал. 2, обработващ електронните предписания, задължителните номенклатури и формата на отчетните електронни документи.

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

(5) С актуализационните файлове задължително се обновяват медицинските и аптечните софтуери по ал. 1 и 2.

(6) Медицинските софтуери следва да използват реализираните от НЗОК електронни услуги за контрол по издадените електронни предписания.

Чл. 45. (1) За хроничните заболявания, посочени в приложение № 5 "Списък на заболяванията, за които се издава "Рецептурна книжка на хронично болния", се издава "Електронна рецептурна книжка на хронично болния". Електронната рецептурна книжка се издава от ОПЛ, а за лишените от свобода лица - от ОПЛ или от лекари, работещи в лечебни заведения към Министерството на правосъдието, обслужващи тази категория лица.

(2) Електронната рецептурна книжка по ал. 1 се издава под формата на електронен документ, подписан с квалифициран електронен подпис (КЕП), съгласно изискванията на Регламент (ЕС) № 910/2014 на Европейския парламент и на Съвета от 23 юли 2014 г. относно електронната идентификация и удостоверителните услуги при електронни трансакции на вътрешния пазар и за отмяна на Директива 1999/93/ЕО (ОВ, L 257/73 от 28 август 2014 г.) и на Закона за електронния документ и електронните удостоверителни услуги (ЗЕДЕУУ).

(3) Националната здравноосигурителна каса издава указания за работа с електронната рецептурна книжка.

(4) Алинея 1 се прилага и при електронно предписване на медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната.

(5) Електронната рецептурна книжка обединява историческа информация за:

1. вписаните за ЗОЛ диагнози в Национален регистър "Рецептурни книжки" в ИИС;

2. издадените и изпълнени рецепти и електронни предписания на ЗОЛ;

3. информация за последно избрания ОПЛ на ЗОЛ.

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

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

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

Чл. 47. Лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни, заплащани от НЗОК, се предписват на:

1. здравноосигурени лица с непрекъснати здравноосигурителни права към момента на предписването;

2. лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, или от държава, страна по двустранна спогодба с Република България, към датата на извършване на предписанието.

Чл. 48. (1) Право да предписват лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели от списъците по чл. 43 имат:

1. лекари от лечебни заведения за извънболнична помощ, сключили договор с НЗОК;

2. лекари, работещи в лечебните заведения към Министерството на правосъдието - за лица, лишени от свобода.

(2) При осъществен временен избор предписанията се извършват от изпълнител на ПИМП, при когото е осъществен временният избор.

(3) В случаите на заместване на един лекар от друг заместникът, извършил електронното предписание, попълва личните си данни, ИАМН/РЗИ № на практиката на титуляря, уникалния идентификационен номер (УИН) на заместника и подписва с неговия личен КЕП.

(4) Наетите лекари в лечебните заведения - изпълнители на ПИМП, могат да издават електронно предписание, като попълват личните си данни, ИАМН/РЗИ № на практиката на титуляря, уникалния идентификационен номер (УИН) на наетия лекар и подписват с неговия личен КЕП.

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

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

(3) При хоспитализиране на ЗОЛ с хронични заболявания лекарят от лечебното заведение за извънболнична помощ може да предписва лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни без извършване на преглед. В тези случаи в амбулаторния лист в поле "анамнеза" се вписва, че предписанието се извършва за хоспитализирано лице и амбулаторният лист се подписва от

представител на пациента с вписани имена и ЕГН на представителя.

(4) В случай на хоспитализиране на ЗОЛ за периода на хоспитализацията лекарят от лечебно заведение за извънболнична помощ не предписва лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни, необходими за:

1. основното заболяване, за което е хоспитализирано лицето; това ограничение не се прилага при необходимост от предписване на медицински изделия - стоми на вече стомирани ЗОЛ, за периода на хоспитализация за провеждане на основно лечение по съответни КП и АПр;

2. новооткрито заболяване по време на стационарното лечение;

3. промяна на терапията за придружаващи хронични заболявания, назначена от лекар в извънболничната помощ и заплащана от НЗОК.

(5) Изпълнителите на медицинска помощ прилагат ал. 4 при наличие на информация по т. 1, 2 и 3 на ал. 4.

(6) Общопрактикуващият лекар и лекарят специалист проследяват ефекта от прилаганата терапия с лекарствени продукти за домашно лечение за заболяванията, включени в списъка по чл. 45, ал. 4 ЗЗО.

(7) При липса или недостатъчна ефективност от прилаганата лекарствена терапия лекарят, провеждащ диспансерно наблюдение, за заболяванията, за които има утвърден ред за диспансерно наблюдение, може да назначава заместваща лекарствена терапия освен в случаите на специални изисквания при назначена терапия по реда на чл. 78, т. 2 ЗЗО.

Чл. 50. (1) Лекарствените продукти, заплащани напълно или частично от НЗОК за домашно лечение, се разделят на две групи съобразно реда и начина на тяхното предписване, както следва:

1. група I - лекарствени продукти, в т.ч. по чл. 78, т. 2 ЗЗО, назначавани и предписвани с протокол;

2. група II - лекарствени продукти, които не се назначават и предписват с протокол.

(2) Терапията с лекарствени продукти по ал. 1, т. 2, назначена от лекар специалист, работещ в изпълнение на договор с НЗОК, се отразява в амбулаторния лист и в електронния отчет на лекаря за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат. Екземпляр от амбулаторния лист на ЗОЛ се съхранява от изпълнителя на СИМП.

(3) Терапията с лекарствени продукти по ал. 1, т. 2, назначена от лекар специалист, който не работи в изпълнение на договор с НЗОК, се отразява в "Медицинско направление" (бл. МЗ 119), което се предоставя на ОПЛ чрез ЗОЛ. В медицинския документ лекарствените продукти се посочват с техните международни непатентни наименования. В този случай специалистът няма право да предписва лекарствени продукти по реда, предвиден за предписване на лекарствени продукти, заплащани напълно или частично от НЗОК.

(4) Общопрактикуващият лекар има право съгласно назначената по ал. 3 от лекаря специалист терапия да предписва лекарствени продукти по международно непатентно наименование в рамките на съществуващите в списъка по чл. 40, ал. 2.

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

Чл. 51. (1) Лекарствените продукти се предписват на основание чл. 56, ал. 1 ЗЗО при спазване изискванията на действащото законодателство относно предписване на лекарствени продукти, приложения № 5 и № 6, както и сключените между лечебните заведения и НЗОК договори за оказване на медицинска помощ по чл. 59 ЗЗО.

(2) Назначаването и предписването на лекарствени продукти за конкретен по Международната класификация на болестите (МКБ) код на заболяване от списъка по чл. 45, ал. 4 ЗЗО се извършват при спазване на:

1. изискванията на Наредба № 4 от 2009 г.;

2. кратките характеристики на лекарствените продукти, неразделна част от разрешението им за употреба;

3. приложение № 6 "Кодове на заболяванията по списък, определен по реда на чл. 45, ал. 4 ЗЗО, и кодове на специалности на лекари, назначаващи терапия".

(3) Алинея 2 се прилага и при предписване на медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.

Чл. 52. (1) Не се допуска за лечението на едно ЗОЛ едновременно предписване на лекарствени продукти, принадлежащи към едно и също международно непатентно наименование, за повече от едно заболяване (един МКБ код) независимо от вида и броя на издадените електронни предписания.

(2) Не се допуска предписване от изпълнител на ПИМП и/или от лекар от СИМП на повече от три лекарствени продукта за едно заболяване (един МКБ код).

(3) Не се допуска дублиране на предписанията в рамките на валидност на електронното предписание съгласно Наредба № 4 от 2009 г.

(4) Не се допуска за лечението на едно ЗОЛ предписване с едно електронно предписание, респ. с една част от електронно предписание, на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.

(5) Напълно и частично заплащани от НЗОК лекарствени продукти се предписват с отделни електронни предписания независимо от ползвания образец.

(6) Назначените с един протокол лекарствени продукти се предписват с едно електронно предписание. Това правило се прилага и в случаите, когато с един протокол са назначени медицински изделия, както и диетични храни за специални медицински цели.

(7) При предписване на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, назначени с протокол, ОПЛ и лекарят специалист не могат да предписват ЛП, МИ и ДХСМЦ в количества, надвишаващи определените дневна, седмична, месечна доза и общо количество за срока на действие на протокола.

(8) Не се допуска предписването на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели на ЗОЛ в случаите, в които в издадената му електронна рецептурна книжка не е/са регистрирана/и съответната/ите диагноза/и или същата/ите е/са деактивирана/и от ОПЛ.

(9) (Изм. и доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.09.2024 г.) На едно електронно предписание могат да се предписват лекарствени продукти, свързани с лечението на различни заболявания, а на един протокол - един лекарствен продукт в до три дозови единици за едно заболяване. За лечение на едно заболяване се допуска предписване на до три лекарствени продукта.

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

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

Чл. 55. (1) Медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната се предписват електронно с отделно електронно

предписание при спазване на изискванията, посочени в списъка по чл. 41, ал. 1 или в списъка по чл. 42, ал. 1, както и в указанията по тяхното прилагане.

(2) Не се допуска едновременно предписване от изпълнител на ПИМП и/или от лекар от СИМП на медицински изделия и/или диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение на територията на страната за едно заболяване (един МКБ код), както и дублиране на предписанията в рамките на валидност на електронното предписание, съгласно Наредба № 4 от 2009 г.

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

Чл. 56. (1) С "Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК" (образец по приложение № 8 към чл. 24, ал. 1 от Наредба № 4 от 2009 г.) се предписват скъпоструващи лекарствени продукти, за които са налице следните условия:

1. включени са в приложение № 1 на ПЛС и се заплащат от НЗОК по реда на Наредба № 10 от 2009 г.;

2. в приложение № 1 на ПЛС за тези лекарствени продукти е посочено, че се извършва експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО;

3. издадено е експертно становище на специализираната комисия съгласно АПр № 38 "Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 от ЗЗО" (бл. МЗ-НЗОК № 13) или издаден "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1) от лекар специалист, изпълнител на СИМП.

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

(3) За определени лекарствени продукти по ал. 1, т. 1, за които в ПЛС е посочено, че са определени за проследяване ефекта от терапията на основание чл. 31а от Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, протоколите се издават от специализираните комисии по ал. 2, създадени в посочените в ПЛС лечебни заведения, които извършват проследяването.

(4) Обстоятелствата по ал. 3 стават част от съответните изисквания по чл. 61, ал. 1 при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарствени продукти.

(5) При издаването на протоколи за скъпоструващи лекарствени продукти, за които се извършва експертиза по чл. 78, т. 2 от ЗЗО, лицата/комисиите по ал. 2 и 3 могат да предписват лекарствените продукти/терапевтичните курсове съобразно тяхната разходна ефективност по смисъла на ЗЗО при условията и по реда на чл. 23а от Наредба № 4 от 2009 г.

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

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

(2) Протоколът по ал. 1 се издава под формата на електронен документ, подписан с КЕП, съгласно изискванията на Регламент (ЕС) № 910/2014 на Европейския парламент и на Съвета от 23 юли 2014 г. относно електронната идентификация и удостоверителните услуги при електронни трансакции на вътрешния пазар и за отмяна на Директива 1999/93/ЕО (ОВ, L 257/73 от 28 август 2014 г.) и на ЗЕДЕУУ.

(3) Всеки Е-протокол се издава въз основа на издаден медицински документ:

- "Амбулаторен лист" от специалист - изпълнител на СИМП, и/или

- "Решение на специализирана комисия" по АПр № 38 "Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 ЗЗО" от специализирана комисия, съгласно утвърдените Изисквания на НЗОК по заболявания.

(4) В амбулаторния лист, издаден от лекар - изпълнител на СИМП, освен задължителните атрибути, допълнително се отразява:

А. в поле "Терапия" се добавя следният текст:

- "желая да ми бъде отпуснато лечение с ЛП ..."

- "съгласен/а съм за използване на личните ми данни за целите на експертизата"

- "желая експертизата да се извърши в РЗОК..."

- "желая да бъда уведомен/а за резултата от експертизата от РЗОК ..."

- "разрешавам достъп до електронното ми здравно досие ...";

Б. в поле "Изследвания" се отразяват резултатите от проведени изследвания (МДИ, ВСМДИ) с техните стойности, отчетени от изпълнителите на МДД към НЗИС. ИМП имат достъп с електронен подпис чрез web услуги до резултатите от МДИ на ЗОЛ. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, който е основание за издаване на протокол, подписан от лекаря специалист и ЗОЛ (родител, настойник/приемен родител), се води по ред, определен от лечебното заведение и се съхранява от изпълнителя на СИМП.

(5) В случаите, при които специализираната комисия издава протокол, в медицински документ "Решение на специализирана комисия" по АПр № 38, в поле "Комисията взе решение за: ..." издаването на протокол се отразява в съответния чекбокс, след което допълнително се отразява:

А. в поле "Терапевтичен подход" се добавя следният текст:

- "Желая да ми бъде отпуснато лечение с ЛП ..."

- "Съгласен/а съм за използване на личните ми данни за целите на експертизата"

- "Желая експертизата да се извърши в РЗОК ..."

- "Желая да бъда уведомен/а за резултата от експертизата от РЗОК ..."

- "Разрешавам достъп до електронното ми здравно досие ...";

Б. в поле в медицински документ "Решение на специализирана комисия" (бл. МЗ-НЗОК № 13) по АПр № 38 пациентът (родител, настойник/приемен родител) удостоверява с подписа си информираност и желание относно назначената терапия, съгласие за използване на лични данни, начина на уведомление и разрешение за достъп до електронното му здравно досие. Екземпляр от "Решение на специализирана комисия" (бл. МЗ-НЗОК № 13)на хартиен носител, което е основание за издаване на протокол, подписано от членовете на специализираната комисия и ЗОЛ (родител, настойник/приемен родител), се съхранява от специализираната комисия.

(6) В случаите, при които специализираната комисия издава само "Решение на специализирана комисия" (бл. МЗ-НЗОК № 13), а протоколът е издаден от специалист - изпълнител на СИМП, на основание "Амбулаторен лист":

А. в медицински документ "Решение на специализирана комисия" (бл. МЗ-НЗОК № 13) по АПр № 38, в поле "Комисията взе решение за:" не се отразява с чекбокс "издаване на протокол", а се маркира някое от останалите полета, за които е взето решение;

Б. не се попълват поле за информираност и желание на пациента относно назначената терапия, съгласие за използване на лични данни и начина на уведомление, както и не е необходим подпис на пациента;

В. не е необходимо съхраняване на екземпляр от Решението на хартиен носител.

(7) За нуждите на назначаване на лекарствената терапия по протокол специалистът/членовете на специализираната комисия достъпват медицинска и друга информация/документи, съдържащи се в Национална здравно-информационна система (НЗИС) и/или

в информационната система на НЗОК.

(8) Към всеки протокол, с който е назначена лекарствена терапия, се прилагат документите по чл. 63, ал. 1, след което документите се изпращат по електронен път към информационната система на НЗОК. Документите по чл. 63, ал. 1, които съществуват в НЗИС/информационната система на НЗОК, се декларират в Е-протокола с техните уникални номера (НРН).

Информацията, относима към издаване на Е-протокола, която е в документ, който няма електронен формат, се попълва в амбулаторния лист от прегледа/в Решението на специализирана комисия - основание за издаване на Е-протокола, или документът се прилага като сканирано копие.

(9) Подаването на документите по ал. 8 за одобрение на лечение по протокол се извършва посредством електронна услуга от типа B2B.

(10) При получаване на протокола в информационната система на НЗОК се извършва автоматична проверка. При констатиране на грешки системата на НЗОК връща информация на специалиста.

(11) При получаване на протокола в информационната система на НЗОК се извършва автоматична проверка. При констатиране на грешки в протокола, свързани с регистрационни данни и номенклатури, специалистът/комисията по чл. 56, ал. 2, издал/а протокола, получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК. В този случай подаденият протокол не се обработва от НЗОК до получаване на нов протокол с коректни данни.

(12) Грешки по ал. 11 могат да са:

1. несъответствия в регистрационни номера на лечебните заведения, УИН на лекарите, код на специалност на лекаря, валидност на договор с НЗОК, регистрационни данни на ЗОЛ;

2. несъответствия с номенклатурите, публикувани на интернет страницата на НЗОК, относими към издаване на протоколите - лекарствени продукти по чл. 56, ал. 1, заболявания, начин на предписване, възрастови ограничения и др.

(13) За всеки подаден протокол се генерира национален уникален номер (НРН) в информационната система на НЗОК, който се връща към лекарския софтуер. За подадения протокол не се генерира номер от лекарския софтуер.

(14) Процесът с подаване на протокол приключва:

- със съобщение за успешно подаване при протоколи 1С без експертиза и

- връщане на НРН или след подаване на съобщение на край от страна на медицинския софтуер в случаите, при които се изисква експертиза и се прилагат документи.

От момента на отговор за успешно подаване започват да текат нормативно установените срокове за разглеждане на протокол.

(15) Протоколът с приложените към него документи се разглежда в ЦУ на НЗОК или РЗОК в съответствие с чл. 58.

(16) В случай че подадената по електронен път документация е недостатъчна за нуждите на медицинската експертиза, РЗОК чрез информационната система уведомяват издателя на протокола за необходимостта от предоставяне на допълнителна информация. Електронният протокол не се разглежда и одобрява до получаване на пълна документация съгласно утвърдените изисквания за съответното заболяване.

Чл. 58. (1) С "Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК" се назначава терапия със:

1. лекарствени продукти от група ІА - протоколите за тях се разглеждат от комисия в Централното управление (ЦУ) на НЗОК, която извършва експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО, и се утвърждават с решение на управителя на НЗОК съгласно Изискванията на НЗОК при издаване и утвърждаване на протоколи за конкретни заболявания;

2. лекарствени продукти от група IB - протоколите за тях се разглеждат от комисия в РЗОК, която извършва експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО, и се утвърждават с решение на директора на РЗОК, с изключение на лекарствени продукти, за които изрично е посочено в съответните Изисквания на НЗОК при издаване и утвърждаване на протоколи за конкретни заболявания, че се разглеждат от комисията в ЦУ на НЗОК по т. 1 и се утвърждават с решение на управителя на НЗОК;

3. лекарствени продукти от група IC - протоколите за тях се утвърждават в РЗОК; за определени лекарствени продукти, посочени в съответните Изисквания на НЗОК и утвърждаването на протоколи за конкретни заболявания, се извършва след:

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

или

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

(2) Информация за утвърдените протоколи, както и за отказите от утвърждаване на протоколите се предоставя от съответната РЗОК.

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

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

Чл. 60. На ЗОЛ, получаващи лекарства от група IA по протокол, не могат да бъдат предписвани други лекарствени продукти от приложение № 1 на ПЛС, предназначени за лечение на същото заболяване, за срока на действие на протокола.

Чл. 61. (1) За разрешаване на отпускането на лекарствени продукти по чл. 58 НЗОК и външни експерти, специалисти по съответните заболявания, определени със заповед на управителя на НЗОК, съвместно изготвят изисквания при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарствени продукти съгласно приложение № 7 "Образец на Изисквания на НЗОК при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарствени продукти".

(2) Изискванията по ал. 1 отговарят на кратките характеристики на продуктите и съдържат:

1. лечебното/ите заведение/я, в което се диагностицира заболяването и което назначава терапия с протокол по чл. 58, ал. 1 и извършва оценка на ефективността на проведеното лечение;

2. ред за утвърждаване и заверяване на протоколите;

3. необходими документи;

4. лист за определяне на критериите при издаване на протоколи;

5. лечебно-диагностичен алгоритъм;

6. периодичност на контролните прегледи;

7. необходими медико-диагностични изследвания и референтни стойности на показатели за проследяване на ефективността на лечението.

(3) Изискванията по ал. 1 се утвърждават от управителя на НЗОК след решение на НС и предварително съгласуване с БЛС. Изискванията, както и всички промени в тях се обнародват от управителя на НЗОК в "Държавен вестник" и се публикуват на интернет страницата на НЗОК:

www.nhif.bg.

(4) Изискванията по ал. 1 не могат да се изменят и/или допълват повече от два пъти през една календарна година.

(5) Националната здравноосигурителна каса чрез РЗОК уведомява ИМП за приетите и обнародвани изисквания по ал. 3, както и за съответните им изменения и/или допълнения. Изискванията са задължителни за ИМП.

(6) При назначаване на терапия по чл. 58, ал. 1 за конкретно заболяване следва да се спазват съответните изисквания по ал. 2.

Чл. 62. (1) Всеки протокол се издава за брой лечебни курсове за срок до 365 дни от датата на служебната му заверка в РЗОК.

(2) Промяна на първоначалната терапия се извършва само при медицински доказана необходимост по ред и начин, указани в изискванията по чл. 61.

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

1. медицинска документация, относима към издаването на протокола и извършване на експертизата;

2. удостоверение от РЗОК за право на получаване на медицинска помощ в Република България за лице, което не е здравноосигурено в НЗОК съгласно чл. 33 от ЗЗО;

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

(2) Подадените на хартиен носител документи се съхраняват от специалиста/комисията по чл. 56, ал. 2. Документите (амбулаторните листове, епикризи, изследвания), които съществуват в НЗИС/информационната система на НЗОК, се декларират в протокола с техните уникални номера (НРН). Информацията, относима към издаване на Е-протокола, която е в документ, който няма електронен формат, се попълва в амбулаторния лист от прегледа на специалиста/в Решението на специализирана комисия - основание за издаване на протокола, или документът се прилага като сканирано копие.

(3) В случай на необходимост се изисква от заявителя/институция допълнителна информация - медицинска или за здравноосигурителни вноски, извън изискуемите документи, за всеки отделен случай. До представяне на изискваните документи срокът за издаване на решение за утвърждаване/отказ от утвърждаване на протокола спира да тече.

(4) Протоколът по чл. 58, ал. 1 с назначена лекарствена терапия и приложените към него документи се разглежда от комисия в ЦУ на НЗОК или РЗОК, която извършва експертиза по чл. 78, т. 2 ЗЗО или протоколът се утвърждава в РЗОК, в съответствие с чл. 58, ал. 1 и съобразно правилата за тяхната работа.

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

(6) Всеки протокол се утвърждава с решение или за него се издава решение за отказ за утвърждаване от управителя на НЗОК, респ. от директора на РЗОК. Решенията се съобщават, респ. връчват, на ЗОЛ от РЗОК чрез посочения в документите по чл. 57, ал. 3 начин.

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

Чл. 64. Действието на утвърден "Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК" се прекратява с решение на управителя на НЗОК/директора на РЗОК в следните

случаи:

1. смърт на пациента;

2. промяна на терапията, дозата или прекратяване на лечението, вкл. и в случаите на поява на нежелани лекарствени реакции;

3. при промяна на условията, реда и начина на предписване и/или за отпускане на лекарствения продукт в приложимата нормативна уредба;

4. в случаите, когато комисията в ЦУ на НЗОК отмени протокол, издаден от комисията в РЗОК;

5. при изключване на лекарствения продукт, който е назначен с утвърдения протокол, от приложение № 1 на ПЛС;

6. при прекратяване на заплащането от НЗОК на скъпоструващия лекарствен продукт, който е назначен с утвърдения протокол (по желание на притежателя на разрешението за употреба/негов упълномощен представител или при недоговаряне на отстъпка, когато продуктът подлежи на задължително централизирано договаряне на отстъпки съгласно чл. 45, ал. 10 от ЗЗО);

7. при постъпила в НЗОК информация от притежателя на разрешението за употреба/негов упълномощен представител за липса или недостиг на българския пазар на количества от лекарствения продукт повече от 3 месеца поради производствени или други причини/проблеми.

Чл. 65. Отказ за утвърждаване на "Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК", с който са предписани лекарствени продукти от група IA, за които изрично е посочено в съответните изисквания на НЗОК при издаване и утвърждаване на протоколи за конкретни заболявания, че се разглеждат и утвърждават от комисията в ЦУ на НЗОК за извършване на експертизи по чл. 78, т. 2 ЗЗО, може да бъде направен на основанията, установени в Правилника за устройството и дейността на Националната здравноосигурителна каса, в частта "Експертизи".

Чл. 66. (1) Районната здравноосигурителна каса на основанията, установени в акта по чл. 65, може да откаже утвърждаване на протокол:

1. за лекарства от група IB;

2. за определени лекарства от група IC, посочени в съответните Изисквания на НЗОК при издаване и утвърждаване на протоколи за конкретни заболявания, за които съгласно чл. 58, ал. 1, т. 3, предложение второ, е установен специален ред за утвърждаване на протокола.

(2) Отказът от утвърждаване на протокол се издава в съответствие с чл. 59, ал. 1 и 2 от АПК и влиза в сила след изтичане на 14-дневния срок от съобщаването му на лицето, подало документите по чл. 63, ал. 1.

Чл. 67. (1) Всеки утвърден протокол, както и неутвърден протокол, и решението за отказ за утвърждаването му са достъпни в информационната система на НЗОК чрез електронна услуга за следните лица:

1. изпълнителите на първична извънболнична медицинска помощ (само за лицата от пациентската им листа при осъществен постоянен, респ. временен избор) - за издаване на електронно предписание, съответстващо на лекарствената терапия по утвърдения протокол, при спазване на изискването на чл. 28 от Наредба № 4 от 2009 г.;

2. лекарите по чл. 48, ал. 1, т. 2, работещи в лечебните заведения към Министерството на правосъдието - за лица, лишени от свобода - за издаване на електронно предписание, съответстващо на лекарствената терапия по утвърдения протокол, при спазване на изискването на чл. 28 от Наредба № 4 от 2009 г.;

3. специалистите по профила на заболяването, работещи в лечебни заведения - изпълнители на извънболнична медицинска помощ и от специализирани комисии в лечебни заведения - изпълнители на болнична медицинска помощ, с цел издаване на последващ протокол -

след получено разрешение за достъп от ЗОЛ до електронното му здравно досие;

4. ЗОЛ, подали документите по чл. 63, ал. 1.

(2) Не се допуска издаване на електронно предписание с лекарствена терапия, назначена с протокол:

1. едновременно от ОПЛ и специалист за един и същ период на лечение;

2. извън срока на валидност на протокола;

3. при неспазване на утвърдената схема на лечение в протокола.

Чл. 68. (1) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) Рецептите, с които са предписани лекарствени продукти, съдържащи наркотични и упойващи вещества, се изпълняват в аптеки, работещи по договор с НЗОК без оглед на тяхното месторазположение или избора на изпълнител на ПИМП от ЗОЛ.

(2) Електронните предписания на лекарствени продукти за хронични заболявания, лекарствени продукти от групи IA, IB и IC, както и всички останали лекарствени продукти извън посочените в ал. 1, както и електронните предписания на медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, се изпълняват в аптеки, работещи по договор с НЗОК, без оглед на тяхното месторазположение или избора на изпълнител на ПИМП от ЗОЛ.

Чл. 69. Електронните предписания и протоколите имат срок на валидност, установен в Наредба № 4 от 2009 г.

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

Чл. 70. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща предписаните и отпуснатите на ЗОЛ лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за домашно лечение на територията на страната по ред, начин и в срокове, определени в Наредба № 10 от 2009 г. и сключените договори с притежатели на разрешение за извършване на търговия на дребно с лекарствени продукти в аптека.

(2) За един и същ период на лечение НЗОК заплаща до три лекарствени продукта, предписани на ЗОЛ за едно заболяване, независимо от реда и начина на извършване на предписанията, вида и броя на електронните предписания, с които те са предписани.

(3) За лекарствените продукти по ал. 1 НЗОК не може да заплаща на притежателите на разрешение за търговия на дребно стойност, която е по-висока от максималната стойност, определена за заплащане с публични средства по реда на наредбата по чл. 261а, ал. 5 от ЗЛПХМ.

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

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

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

(2) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) В случай на хоспитализиране на ЗОЛ за периода на хоспитализацията НЗОК не заплаща лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни, предписани от лекар от лечебно заведение за извънболнична помощ, в случай на неспазване изискванията по чл. 49, ал. 4.

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

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

1. (изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) профилактични ваксини срещу човешки папилома вирус, осигуряващи изпълнението на Националната програма за първична профилактика на ракови заболявания, причинени от човешки папилома вирус (HPV) 2025 - 2030 г., приета с Решение № 223 от 9 април 2025 г. на Министерския съвет на Република България;

2. профилактични ваксини срещу ротавирусните гастроентерити, осигуряващи изпълнението на Националната програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България 2022 - 2025 г., приета с Решение № 445 от 7 юли 2022 г. на Министерския съвет на Република България, както и на последваща аналогична национална програма;

3. профилактични ваксини срещу сезонния грип и на пневмококовите инфекции при лица на и над 65-годишна възраст, осигуряващи изпълнението на Национална програма за подобряване на ваксинопрофилактиката на сезонния грип и на пневмококовите инфекции при лица на и над 65-годишна възраст 2023 - 2026 г., приета с Решение № 65 от 26 януари 2023 г. на Министерски съвет на Република България.

Чл. 73. (1) (Изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) Препоръчителните имунизации се извършват:

1. против човешки папилома вирус - от общопрактикуващия лекар от лечебно заведение за ПИМП, от лекаря специалист по "Детски болести" или по "Акушерство и гинекология" от лечебно заведение за СИМП на лица от целевите групи, определени в програмата;

2. против ротавирусните гастроентерити и сезонния грип - от общопрактикуващия лекар от лечебно заведение за ПИМП на лица, вписани в регистрите им, от целеви групи, определени в програмите по чл. 72.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) Лекарите по ал. 1 извършват съответните имунизации при спазване на изискванията, установени в чл. 11 от Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България (Наредба № 15 от 2005 г.), и при изразена воля за имунизиране от страна на лицето, респ. законния представител (родител/настойник) на лицето, обективизирана с подпис на лицето, респ. законния представител, в амбулаторния лист.

(3) Имунизацията се счита за завършена след прилагане на посочените в националните програми/кратките характеристики на продуктите дози. Приложените дози следва да бъдат от един и същ вид ваксина, с едно и също търговско наименование.

Раздел IV.
Лекарствени продукти, предписвани и отпускани на ветерани от войните, на военноинвалиди и военнопострадали

Чл. 74. (1) Право да предписват лекарствени продукти от списъците по чл. 5, ал. 1 от ППЗВВ имат всички лекари по чл. 4 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ.

(2) Лекарствените продукти по ал. 1 се предписват при условията и по реда на наредбата по чл. 5, ал. 5 от ППЗВВ.

(3) Право да предписват лекарствени продукти от списъците по чл. 15, ал. 1 ЗВВ имат

всички лекари, сключили договор с НЗОК за оказване на извънболнична помощ.

(4) Лекарствените продукти по ал. 3 се предписват при условията и по реда на наредбата по чл. 15, ал. 5 от ЗВВ.

Чл. 75. (1) Лекарствените продукти, предписани на ветерани от войните, на военноинвалиди и военнопострадали, се отпускат в аптеки, открити от притежатели на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти, сключили договори с НЗОК на основание наредбата по чл. 5, ал. 5 от ППЗВВ, респ. наредбата по чл. 15, ал. 5 от ЗВВ.

(2) Отпускането на лекарствените продукти се осъществява при условията и по реда, установени в наредбите по ал. 1.

Глава дванадесета.
ДЕЙНОСТ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА

Чл. 76. (1) Лечебните заведения, сключили договор за оказване на медицинска помощ с НЗОК, осъществяват дейностите и водят документация, свързани с медицинската експертиза на работоспособността, при условията и по реда на ЗЗ, Наредбата за медицинската експертиза, Наредба № 9 от 2019 г., Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (Правилника) и НРД.

(2) В изпълнение на сключените с НЗОК договори за оказване на ПИМП или СИМП при необходимост ОПЛ или лекарите специалисти извършват:

1. медицинска експертиза на временната неработоспособност:

а) издаване на първичен болничен лист;

б) издаване на продължение на болничен лист;

2. насочване за медицинска експертиза към лекарска консултативна комисия (ЛКК);

3. подготвяне на документи за представяне пред Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК) съобразно приложения № 4 и № 5 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.;

4. дейност, свързана с подготовка за освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК при условията и по реда на чл. 22, ал. 2 от Правилника.

(3) В изпълнение на сключените с НЗОК договори за оказване на СИМП при необходимост ЛКК от лечебните заведения за СИМП извършват:

1. освидетелстване на лицата съгласно чл. 23, ал. 1 от Правилника;

2. подготвяне на документи за представяне пред ТЕЛК съобразно Наредба № 9 от 2019 г.;

3. освидетелстване на лицата за снабдяване с помощни средства, приспособления и съоръжения и медицински изделия.

(4) В изпълнение на сключените договори за оказване на БП по КП и КПр/АПр при необходимост се извършва медицинска експертиза на работоспособността.

Чл. 77. По преценка на ОПЛ или лекар - специалист от лечебно заведение за СИМП, за нуждите на медицинската експертиза на работоспособността същият издава на ЗОЛ:

1. "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6) - при необходимост от прегледи и консултации със съответен специалист или към ЛКК, когато нормативната уредба предвижда медицинската експертиза да се извършва от ЛКК;

2. "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4) - при необходимост от СМДИ и/или ВСМДИ;

3. "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А) - при необходимост от ВСМД; издава се от лекар - специалист от изпълнител на извънболнична медицинска помощ; ОПЛ издава "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл.

МЗ-НЗОК № 3А) само за ВСМД, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ, и ВСМД от пакет "Анестезиология и интензивно лечение";

4. при трайно намалена работоспособност, която не е предшествана от временна неработоспособност или намалена възможност за социална адаптация, ОПЛ насочва болния към ТЕЛК с медицинско направление за ТЕЛК съгласно Правилника.

Чл. 78. (1) При насочване към ЛКК лекарят по чл. 77 представя необходимата медицинска документация.

(2) При подготовката за ЛКК ЗОЛ се насочва за прегледи към специалисти от лечебни заведения за СИМП, сключили договор с НЗОК, с "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6).

(3) Лекарската консултативна комисия, сформирана в лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ, назначава допълнителни СМДИ и/или ВСМДИ, или консултации, ако са необходими, с "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4) и/или с "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6).

(4) Член на ЛКК, сформирана в лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ, няма право да насочи ЗОЛ за допълнителни медико-диагностични изследвания или консултации към самия себе си.

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

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

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

Чл. 80. (1) Когато нормативната уредба предвижда медицинската експертиза да се извършва от ТЕЛК, ЛКК подготвя необходимата документация на ЗОЛ и я насочва за експертиза пред ТЕЛК.

(2) Когато е налице трайно намалена работоспособност, която не е предшествана от временна неработоспособност, ОПЛ насочва болния към ТЕЛК с медицинско направление за ТЕЛК съгласно Правилника.

(3) За насочване към ТЕЛК ЛКК съставя медицински протокол и прилага съответната медицинска документация във вид и обем съгласно Наредба № 9 от 2019 г.

(4) Пациентът представя в регионалната картотека на медицинските експертизи (РКМЕ) медицинския протокол по ал. 3, придружен от молба и съответната медицинска документация.

(5) Когато се прецени, че представеният протокол не е достатъчно изчерпателен съгласно приложения № 4 и № 5 на Наредба № 9 от 2019 г., РКМЕ е в правото си да го върне на съответната ЛКК за допълнителни изследвания или консултации.

(6) При необходимост ЛКК назначава допълнителни изследвания или консултации по реда на чл. 78, ал. 3.

Чл. 81. (1) Дейността на лечебното заведение, свързана с изясняването и уточняването на здравословното състояние на лицата и с подготовката им за освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК или Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК), се осигурява от НЗОК.

(2) В случай че за нуждите на медицинската експертиза на работоспособността, в частта подготовка за преосвидетелстване от ТЕЛК (НЕЛК), са необходими:

1. прегледи и консултации със съответен специалист - ОПЛ или лекарят специалист, или

ЛКК издава на ЗОЛ "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6);

2. СМДИ - ОПЛ или лекарят специалист, или ЛКК издава на ЗОЛ "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4);

3. (доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) ВСМДИ - специалистът или ЛКК издава на ЗОЛ "Направление за медико-диагностични изследвания" (бл. МЗ-НЗОК № 4); ОПЛ издава "Медицинско направление за медико-диагностични изследвания" (бл. МЗ-НЗОК № 4) само за ВСМДИ, посочени в чл. 150, ал. 8;

4. ВСМД - лекарят специалист или ЛКК издава "Медицинско направление за високо-специализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А); ОПЛ издава "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А) само за ВСМД, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложение № 8 "Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ", и ВСМД от пакет "Анестезиология и интензивно лечение".

Чл. 82. Преосвидетелстването се осъществява както по искане на освидетелстваното лице, така и по преценка на ТЕЛК (НЕЛК). За нуждите на преосвидетелстването лечебните заведения осъществяват дейност по реда, описан по-горе и регламентиращ процеса на освидетелстване по НРД.

Чл. 83. (1) При подготовка за ТЕЛК (НЕЛК) (за освидетелстване или преосвидетелстване) лечебните заведения осъществяват дейност (медицински консултации, изследвания и издават документи) съобразно конкретните заболявания и в обхват, регламентирани в Наредба № 9 от 2019 г.

(2) При подготовка за ТЕЛК (НЕЛК) за освидетелстване или преосвидетелстване лекарите в лечебните заведения могат да прилагат медицински консултации, епикризи и изследвания, извършени по друг повод за последните 12 месеца и регламентирани в Наредба № 9 от 2019 г.

(3) След представяне на документите в ТЕЛК (НЕЛК), по искане на последните, се назначават само ВСМДИ с "Направление за медико-диагностични изследвания" (бл. МЗ-НЗОК № 4).

Глава тринадесета.
ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СТРАНИТЕ ПО ИНФОРМАЦИОННОТО ОСИГУРЯВАНЕ И ОБМЕНА НА ИНФОРМАЦИЯ

Чл. 84. (1) Изпълнителите на медицинска помощ са задължени да събират, поддържат, съхраняват и предоставят на НЗОК/РЗОК информация:

1. на хартиен носител, съгласуван с БЛС - за документи, на които е положен подпис на пациента на хартиен носител;

2. финансови отчетни документи - на хартиен носител или в електронен вид;

3. в електронен вид в определен от НЗОК формат - за отчитане на ИМП за извършената от тях дейност в полза на ЗОЛ, съдържащ атрибутите от първичните медицински документи съгласно приложение № 2 "Първични медицински документи".

(2) Документите по ал. 1, т. 2 и 3, издадени като електронни документи, се съхраняват в специализирания медицински софтуер на ИМП, а тези по ал. 1, т. 1 се съхраняват и на хартиен носител.

(3) С цел гарантиране сигурността на обменяните данни и защита на информацията при осъществяване на дейностите по ал. 1 ИМП следва да спазват минималните изисквания за мрежова информационна сигурност в изпълнение на изискванията на Наредбата за минималните изисквания за мрежова и информационна сигурност.

Чл. 85. Обемът и видът на информацията по чл. 84, ал. 1 се използват за изграждане и поддържане на регистрите на НЗОК по чл. 63, т. 1 и 2 ЗЗО и НРД.

Чл. 86. Обемът и видът на предоставяната информация са определени в НРД, като се

спазват реквизитите на установените в този договор документи.

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

Чл. 88. (1) Националната здравноосигурителна каса предоставя обратна информация на УС на БЛС на тримесечен период за изпълнението на бюджета и дейностите по вид и обем на национално и регионално ниво.

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

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

Чл. 90. При промени в нормативната база, които налагат изменение на работните процедури и изискванията към медицинския софтуер, промените се публикуват на интернет страница на НЗОК в срок не по-малък от 30 дни преди началото на периода, от който се изисква да бъде приложено изменението, в случай че срокът не противоречи на влизането в сила на нормативния акт.

Чл. 91. Българският лекарски съюз своевременно уведомява НЗОК при промяна на УИН на лекарите.

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

Чл. 93. (1) Националната здравноосигурителна каса обявява на своята интернет страница формати на електронни документи за отчитане на договорената и извършена по този договор медицинска дейност.

(2) Данните от електронните документи, структурирани във формата по ал. 1, подлежат на предварителен контрол съгласно правила, изготвени по реда на чл. 3.

Чл. 94. Националната здравноосигурителна каса е задължена да използва и предоставя данните, свързани с личността на ЗОЛ и ИМП, в съответствие с изискванията по чл. 68, ал. 1 и 2 ЗЗО и Закона за защита на личните данни.

Чл. 95. Националната здравноосигурителна каса е задължена чрез РЗОК да предоставя на ЗОЛ при поискване информация за ИМП и аптеките, сключили договор с РЗОК, съдържаща данните по чл. 64, ал. 2 ЗЗО.

Чл. 96. (1) Националната здравноосигурителна каса е задължена да предоставя на лечебните заведения за ПИМП информация за промените в регистрите по чл. 137 през портала на НЗОК.

(2) Информацията по ал. 1 се предоставя след приключване на обработките в информационната система на НЗОК.

Глава четиринадесета.
УСЛОВИЯ И РЕД ЗА КОНТРОЛ ПО ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ДОГОВОРИТЕ

Чл. 97. (1) Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се извършва в съответствие с раздел X от ЗЗО и глава двадесета.

(2) Условията и редът за осъществяване на контрол по ал. 1 се определят в глава

двадесета и с инструкция, издадена от управителя на НЗОК на основание чл. 72, ал. 10 ЗЗО, която се публикува на официалната интернет страница на НЗОК.

Чл. 98. (1) Управителят на НЗОК упражнява цялостен контрол по изпълнението на договорите чрез:

1. длъжностни лица - служители на НЗОК;

2. длъжностни лица от РЗОК - контрольори.

(2) Директорът на РЗОК упражнява контрол върху изпълнението на договорите чрез длъжностни лица на РЗОК - контрольори.

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

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

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

Глава петнадесета.
САНКЦИИ ПРИ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРИТЕ

Чл. 100. При констатирани нарушения от длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 ЗЗО по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се налагат санкции, предвидени в глава двадесет и първа, и/или глоби или имуществени санкции съгласно административнонаказателните разпоредби на ЗЗО.

Чл. 101. (1) На територията, обслужвана от РЗОК, се конституират арбитражни комисии за оспорване на констатациите на длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 ЗЗО:

1. длъжностни лица - служители на НЗОК;

2. длъжностни лица от РЗОК - контрольори.

(2) Арбитражните комисии по ал. 1 се създават в съответствие с чл. 75 ЗЗО и осъществяват своята дейност при условията и по реда, определени в глава двадесет и първа, раздел I V.

Глава шестнадесета.
ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ДОГОВОР С ИЗПЪЛНИТЕЛ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Чл. 102. (1) Договорът с ИМП се прекратява, без която и да е от страните да дължи предизвестие:

1. по взаимно съгласие между страните, изразено писмено;

2. с изтичане на уговорения срок;

3. при смърт или поставяне под запрещение на лекаря, регистрирал индивидуална практика за извънболнична медицинска помощ - от момента на смъртта или от датата на постановяване на съдебното решение за поставяне под запрещение;

4. при заличаване на регистрацията ИАМН на лечебното заведение изпълнител при условията на чл. 45 ЗЛЗ или отнемане на разрешението за осъществяване на лечебна дейност при условията на чл. 51 ЗЛЗ - от датата на съобщаване на лечебното заведение на акта на заличаването или на акта на отнемане на разрешението;

5. при заличаване на лекаря, регистрирал индивидуалната практика за първична или

специализирана медицинска помощ, от регистъра на БЛС, за което председателят на РК на БЛС незабавно уведомява РЗОК - от датата на влизане в сила на акта на заличаването;

6. при прекратяване, ликвидация или обявяване в несъстоятелност на изпълнител - юридическо лице или едноличен търговец - от момента на настъпване на съответното юридическо събитие;

7. при настъпила обективна невъзможност за изпълнение на целия или на част от договора - изцяло, или частично - по отношение на съответната част;

8. при отнемане на правото на лекар, регистрирал индивидуална практика, да упражнява медицинска професия в Република България.

(2) В случаите на заличаване от регистъра на съответната РК на БЛС при настъпила обективна невъзможност за изпълнение на договора или отнемане на правото да упражнява медицинска професия на лекар, работещ в лечебно заведение, което не е регистрирано като индивидуална практика, договорът се прекратява частично по отношение на този лекар.

Чл. 103. (1) Договорът с ИМП се прекратява без предизвестие от страна на НЗОК, когато:

1. изпълнителят е прекратил дейността си за повече от 20 дни, без да е уведомена РЗОК;

2. изпълнителят не представи отчети за извършена дейност - повече от 3 последователни месеца;

3. в случай че изпълнителят не отговаря на условията за извършване на съответната дейност, установени в нормативен акт или НРД;

4. договорът е сключен в нарушение на нормативен акт или НРД.

(2) В случаите по чл. 59, ал. 11, т. 1 и 2 ЗЗО договорът с ИМП се прекратява без предизвестие от страна на НЗОК по реда на глава двадесет и първа.

(3) В случаите, в които по време на действащия НРД е влязла в сила санкция "прекратяване на договор" по чл. 59, ал. 11, т. 1 или 2 от ЗЗО, издадена по реда на предходен НРД, договорът, сключен в съответствие с действащия НРД, се прекратява.

(4) (Нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) В случаите на ал. 2 и 3 лекарят, посочен като извършил отчетена неизвършена дейност, не се вписва в приложение № 1 "Списък на специалистите, работещи по КП/АПр/КПр" по съответната КП/АПр/КПр, т. е. същият не участва като изпълнител по прекратената дейност в договорите на лечебните заведения за оказване на болнична помощ, за срок от 12 месеца.

Чл. 104. Договорът може да се прекрати с писмено предизвестие от страна на ИМП в следните срокове:

1. за изпълнител на ПИМП - един месец, доколкото страните не са уговорили по-дълъг срок, но не повече от три месеца;

2. за изпълнител на СИМП - 15 дни, доколкото страните не са уговорили по-дълъг срок, но не повече от един месец;

3. за изпълнител на БП (КП/КПр/АПр) и КДН - един месец, доколкото страните не са уговорили по-дълъг срок, но не повече от три месеца.

Чл. 105. (1) Прекратяването на договор с ИМП не освобождава НЗОК от задължението да заплати на същия извършените дейности до прекратяването на договора по представени отчетни документи.

(2) Прекратяването на договор с изпълнител на медицинска помощ не освобождава ИМП от задълженията за възстановяване на суми по реда на глава двадесет и първа.

Част втора.
СПЕЦИАЛНА ЧАСТ

Глава седемнадесета.
ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

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

Чл. 106. Страна по договор с НЗОК може да бъде лечебно/здравно заведение, което отговаря на общите условия на глава седма и специалните условия в този раздел.

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

Чл. 108. (1) Лечебно заведение за ПИМП/лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, желаещо да сключи договор с НЗОК, следва да има регистрирани ЗОЛ, осъществили правото си на свободен избор на ОПЛ.

(2) Не се установява долна и горна граница на броя ЗОЛ, осъществили правото си на избор на ОПЛ.

Чл. 109. Лечебните заведения за ПИМП/лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ могат да ползват общи помещения и оборудване съгласно приложение № 9.

Чл. 110. В случаите на повече от един адрес на помещенията, където лечебното заведение - изпълнител на ПИМП, извършва лечебната си дейност за функциониращото и наличното оборудване важат изискванията съгласно приложение № 9. То е задължително само за един от изброените адреси на лечебното заведение, посочен изрично в договора с НЗОК. За останалите адреси на практиката се спазват изискванията на ИАМН/РЗИ.

Чл. 111. Общопрактикуващи лекари, включително и тези, които работят в лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, или членовете на групови практики за ПИМП могат да работят по договор с НЗОК, освен като ОПЛ, така и в дежурен кабинет, разкрит към лечебни заведения по реда на Наредба № 9 от 2019 г.

Чл. 112. Националната здравноосигурителна каса сключва договори с лечебни заведения за СИМП/лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ за извършване на всички общомедицински и всички специализирани медицински дейности от дадена специалност от съответния пакет съгласно Наредба № 9 от 2019 г.

Чл. 113. Лечебно заведение за СИМП/лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, желаещо да сключи договор с НЗОК, следва да отговаря на посочените в глава седма общи условия, както и да има функциониращо и налично в лечебното заведение медицинско и техническо оборудване и обзавеждане съгласно приложение № 10 "Изисквания за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на СИМП".

Чл. 114. Лечебно заведение за СИМП и СМДЛ, сключило договор с НЗОК, с повече от един адрес на помещенията, където то извършва лечебната си дейност, следва да има функциониращо и налично оборудване и обзавеждане за всеки адрес, регистриран в ИАМН/РЗИ и посочен в договор с НЗОК.

Чл. 115. Лечебно заведение за СИМП, намиращо се в една или съседни сгради с лечебно заведение за СИМП или БП, може да ползва общи помещения и медицинска техника за образна диагностика за извършване на ВСМД и ВСМДИ.

Чл. 116. (1) Лечебно заведение за СИМП/лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ може да кандидатства и за извършване на високоспециализирани медицински дейности по специалности, посочени в Наредба № 9 от 2019 г., само в случай, че кандидатства и за специализираните медицински дейности, включени в пакета по съответната специалност, с изключение на високоспециализираните дейности по пакет "Анестезиология и интензивно лечение".

(2) В случаите по ал. 1 лечебното заведение следва да отговаря и на следните изисквания:

1. да разполага с функциониращо медицинско и техническо оборудване и обзавеждане съгласно приложение № 10;

2. необходима квалификация и обучение за използване на високоспециализираната техника на специалистите, работещи в него, в съответствие с чл. 182 от ЗЗ и приложение № 10.

Чл. 117. Националната здравноосигурителна каса сключва договори за извършване на всички специализирани медико-диагностични изследвания от съответния пакет по специалности съгласно Наредба № 9 от 2019 г. със самостоятелни медико-диагностични лаборатории, лечебни заведения за СИМП или лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, съдържащи в структурата си медико-диагностични лаборатории, в съответствие с изискванията по приложение № 10.

Чл. 118. (1) Лечебните заведения по чл. 117 могат да кандидатстват и за извършване на високоспециализирани медико-диагностични изследвания, посочени в Наредба № 9 от 2019 г., само в случай, че лечебните заведения кандидатстват и за специализираните медико-диагностични изследвания, включени в пакета по съответната специалност и изпълнявани от съответния лекар специалист, работещ в лечебното заведение. В тези случаи се прилага чл. 116, ал. 2.

(2) Лечебните заведения по ал. 1, които кандидатстват за извършване на ВСМДИ "Ядрено-магнитен резонанс" или "Компютърна аксиална или спирална томография" на деца под обща анестезия към пакет "Образна диагностика" по приложение № 2 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г., трябва да отговарят на медицинския стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Чл. 119. При липса на лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, което да извършва определени медико-диагностични изследвания, за извършването им може да се сключи договор с национален център по проблемите на общественото здраве.

Чл. 120. Лекари с придобита медицинска специалност, работещи в лечебно заведение за болнична помощ по чл. 9 ЗЛЗ или лечебни заведения по чл. 10 ЗЛЗ, могат да сключват договори за оказване на извънболнична медицинска помощ при условие, че са спазени изискванията на чл. 62 ЗЗО и чл. 81 ЗЛЗ.

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

Чл. 121. (1) Лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ, желаещи да сключат договор със съответната РЗОК, на чиято територия е регистриран в ИАМН/РЗИ адрес, на който се осъществява дейността, подават заявление по образец, утвърден от управителя на НЗОК, към което прилагат:

1. данни за идентификационния код на търговеца или кооперацията от търговския

регистър, а за дружествата, регистрирани в държава - членка на ЕС, или в държава, страна по Споразумението за ЕИП - документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава;

2. удостоверение за регистрация на лечебното заведение в ИАМН/РЗИ;

3. удостоверение за актуално членство в БЛС с номер от националния регистър (УИН) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (ЗСОЛЛДМ), издадено от съответната РК на БЛС или генерирано и отпечатано от електронната система на националния регистър, съдържащо уникален буквено-цифров код, баркод и сканиран подпис - за лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение;

4. (доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) договор по чл. 19, ал. 1 и декларация на хартиен или електронен носител по образец, посочен в приложение № 9, относно: осигуряване на достъп на ЗОЛ до медицинска помощ извън обявения работен график съгласно Наредба № 9 от 2019 г., като в декларацията задължително се посочва УИН на наетите медицински сестри, акушерки или асоциирани медицински специалисти и/или на медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти от индивидуална или групова практика за здравни грижи; график за обслужване на пациентите; изискуемото оборудване, обзавеждане и нает персонал по чл. 143 (за лечебните заведения - изпълнители на ПИМП);

5. декларация на хартиен или електронен носител по образец, посочен в приложение № 10, за дейността на лечебното заведение за СИМП, като в декларацията задължително се посочва УИН на наетите медицински сестри, акушерки или асоциирани медицински специалисти;

6. декларация на хартиен носител за броя ЗОЛ, осъществили правото си на избор на лекар (за лечебните заведения за ПИМП);

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

8. необходимите квалификационни документи съгласно наредбата по чл. 181, ал. 1 от ЗЗ или наредбата по § 6, ал. 2 от ПЗР на ЗЛЗ от ОПЛ, а при липса на такъв квалификационен документ - документ, че са зачислени за придобиване на специалност по "Обща медицина" (за лекарите, учредили лечебно заведение за ПИМП или работещи като ОПЛ в лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ), и необходимите квалификационни документи съгласно наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването - за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК;

9. копие на заповед на директора на РЗИ за създадена ЛКК към лечебните заведения за извънболнична помощ/заповед за ЛКК - за лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ;

10. копие на сертификат от участие в национална или чуждестранна нетърговска система за външна оценка на качеството по медицински стандарт "Клинична лаборатория" и/или копие на сертификат за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на НСВОК по клинична лаборатория, микробиология, вирусология, медицинска паразитология, микология и клинична имунология - в случаите, когато в структурата на лечебното заведение има съответния вид/видове лаборатории;

11. копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специалност, издадени от министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации - за лекарите чужденци;

12. документи за придобита квалификация за продължаващо медицинско обучение след придобиване на специалност, необходими за изпълнение на ВСМД/ВСМДИ, в съответствие с чл. 182 ЗЗ и съответните утвърдени медицински стандарти.

(2) Лечебните заведения - изпълнители на ПИМП, кандидатстващи за изпълнение на пакета дейности, включени в приложение № 1а "Здравни грижи, осъществявани в дома от

медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., подават заявления, към които прилагат:

1. (доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) сертификат за квалификация по професията от БАПЗГ или БСЛАФ с номер от националния регистър (УИН) по смисъла на § 1, т. 2 от допълнителната разпоредба на Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите (ЗСОМСААМСЗПФ), издаден от съответната РК на БАПЗГ или БСЛАФ - за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти, които работят в лечебното заведение;

2. диплома за придобито висше образование с образователно-квалификационна степен "бакалавър" по специалностите "Медицинска сестра"/"Акушерка"/"Лекарски асистент" от професионално направление "Здравни грижи";

3. копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, издадено от министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации - за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти чужденци;

4. (нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) договор с индивидуална или групова практика за здравни грижи - в случаите, когато пакетът дейности, включени в приложение № 1а "Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., ще се изпълнява от медицински сестри/акушерки/лекарски асистенти от индивидуална или групова практика за здравни грижи.

Чл. 122. Лечебните заведения, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г., подават заявление, към което прилагат:

1. документи по чл. 121, ал. 1, т. 1, 2, 4 (договор по чл. 19, ал. 1), 8, 11 и 12 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 121, ал. 1, т. 7 - на хартиен носител, и ал. 1, т. 4 и 5 - декларация на хартиен или електронен носител;

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

Чл. 123. (1) Националните центрове по проблеми на общественото здраве, желаещи да сключат договор с РЗОК, подават заявление, към което прилагат:

1. копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани;

2. декларация по образец, посочен в приложение № 10, на хартиен или електронен носител за дейността на съответната профилна лаборатория в структурата на здравното заведение;

3. копие от сертификат от НСВОК по клинична лаборатория или копие от сертификат за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на НСВОК по клинична лаборатория, микробиология, вирусология, паразитология, микология и инфекциозна имунология - в случаите, когато в структурата на здравното заведение има съответния вид/видове лаборатории;

4. копия от необходимите квалификационни документи съгласно наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването - за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ в изпълнение на договор с НЗОК.

(2) Националните центрове по проблеми на общественото здраве, работили по договор с НЗОК в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г., представят нови документи в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени.

Чл. 124. (1) В случаите по чл. 14, ал. 2 лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на ПИМП, подават заявление, към което прилагат: копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документите по чл. 121, ал. 1, с изключение на тези по т. 2, 5, 7, 9, 10 и 12.

(2) Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г. и желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на ПИМП, подават заявление, към което прилагат:

1. копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документи по чл. 121, ал. 1, т. 1 и 4 - договор по чл. 19, ал. 1, и по чл. 121, ал. 1, т. 8, в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 121, ал. 1, т. 4 - декларация на хартиен и електронен носител.

(3) В случаите по чл. 14, ал. 2 лечебни заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на СИМП, подават заявление, към което прилагат: копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документите по чл. 121, ал. 1, с изключение на тези по т. 2, 4 и 6.

(4) Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г. и желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на СИМП, подават заявление, към което прилагат:

1. копие от акта на Министерския съвет, с който са създадени или преобразувани, и документи по чл. 121, ал. 1, т. 1, 8, 11 и 12 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

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

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

Чл. 125. (1) В случаите по чл. 14, ал. 3 лечебните заведения за болнична помощ, желаещи да сключат договор с РЗОК, подават заявление, към което прилагат: копие на разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването, и документите по чл. 121, ал. 1, с изключение на тези по т. 2, 4, 6 и 9.

(2) В случаите по чл. 14, ал. 3 лечебните заведения за болнична помощ, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г. и желаещи да сключат договор с РЗОК за оказване на СИМП, подават заявление, към което прилагат:

1. копие на разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването, и документи по чл. 121, ал. 1, т. 1, 8, 11 и 12 в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

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

3. документ по чл. 121, ал. 1, т. 10.

Чл. 126. (1) При промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл. 121 - 125, изпълнителят на медицинска помощ е длъжен в срок до 5 работни дни да уведоми РЗОК и да изпрати копие от съответния документ на хартиен носител или в срок до 3 работни дни по електронен път.

(2) При промяна на графика за обслужване на пациентите изпълнителят на медицинска помощ е длъжен в срок до 3 календарни дни да уведоми РЗОК и да изпрати актуалния график писмено или по електронна поща, подписан с електронен подпис.

(3) При отсъствие изпълнителят на медицинска помощ е длъжен в срок до 3 работни дни, считано от деня на отсъствието, да уведоми РЗОК за отсъствието си писмено или по електронна поща, подписано с електронен подпис. Отсъствието следва да бъде обявено на видно място в амбулаторията на изпълнителя на медицинска помощ.

Чл. 127. (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) (1) Индивидуалните договори по чл. 59, ал. 1 от ЗЗО, допълнителните споразумения към тях и документите, свързани със

сключването, изменението и прекратяването им, могат да се съставят и като електронен документ и се подписват от страните с квалифициран електронен подпис (КЕП).

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

Чл. 128. В случаите, когато лечебно заведение едновременно кандидатства за оказване на извънболнична медицинска помощ, КП, АПр, КПр и/или КДН, изискуемите документи за сключване на договор, които се дублират, се представят в един екземпляр.

Чл. 129. (1) Изискуемите документи за сключване на договор с НЗОК се подават от лечебните и здравните заведения в съответната РЗОК в 30-дневен срок от влизане в сила на НРД.

(2) Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва договори в сроковете, при условията и по реда на чл. 23 и 27.

(3) Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответния изпълнител всички документи, представени със заявлението за сключване на договор.

Раздел III.
Условия и ред за оказване на извънболнична медицинска помощ

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

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

Чл. 131. (1) Здравноосигурените лица могат да променят избора си на ОПЛ всяка календарна година в периода от 1 до 30 юни и от 1 до 31 декември.

(2) При прекратяване на договор с изпълнител на ПИМП ЗОЛ осъществяват нов избор на ОПЛ с регистрационна форма за постоянен избор извън срока по ал. 1.

(3) При промяна на правно-организационната форма на лечебно заведение - изпълнител на ПИМП, довела да сключване на нов договор с НЗОК, не е необходимо ЗОЛ от регистъра на съответния ОПЛ да осъществят нов избор на вече избрания от тях ОПЛ. В този случай, ако някое от ЗОЛ желае да промени избора си на избрания ОПЛ, същият осъществява нов избор по реда на ал. 2.

(4) Здравноосигурено лице, желаещо да направи постоянен избор, представя на новоизбрания ОПЛ:

1. здравноосигурителна книжка, в която новоизбраният ОПЛ вписва трите си имена и датата на избора;

2. третия екземпляр от регистрационната форма за избор на ОПЛ, в случай че няма здравноосигурителна книжка;

3. попълнена регистрационна форма за постоянен избор.

(5) Лицата, временно пребиваващи за срок от един до пет месеца извън здравния район, в който са осъществили постоянен избор, могат да направят временен избор с регистрационна форма за временен избор.

(6) При изтичане на срока на временния избор на ЗОЛ извън здравния район, в който са осъществили постоянен избор, се възстановява автоматично последният им постоянен избор на ОПЛ.

Чл. 132. (1) В случаите на първоначален, постоянен или временен избор на ОПЛ ЗОЛ могат да осъществят правото си на избор, като попълнят регистрационни форми по образци,

разпечатани от официалната интернет страница на НЗОК.

(2) Извън установените в ал. 1 начини за осъществяване на правото на избор на ОПЛ ЗОЛ може да попълни и изпрати на избрания от него ОПЛ регистрационна форма за първоначален, постоянен или временен избор по електронен път, безплатно, при условията и по реда на ЗЕДЕУУ чрез електронна услуга, предоставяна от НЗОК.

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

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

Чл. 133. (1) Директорът на РЗОК и председателите на съответните РК на БЛС съгласувано с директора на съответното заведение осъществяват служебен избор на ОПЛ за следните категории:

1. задържани под стража повече от един месец по реда на Закона за Министерството на вътрешните работи и лишени от свобода лица;

2. лица в процедура за придобиване статут на бежанец;

3. лица, настанени в домове за медико-социални услуги;

4. лица, настанени в специални училища и домове за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа, в домовете за деца с физически увреждания, в домовете за деца с умствена изостаналост и деца, ползващи услуги от резидентен тип.

(2) При прекратяване на служебния избор ЗОЛ по ал. 1 могат да осъществят нов избор на ОПЛ.

(3) Когато преди осъществяване на служебния избор по ал. 1 ЗОЛ са имали осъществен постоянен избор на ОПЛ, този последен постоянен избор се възстановява автоматично, освен ако тези лица не са осъществили нов постоянен избор на ОПЛ.

(4) В случаите по ал. 3 автоматично възстановяване на избора се извършва от директора на РЗОК, в която е последният постоянен избор, след уведомяването му от страна на директора на РЗОК, осъществил служебния избор.

Чл. 134. (1) Директорът на съответната РЗОК и председателят на съответната РК на БЛС оказват необходимото съдействие с цел своевременно осъществяване на избор на ОПЛ на следните категории, които не са упражнили и имат затруднения свободно да упражнят правото си на избор на лекар в лечебно заведение за ПИМП:

1. лица в производство за предоставяне на хуманитарен статут или право на убежище;

2. лица с предоставена временна закрила и лицата по чл. 39, ал. 6, т. 2 от ЗЗО;

3. здравноосигурени лица, които нямат избран лекар в лечебно заведение за ПИМП.

(2) Съдействието по ал. 1 се осъществява по писмено искане до директора до съответната РЗОК от категориите лица по ал. 1.

(3) За малолетните и непълнолетните лица искането по ал. 2 се извършва от техните родители или настойници, съответно със съгласието на техните родители или попечители.

Чл. 135. (1) В случаите, когато ЗОЛ направи нов избор на ОПЛ, ЗОЛ предоставя на новоизбрания ОПЛ извлечение от медицинската документация (в т.ч. и за проведените имунизации).

(2) Извлечение с копия от необходимата медицинска документация се предоставя на ЗОЛ при поискване от него от предишния ОПЛ.

(3) Съдържанието на извлечението по ал. 1 и редът за предоставянето му се определят от НЗОК.

(4) Общопрактикуващият лекар е длъжен да оказва медицинска помощ на ЗОЛ от датата, на която е осъществен изборът, като ЗОЛ се включва в пациентската му листа от тази дата.

(5) В случаите по ал. 4 при необходимост от предписване на лекарствени продукти,

медицински изделия и диетични храни изборът на ЗОЛ следва да бъде отразен в информационната система на НЗОК, като за целта ОПЛ уведомява РЗОК в деня на избора по електронен път чрез ССЕВ, но не по-късно от 3 работни дни.

(6) Националната здравноосигурителна каса предоставя през портала на НЗОК два пъти годишно в месеца, следващ преизбора (юли и януари), информация на ОПЛ за извършени профилактични прегледи на ЗОЛ от предишния ОПЛ.

(7) Извън сроковете по ал. 6 РЗОК предоставя при поискване на ОПЛ информация за проведени профилактични прегледи от предишния ОПЛ за новозаписаните пациенти.

Чл. 136. (1) Ежемесечно в срока и по реда на чл. 233 изпълнителите на ПИМП представят в съответната РЗОК списък с новоизбралите ги ЗОЛ в утвърден от НЗОК формат и първите екземпляри от регистрационните форми за първоначален, постоянен и/или временен избор на хартиен носител.

(2) Районната здравноосигурителна каса обработва подадената информация от всички изпълнители по ал. 1, като за всеки от тях отчита:

1. имената и броя на лицата, отпаднали от регистъра му поради промяна в избора или друго обстоятелство;

2. броя и имената на новорегистрираните лица;

3. окончателния брой на лицата от регистъра след отчитане на броя на лицата по т. 1 и 2.

(3) В срок до 5 работни дни след изтичане на срока по ал. 1 РЗОК предоставя по електронен път на регистрираните ОПЛ в електронния портал на НЗОК актуална пациентска листа към последно число на отчетния месец чрез портала на НЗОК.

Чл. 137. (1) Всеки ОПЛ от лечебното заведение за оказване на ПИМП води:

1. регистър на ЗОЛ, в който вписва данните за ЗОЛ съгласно регистрационните форми за осъществяване на избор на ОПЛ;

2. регистър на ЗОЛ, осъществили временен избор при тях за срок от един до пет месеца.

(2) Общопрактикуващите лекари оказват медицинска помощ при условията и по реда на НРД на лицата от регистрите по ал. 1, както и на ЗОЛ, осъществили правото си на избор на изпълнител на ПИМП, регистрирал амбулатория на територията на друг здравен район, обърнали се инцидентно по повод на остро състояние.

(3) Общопрактикуващите лекари оказват медицинска помощ при условията и по реда на НРД на здравноосигурени лица от държави - членки на ЕС, и по двустранни спогодби след представяне на удостоверителни документи за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, издадени по реда на Регламент (ЕИО) № 574/72, Регламент (ЕО) № 987/2009 и двустранни спогодби.

Чл. 138. (1) Общопрактикуващият лекар оказва ПИМП в обхват съгласно Наредба № 9 от 2019 г. на:

1. здравноосигурени лица, записани в регистрите им;

2. здравноосигурени лица, временно пребиваващи за срок от един до пет месеца извън здравния район, в който са избрали ОПЛ.

(2) Общопрактикуващият лекар оказва медицинска помощ при условията и по реда на НРД и на ЗОЛ от друг здравен район, обърнали се към изпълнител на ПИМП инцидентно по повод на остри състояния.

(3) Здравноосигурените лица, избрали ОПЛ, не заплащат медицинската помощ по ал. 1 извън потребителската такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО. Таксата не се заплаща от категориите лица по чл. 37, ал. 4 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 11 "Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО".

Чл. 139. (1) Общопрактикуващият лекар от лечебно заведение - изпълнител на ПИМП, провежда диспансеризация на ЗОЛ съгласно Наредба № 9 от 2019 г. и Наредба № 8 от 2016 г. за заболяванията, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ по приложение № 8 "Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ".

(2) Общопрактикуващият лекар провежда диспансеризация на регистрираните при него ЗОЛ при спазване на реда по чл. 4, ал. 1 - 5 на Наредба № 8 от 2016 г. Едно ЗОЛ не може да бъде диспансеризирано за едно и също заболяване в повече от едно лечебно заведение и/или от повече от един лекар за един и същ период от време.

(3) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ до 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други - при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от лекар - специалист от СИМП, съгласно приложение № 8 и приложение № 13 "Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от лекар специалист".

(4) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други - при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от ОПЛ съгласно приложение № 8 и приложение № 13. Изключение се допуска за пациентите с инсулинозависим захарен диабет, неинсулинозависим захарен диабет на инсулинолечение и пациенти, претърпели сърдечни интервенции и/или операции, до края на първата година след интервенцията/операцията, при които диспансерното наблюдение се осъществява от лекар - специалист от СИМП.

(5) В случаите по ал. 4, когато ЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение за всички заболявания изцяло от ОПЛ, е препоръчително извършването на два консултативни прегледа от съответния лекар - специалист от СИМП, за съответната календарна година по преценка на ОПЛ, но не по-малко от един, като в тези случаи ОПЛ насочва пациента за консултативен преглед.

(6) В случаите по ал. 5, когато ЗОЛ е заявило писмен отказ в амбулаторния лист от извършване на консултативен преглед при лекар специалист, ОПЛ има право да не назначи консултация.

(7) В случаите, в които при прегледа от ОПЛ се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 8 или приложения № 8 и № 13, ЗОЛ подлежат на диспансеризация, като диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

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

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

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

(4) При уведомяване на ЗОЛ за правото му на следващ диспансерен преглед и

последващото неявяване на ЗОЛ диспансеризиращият лекар не носи отговорност.

Чл. 141. (1) Профилактиката и диспансеризацията на ЗОЛ се извършват в съответствие с медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика и включват необходимите медицински дейности на ОПЛ при осъществяването на профилактичния/диспансерния преглед, както и извършване на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации.

(2) При поискване от пациента ОПЛ му предоставя екземпляр от медицинската документация за всеки извършен преглед.

Чл. 142. (1) Общопрактикуващият лекар е длъжен да:

1. изпълнява програми "Майчино здравеопазване", "Детско здравеопазване", извършва профилактика на ЗОЛ над 18-годишна възраст, формира групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, извършва профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване съгласно приложения № 1, 2, 3, 5 и 6 на Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 12 "Дейности на ОПЛ по имунопрофилактика", програма "Детско здравеопазване", профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване и програма "Майчино здравеопазване";

2. води регистри по чл. 137, ал. 1 на електронен носител;

3. подготвя документацията за консултации и медико-диагностични изследвания, когато прецени, че са необходими такива;

4. подготвя документацията и насочва за хоспитализация ЗОЛ, когато прецени, че е необходима такава;

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

6. изготвя талон за здравословното състояние на деца и ученици;

7. оформя здравно-профилактична карта, предоставя данни за извършени задължителни имунизации за възрастта и издава медицинска бележка за липсата на контакт със заразно болен, необходими за детска градина, както и отлага имунизации при противопоказания в случаите на Наредба № 15 от 2005 г.;

8. излага на видно място в амбулаторията си списък на категории лица, освободени от потребителска такса съгласно чл. 37 ЗЗО;

9. оказва спешна медицинска помощ на територията на лечебното заведение на всеки пациент независимо от неговата регистрация и местоживеене, когато такава е потърсена от него, до пристигане на екип на спешна помощ;

10. осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ съгласно Наредба № 9 от 2019 г.;

11. извършва задължителни имунизации и реимунизации на ЗОЛ над 18-годишна възраст съгласно Наредба № 15 от 2005 г.

(2) Профилактичният преглед по ал. 1, т. 1, извършен от ОПЛ, се отразява в амбулаторен лист, в който се посочва МКБ кодът за профилактика. В тези случаи ОПЛ попълва "Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване", включена в медицинския софтуер на лекаря, осъществил прегледа, изготвена по образец съгласно приложение № 4 към Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 2, с цел формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване.

(3) В случай че ЗОЛ са включени в групите от лица с рискови фактори за развитие на заболяване, ОПЛ отразява в амбулаторния лист по ал. 2 и МКБ код на състоянието на лица с рискови фактори за развитие на заболяване. В случай че ЗОЛ е включено в повече от една група с рискови фактори за развитие на заболяване, ОПЛ отразява всички рискови фактори за това ЗОЛ в

амбулаторния лист по ал. 2.

(4) По отношение на ЗОЛ, включени в групите от лица с рискови фактори за развитие на заболяване, за които резултатите от извършените прегледи и изследвания са отразени в "Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване", ОПЛ осъществява профилактични дейности и посочва необходимостта от консултация със специалист съгласно приложение № 5 към чл. 9, ал. 3 на Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 12, които отразява в амбулаторния лист по ал. 2 или в друг амбулаторен лист.

(5) Общопрактикуващият лекар няма задължение да предоставя на ЗОЛ здравноосигурителни книжки и не трябва да съхранява раздадените такива в амбулаторията си.

(6) След издаване на направление за хоспитализация/КПр/АПр ОПЛ не назначава допълнително прегледи и изследвания по искане на лечебното заведение за болнична помощ.

(7) След изписване на ЗОЛ от лечебно заведение за болнична помощ контролните прегледи, включени в КП, не се отнасят до:

1. профилактични прегледи на ЗОЛ;

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

3. преглед по повод диспансерно наблюдение на ЗОЛ;

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

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

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

1. при регистрирани над 2500 ЗОЛ при ОПЛ - лекар;

2. при регистрирани над 3500 ЗОЛ при ОПЛ - лекар на пълен работен ден.

(2) В случай по ал. 1, т. 2 при регистрирани над 3500 ЗОЛ при ОПЛ - един лекар на пълен работен ден, и допълнително за всеки 2000 регистрирани над този брой ЗОЛ - още един лекар на пълен работен ден.

(3) За нуждите на осъществяваната дейност изпълнителите на ПИМП могат да наемат медицински специалист/и с образователно-квалификационна степен "професионален бакалавър" или "бакалавър" с оглед осигуряване на пакета от медицински услуги съобразно техните потребности, размера, вида и територията.

(4) В случаите, когато има нает допълнителен медицински персонал, лекарите от лечебното заведение - изпълнител на ПИМП, са задължени да включат в месечния график часовете, в които лично ще оказват медицинска помощ.

(5) Всеки лекар, който е в трудовоправни отношения с изпълнител на ПИМП, сключил договор с НЗОК, подписва всички медицински документи, с изключение на отчетните документи.

Чл. 144. (1) (Доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) За изпълнение на пакета дейности, включени в приложение № 1а "Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., изпълнителите на ПИМП наемат медицинска/и сестра/и, акушерка/и или лекарски асистент/и с образователно-квалификационна степен "бакалавър" по съответната специалност "Медицинска сестра"/"Акушерка"/"Лекарски асистент" от професионално направление "Здравни грижи" или сключват договор с индивидуална или групова практика за здравни грижи, регистрирана от тези лица.

(2) Всяка медицинска сестра, акушерка или лекарски асистент по ал. 1 осъществява здравни грижи в дома за новородени, като първото посещение е в ранния неонатален период на новороденото до 7 дни след изписване от лечебното заведение, а второто посещение е до 6 месеца

след изписване от лечебното заведение.

(3) Здравните грижи по ал. 1 се осъществяват за новородени ЗОЛ, включени в регистъра на съответния ОПЛ след осъществен избор от родителите/законните настойници на детето.

(4) Оказаните здравни грижи се отразяват от медицинската сестра, акушерката или лекарския асистент в "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1).

Чл. 145. (1) Общопрактикуващите лекари обявяват в амбулаторията на място, достъпно за ЗОЛ, своя месечен график съгласно приложение № 9, който съдържа часове:

1. за амбулаторен прием;

2. за домашни посещения;

3. за промотивна и профилактична дейност;

4. за работа по програма "Майчино здравеопазване";

5. за работа по програма "Детско здравеопазване".

(2) Графикът по ал. 1 съдържа телефон за консултация и за домашни посещения - телефон на практиката. В графика се посочва и заместник на избрания ОПЛ за случаите, когато той не може да изпълнява лично задълженията си, както и неговото местоположение, телефон и други начини за контакт, а също и местонахождението, телефона и другите начини за контакт и с дежурния кабинет и/или лечебното заведение, осигуряващи медицинска помощ на пациентите извън графика на ОПЛ.

(3) Извън графика по ал. 2 в случаите, в които ОПЛ не може да изпълнява лично задълженията си, същият поставя на видно и общодостъпно място в амбулаторията си съобщение за срока на своето отсъствие, както и имената на заместника, неговото местонахождение, телефон и други начини за контакт.

(4) В случаите, когато ОПЛ обслужва ЗОЛ в повече от едно населено място, графикът по ал. 1 се изготвя за всяко населено място поотделно, в т.ч. и за всеки нает лекар в практиката.

Чл. 146. (1) Всеки ОПЛ посочва в договора си с РЗОК свой заместник или заместници за случаите, когато не може да изпълнява лично задълженията си. Посоченият заместник или заместници представят писмена декларация за съгласие. Общопрактикуващият лекар писмено уведомява директора на РЗОК за името на заместника, срока и мястото на заместване. Заместникът подготвя документацията по консултации и медико-диагностични изследвания.

(2) Общопрактикуващият лекар и заместникът/заместниците му могат да представят в РЗОК договор за заместване за условията, при които се извършва заместването - срок, място, помощен персонал и др., който се приподписва от директора на РЗОК. В този случай РЗОК заплаща по сметката на титуляря на практиката.

(3) При липса на договор за заместване посоченият по реда на ал. 1 заместник встъпва в правата на титуляря, като титулярят писмено уведомява съответната РЗОК. В този случай РЗОК заплаща по сметката на титуляря на практиката.

(4) Лицата, определени за заместници, трябва да са правоспособни лекари и да са вписани в съответния регистър по ЗСОЛЛДМ.

(5) В срока на заместване заместникът има всички права и задължения на титуляря на практиката, попълва всички медицински документи с личните си данни (УИН и трите имена) и УИН на титуляря, подписва ги със своя електронен подпис. Във всички случаи се вписва регистрационният номер на практиката на заместващия ОПЛ.

(6) В срока на заместване заместникът може да подписва финансово-отчетни документи само когато това е уговорено в договора за заместване.

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

Чл. 147. (1) При възникнала необходимост от преглед или консултация на болни или

пострадали лица, които се нуждаят от медицинска помощ, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяването, изпълнителят на ПИМП извън обявения график осигурява необходимите медицински грижи по един от начините, определени в Наредба № 9 от 2019 г.

(2) В случаите по ал. 1 диагностично-лечебните дейности се изпълняват по общ, предварително изготвен месечен график. В графика фигурират телефон/и за връзка и адрес/и на мястото, където се оказва медицинската помощ. За промените в графика се уведомява РЗОК.

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

1. амбулаторни листове от извършени от него прегледи и дейности;

1а. амбулаторни листове от медицинските сестри/акушерките/лекарските асистенти - в случай че в изпълнение на договора му с НЗОК е включен пакет "Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти" по приложение № 1а към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.;

2. амбулаторни листове от специалисти, в случай че има предоставени такива от ЗОЛ на ОПЛ;

3. амбулаторни листове за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение от специалисти по "Кожни и венерически болести" и/или по "Психиатрия"/"Детска психиатрия", в случай че има предоставени такива от ЗОЛ на ОПЛ;

4. резултати от извършени медико-диагностични дейности и изследвания, в случай че има предоставени такива от ЗОЛ на ОПЛ;

5. епикриза/и от проведено болнично лечение, в случай че има предоставени такива от ЗОЛ на ОПЛ;

6. карта за профилактика на бременността съгласно Наредба № 8 от 2016 г.;

7. карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване, включена само в медицинския софтуер на ОПЛ;

8. екземпляр от издаденото от ОПЛ направление за хоспитализация.

(2) Здравното (медицинското) досие по ал. 1 се поддържа от ОПЛ, както следва:

1. в електронен формат в специализирания медицински софтуер на ОПЛ - за документите по ал. 1, издадени само електронно, и тези, издадени и подписани електронно по реда на раздел X;

2. на хартиен носител - за документите по ал. 1, издадени от ОПЛ и подписани от пациента на хартиен носител, както и тези, издадени от друг изпълнител на хартиен носител, и такива, подписани от пациента на хартиен носител.

(3) Направените от ОПЛ ЕКГ се съхраняват на хартиен носител при невъзможност за съхранението им в електронен вид.

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

Чл. 149. (1) Наред с първичните документи за работа с НЗОК ОПЛ издава и/или заверява и документи на записаните в неговия регистър ЗОЛ съгласно Наредба № 9 от 2019 г.

(2) При необходимост от скъпоструващи лекарства и лечение по реда на чл. 78 ЗЗО ОПЛ съдейства за комплектуване на необходимите документи за извършване на експертизи.

(3) Общопрактикуващият лекар попълва "Рецептурната книжка на хронично болен" при заболяванията по приложение № 5.

Чл. 150. (1) За осигуряване на необходимостта от специализирана извънболнична медицинска помощ ОПЛ издава "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3) по преценка в зависимост от обективното състояние на ЗОЛ в следните случаи:

1. при необходимост от консултативен преглед;

2. при заболявания и проблеми, изискващи специализирани диагностични дейности;

3. за оценка на здравословното състояние;

4. при необходимост от физиотерапия.

(2) За осигуряване необходимостта от специализирана извънболнична медицинска помощ ОПЛ издава "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3) за провеждането на профилактични и диспансерни прегледи по реда на Наредба № 8 от 2016 г. и Наредба № 9 от 2019 г.

(3) Общопрактикуващият лекар отразява оказаната медицинска помощ в "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1).

(4) За осигуряване необходимостта от комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение от специалисти по "Кожни и венерически болести" ОПЛ издава "Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 10).

(5) Включването на ЗОЛ в програми "Майчино здравеопазване" и "Детско здравеопазване" при лекари с придобита специалност "Акушерство и гинекология" и "Педиатрия" и извършването на профилактични прегледи при лекари с придобита специалност "Гастроентерология", "Урология", "Ендокринология и болести на обмяната", "Вътрешни болести", "Кардиология", "Хирургия" и "Акушерство и гинекология" за лицата с установен риск, както и диспансеризация на ЗОЛ се осъществяват на база на еднократно издадено "Направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3) от ОПЛ. При промяна на лекаря специалист, осъществяващ дейностите по изпълнение на програмите и диспансеризацията, ОПЛ издава ново направление.

(6) В случаите по ал. 1 ОПЛ подготвя необходимите документи.

(7) В медицинското направление за консултация или провеждане на съвместно лечение задължително се посочва конкретното искане към специалиста.

(8) Общопрактикуващият лекар издава "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4) за ВСМДИ в случаите на:

1. писмено назначение от ТЕЛК или от НЕЛК съгласно глава дванадесета;

2. за ВСМДИ: "Мамография на двете млечни жлези", "Ехография на млечна жлеза" от пакет "Образна диагностика", "Хормони: fT4, TSH", "Туморен маркер: PSA - общ и свободен" и "Изследване на урина - микроалбуминурия" от пакет "Клинична лаборатория";

3. за ВСМДИ, които фигурират и като МДИ в друг пакет по друга специалност.

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

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

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

1. задържани под стража или лишени от свобода;

2. малолетни и непълнолетни, настанени в домове за деца и юноши;

3. настанените в домове за медико-социални услуги.

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

Чл. 151. (1) Общопрактикуващият лекар насочва за хоспитализация ЗОЛ, когато

лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ, при наличие на индикация за хоспитализация. Към направлението за хоспитализация ОПЛ прилага амбулаторния лист от извършения преглед на пациента с посочени данни от анамнезата и обективното състояние на пациента, предприетите диагностични и терапевтични дейности, в т.ч. и обективните обстоятелства, мотивиращи становището, че лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ. ОПЛ вписва в амбулаторния лист от прегледа на пациента и издаването на направлението за хоспитализация и диагнозата, с която пациентът се насочва за диагностика и лечение в болнични условия.

(2) Амбулаторният лист по ал. 1 се предоставя на лечебното заведение за болнична помощ чрез пациента.

(3) Направление за хоспитализация се издава и в случаите на отказ на пациента, документиран писмено срещу подпис или друг инициализиращ знак на пациента и подпис на лекаря в амбулаторния лист, съгласно чл. 21, ал. 3 и 4 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ.

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

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

(6) В случай на хоспитализиране на ЗОЛ и когато това е удостоверено с подписа му в амбулаторния лист или е регистрирана хоспитализацията в НЗИС, ОПЛ не следва да назначава и извършва за периода на хоспитализацията консултативни прегледи и изследвания, необходими за:

1. профилактични и диспансерни прегледи по реда на Наредба № 8 от 2016 г. и Наредба № 9 от 2019 г. и приложения № 8 и № 12;

2. прегледи и изследвания, необходими за основното заболяване, за което е хоспитализирано лицето;

3. прегледи и изследвания, необходими за придружаващи заболявания по време на стационарното лечение.

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

Чл. 152. Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ оказват ПИМП в консултативните си кабинети и отделенията си без легла при спазване на описаните по-горе условия и ред.

Условия и ред за оказване на СИМП

Чл. 153. (1) Специализирана извънболнична медицинска помощ се оказва на ЗОЛ, на които е издадено "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3) от лекар, работещ в лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ, и "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А) от лекар за СИМП, сключил договор с НЗОК, или от ОПЛ в случаите по чл. 150, ал. 9 и 10.

(2) Специалистът осъществява своята част от дейността и връща информацията на ОПЛ с указания за продължаване на лечението чрез пациента.

(3) Специалистът отразява оказаната медицинска помощ в "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-

НЗОК № 1).

(4) Медицинското направление за консултация или провеждане на съвместно лечение е валидно до 30 календарни дни от издаването му. Срокът за извършване на вторични прегледи от изпълнител на СИМП е до 30 календарни дни от датата на извършване на първичния преглед.

(5) "Медицинско направление за медико-диагностични дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 4) и "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А) е валидно до 30 календарни дни от издаването му.

(5а) (Нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) "Медицинско направление за медико-диагностични дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 4) за назначаване на ВСМДИ "Мамография на двете млечни жлези" и "Ехография на млечна жлеза" от пакет "Образна диагностика" по повод профилактичен преглед на ЗОЛ над 18 години може да бъде валидно за срок, различен от срока по ал. 5, но не по-дълъг от 60 календарни дни от издаването му.

(6) Високоспециализирана дейност се извършва от специалиста и на основание медицинското направление за консултация или провеждане на съвместно лечение (бл. МЗ-НЗОК № 3) след преценка на необходимостта от ВСМД от този специалист. В този случай специалистът, извършил ВСМД, попълва медицинското направление за високоспециализирани дейности (бл. МЗ-НЗОК № 3А), като посочва само датата на издаване на направлението, полага подпис, а за извършената дейност с интерпретация на резултатите от нея попълва амбулаторен лист.

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

Чл. 154. (1) При преценка на необходимостта от извършване на ВСМДИ "Ядрено-магнитен резонанс" или "Компютърна аксиална или спирална томография" на дете под обща анестезия лекарят със специалност "Педиатрия" извършва обстоен преглед на детето и издава "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1), в който вписва диагнозата и обосновава необходимостта от извършване на изследването под обща анестезия. В този случай лекарят по педиатрия издава "Медицинско направление за медико-диагностични дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 4), към което прилага екземпляр от издадения от него амбулаторен лист.

(2) При преценка на необходимостта от извършване на ВСМДИ "Ядрено-магнитен резонанс" или "Компютърна аксиална или спирална томография" на деца под обща анестезия лекар със специалност, различна от "Педиатрия", насочва ЗОЛ към специалист по педиатрия за извършване на обстоен преглед на детето с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3).

(3) В случаите по ал. 2 лекарят по педиатрия издава "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1), в който обосновава необходимостта от извършване на изследването под обща анестезия.

(4) Лекарят по ал. 2 издава "Медицинско направление за медико-диагностични дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 4), към което прилага екземпляр от издадения по ал. 3 амбулаторен лист от лекаря по педиатрия.

(5) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Условията за определяне на стойността на медико-диагностичните дейности - ВСМДИ "Ядрено-магнитен резонанс" или "Компютърна аксиална или спирална томография", на деца под обща анестезия се определят в правилата по чл. 3 от ЗБНЗОК за 2023 г., респ. чл. 3 от ЗБНЗОК за 2024 г., респ. чл. 3 от ЗБНЗОК за 2025 г.

Чл. 155. (1) Лекарите от лечебните заведения за СИМП обявяват в амбулаторията на място, достъпно за здравноосигурените лица, своя седмичен график, който включва не по-малко от 2 часа дневно часове за амбулаторен прием в обявените дни, в които работи съответният специалист, и часове за домашни посещения, както и телефон за връзка.

(2) Лекарите със специалност "Педиатрия" и "Акушерство и гинекология" посочват в

графика и часове за промотивна и профилактична дейност по програми.

(3) Лекарите със специалност "Вътрешни болести", "Гастроентерология", "Урология", "Ендокринология и болести на обмяната", "Кардиология", "Хирургия" и "Акушерство и гинекология" посочват в графика по ал. 1 и часове за профилактична дейност на ЗОЛ с рискови фактори за развитие на заболявания.

(4) Всяко лечебно заведение поддържа и съхранява листа на чакащите и уведомява пациентите си за първата следваща свободна дата за амбулаторен прием.

(5) Лекар специалист от лечебно заведение за СИМП оказва помощ в дома на ЗОЛ, в случай че:

1. е повикан за консултация от ОПЛ, който е преценил, че състоянието на пациента не позволява да посети кабинета на специалиста, като в този случай попълва "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1);

2. за лекувано от него лице се налага повторно посещение в дома на пациента, като в този случай попълва "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1).

(6) Специалистът може да назначи консултация в дома с друг специалист.

(7) Специалистът осъществява и регистрира консултации в дома на пациента или в амбулаторията на ПИМП при поискване от ОПЛ, като го отбелязва в амбулаторния лист и посочва номера на направлението, деня и часа на извършването на консултацията. Лечебно-консултативна помощ в амбулатория на ПИМП при поискване от ОПЛ се осъществява, като за това специалистът е длъжен в срок до 3 календарни дни да уведоми РЗОК писмено или по електронна поща с електронен подпис.

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

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

(3) За обстоятелството по ал. 1 лечебното заведение уведомява РЗОК писмено или по електронна поща, подписано с електронен подпис на представляващия лечебното заведение, в срок до 3 работни дни от началото на заместването. В РЗОК се представят и документите, удостоверяващи обстоятелствата по ал. 2.

(4) Заместникът попълва всички амбулаторни листове за извършена дейност с личните си данни (УИН и трите имена) и УИН на заместваният специалист.

(5) Всички отчетни документи заместникът подписва със своя електронен подпис за срока на заместването, като вписва и регистрационния номер на лечебното заведение, в което е заместник.

(6) При необходимост от диспансерно наблюдение на ЗОЛ и дейности по програми "Майчино здравеопазване" и "Детско здравеопазване" не е необходимо за срока на заместване на лицата да се издава ново медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение (бл. МЗ-НЗОК № 3).

Чл. 157. (1) Изпълнителят на СИМП извършва дейности от пакетите при първични и вторични посещения на ЗОЛ.

(2) Специалистът преценява броя на необходимите вторични прегледи за всеки пациент съобразно неговото състояние.

(3) Първичният и вторичният преглед на едно ЗОЛ не могат да бъдат извършени в рамките на един и същи ден.

Чл. 158. (1) Специалистът е длъжен да насочва за хоспитализация ЗОЛ, когато лечебната

цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ при наличие на индикации за хоспитализация.

(2) В случаите по ал. 1 към направлението за хоспитализация специалистът прилага амбулаторния лист от извършения преглед на пациента с посочени данни от анамнезата и обективното състояние на пациента, предприетите диагностични и терапевтични дейности, в т.ч. и обективните обстоятелства, мотивиращи становището, че лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ. Специалистът вписва в амбулаторния лист от прегледа на пациента и издаването на направлението за хоспитализация и диагнозата, с която пациентът се насочва за диагностика и лечение в болнични условия.

(3) Направление за хоспитализация се издава и в случаите на отказ на пациента, документиран писмено срещу подпис или друг инициализиращ знак на пациента и подпис на лекаря в амбулаторния лист, съгласно чл. 21, ал. 3 и 4 от Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ.

(4) По един екземпляр от направлението за хоспитализация и от амбулаторния лист за прегледа на пациента се съхраняват в изпращащия го специалист.

(5) В случаите по ал. 1 лекарят от лечебно заведение за СИМП издава направление за хоспитализация.

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

Чл. 159. Необходимостта от рехабилитационни мероприятия за ЗОЛ се установява от специалиста и/или ОПЛ, като лечението се извършва по предписан от лекаря - специалист по "Физикална и рехабилитационна медицина", физиотерапевтичен курс на лечение.

Чл. 160. (1) За физиотерапевтичен курс на лечение на определено заболяване се приема комплексно лечение, включващо първоначален преглед на лекаря - специалист по "Физикална и рехабилитационна медицина", с оценка на обективното състояние на пациента с назначени видове и общ брой процедури до 20 в курс от група 1 и/или 2, или 3 по преценка на лекаря специалист, промените на лечението, както и заключителен преглед с оценка на резултатите от проведеното лечение и отразени вид и брой на проведените процедури.

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

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

2. група 2 - процедури с кинезитерапевтични техники;

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

(3) Процедурите от група 1 и/или 2, или 3 от съответните групи, включени в курс на лечение по физиотерапия и рехабилитация, се отразяват непосредствено при провеждането им във "Физиопроцедурна карта" (бл. МЗ № 509-89) за физикална терапия и рехабилитация. Физиопроцедурната карта се съхранява в лечебното заведение.

(4) Прегледите по ал. 1 се отразяват в "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1).

Чл. 161. Специалистът води необходимата документация съгласно глава седемнадесета, раздел X.

Чл. 162. (1) Лечебното заведение за СИМП изисква консултация или провеждане на съвместно лечение със специалист от същото или друго лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, в следните случаи:

1. при необходимост от консултация или провеждане на съвместно лечение със специалист от същата или от друга специалност (бл. МЗ-НЗОК № 3);

2. при необходимост от извършване на ВСМД с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А);

3. при необходимост от извършване на МДИ и/или ВСМДИ с "Медицинско направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4).

(2) Лечебното заведение за СИМП разполага с медицински направления за консултация или за провеждане на съвместно лечение, медицински направления за високоспециализирани дейности и направления за медико-диагностични изследвания.

(3) Изпълнителите на СИМП, оказали медицинска помощ на ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права без направление от ОПЛ, имат право да издават направления за оказване на специализирана медицинска помощ от други специалисти (бл. МЗ-НЗОК № 3), за високоспециализирани медицински дейности (бл. МЗ-НЗОК № 3А), за медико-диагностични дейности (бл. МЗ-НЗОК № 4).

(4) Издаваните от изпълнителите на СИМП направления по ал. 3 са в рамките на определените им брой назначавани СМД и стойност на назначаваните МДД, но не повече от 10 на сто от общия им брой.

(5) В случай на хоспитализиране на ЗОЛ и когато това е удостоверено с подписа му в амбулаторния лист, лекар от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК за оказване на СИМП, не следва да назначава и извършва за периода на хоспитализацията консултативни прегледи и изследвания, необходими за:

1. профилактични и диспансерни прегледи по реда на Наредба № 8 от 2016 г. и Наредба № 9 от 2019 г. и приложение № 13, приложения № 8 и № 13 и № 14;

2. основното заболяване, за което е хоспитализирано лицето;

3. придружаващи заболявания по време на стационарното лечение.

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

Чл. 164. Специалистът извършва дейност и издава следните документи:

1. медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение;

2. медицинско направление за високоспециализирани дейности;

3. направление за медико-диагностична дейност;

4. направление за хоспитализация/КПр/АПр;

5. болничен лист за временна неработоспособност;

6. съобщения за смърт;

7. електронни предписания (бланка МЗ-НЗОК);

8. протоколи по приложение № 2;

9. бързи известия за инфекциозно заболяване и за задължително съобщаване за злокачествено образувание;

10. талон за медицинска експертиза;

11. карта за профилактика на бременността - от специалист по "Акушерство и гинекология";

12. картон за физиотерапевтични процедури - "Физиопроцедурна карта" (бл. МЗ № 509-89) - от специалист по "Физикална и рехабилитационна медицина";

13. медицинско направление за КДН.

Чл. 165. (1) Видът и честотата на дейностите по диспансеризация са посочени в

приложение № 13 и в съответствие с Наредба № 9 от 2019 г. и Наредба № 8 от 2016 г.

(2) Лекарите от лечебните заведения за СИМП провеждат диспансеризация на ЗОЛ при спазване на реда по чл. 4, ал. 1 и 6 на Наредба № 8 от 2016 г. Едно ЗОЛ не може да бъде диспансеризирано за едно и също заболяване в повече от едно лечебно заведение и/или от повече от един лекар за един и същ период от време.

(3) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ до 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други - при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от лекар - специалист от СИМП, съгласно приложение № 8 и приложение № 13.

(4) В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други - при лекар специалист, то този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от ОПЛ съгласно приложение № 8 и приложение № 13. Изключение се допуска за пациентите с инсулинозависим захарен диабет, неинсулинозависим захарен диабет на инсулинолечение и пациенти, претърпели сърдечни интервенции и/или операции до края на първата година след интервенцията/операцията, при които диспансерното наблюдение се осъществява от лекар - специалист от СИМП.

(5) В случаите по ал. 4, когато ЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение за всички заболявания изцяло от ОПЛ, е препоръчително извършването на два консултативни прегледа от съответния лекар - специалист от СИМП, за съответната календарна година по преценка на ОПЛ, но не по-малко от един, като в тези случаи ОПЛ насочва пациента за консултативен преглед.

(6) В случаите по ал. 5, когато ЗОЛ е заявило писмен отказ в амбулаторния лист от извършване на консултативен преглед при лекар специалист, ОПЛ има право да не назначи консултация.

(7) В случаите, в които при прегледа от лекаря специалист на база издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 13 или приложения № 8 и № 13, ЗОЛ подлежат на диспансеризация, като диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

Чл. 166. (1) В случаите по чл. 165, в които за отделните заболявания е определена различна честота на диспансерните прегледи/медицинските дейности за периода на наблюдение (за календарна година), за обща честота на диспансерните прегледи/медицинските дейности се приема най-високата предвидена честота за което и да е от заболяванията на ЗОЛ, диспансеризирани от съответния лекар.

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

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

(4) При уведомяване на ЗОЛ за правото му на следващ диспансерен преглед и последващото неявяване на ЗОЛ диспансеризиращият лекар не носи отговорност.

Чл. 167. (1) Специалистите по "Педиатрия" и "Акушерство и гинекология" в лечебните заведения за СИМП изпълняват съответно: програма "Детско здравеопазване" и програма "Майчино

здравеопазване" съгласно приложения № 1, 2 и 6 на Наредба № 8 и приложение № 14 "Дейности на лекаря специалист по "Педиатрия" по програма "Детско здравеопазване", на лекаря специалист по "Акушерство и гинекология" по програма "Майчино здравеопазване" и на лекаря специалист по профилактика на ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване.

(2) Лекарите със специалност "Вътрешни болести", "Гастроентерология", "Урология", "Ендокринология и болести на обмяната", "Кардиология", "Хирургия" и "Акушерство и гинекология" извършват профилактика на ЗОЛ над 18 години съгласно приложение № 14.

(3) В случаите, в които при прегледа от лекаря специалист се установи, че се касае за заболявания (състояния), включени в приложение № 14, ЗОЛ подлежат на профилактика, като диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

Чл. 168. (1) Профилактиката и диспансеризацията на ЗОЛ се извършват в съответствие с медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика и включват необходимите медицински дейности на лекаря специалист при осъществяването на профилактичния/диспансерния преглед, както и извършване на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации.

(2) При поискване от пациента специалистът му предоставя екземпляр от медицинската документация за всеки извършен преглед.

Чл. 169. (1) Високоспециализираните медицински дейности и ВСМДИ се назначават само от изпълнители на СИМП.

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

(3) За ВСМДИ: "Мамография на двете млечни жлези", "Ехография на млечна жлеза" от пакет "Образна диагностика", "Хормони: fT4, TSH", "Туморен маркер: PSA - общ и свободен" и "Изследване на урина - микроалбуминурия" от пакет "Клинична лаборатория"; за ВСМДИ, които фигурират и като МДИ в друг пакет по друга специалност, както и за ВСМДИ по искане на ТЕЛК или НЕЛК се допуска назначаването им и от изпълнителите на ПИМП.

Чл. 170. (1) След издаване на направление за хоспитализация/КПр/АПр специалистът не назначава допълнително прегледи и изследвания по искане на лечебното заведение за болнична помощ.

(2) След изписване на ЗОЛ от лечебно заведение за БП контролните прегледи, включени в КП, не се отнасят до:

1. профилактични прегледи на ЗОЛ;

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

3. преглед по повод диспансерно наблюдение на ЗОЛ;

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

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

Чл. 171. За оказаната СИМП потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО не се заплаща от категориите лица по чл. 37, ал. 4 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 11 "Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО".

Чл. 172. Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ оказват СИМП в консултативните си кабинети и отделенията си без легла при спазване на описаните по-горе условия и ред.

Условия и ред за извършване на медико-диагностична дейност

Чл. 173. (1) Изпълнителите извършват медико-диагностични изследвания въз основа на "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4), издадено от изпълнител на ПИМП или СИМП.

(2) В направлението за медико-диагностична дейност се описват кодовете на необходимите изследвания, за които има договор с НЗОК. За изследвания, които в един пакет са МДИ, а в друг пакет са ВСМДИ съгласно приложение № 10, всяко изследване със своя код се посочва в отделно направление за медико-диагностична дейност.

(3) За ВСМДИ, включени в един пакет съгласно приложение № 10, всяко изследване със своя код може да се посочи както в едно, така и в отделни направления за медико-диагностична дейност.

(4) Извършените медико-диагностични изследвания на ЗОЛ се отразяват в съответния лабораторен журнал - хартиен или електронен, по хронология с отразени резултати.

(5) В случаите на задължително апаратно отчитане медико-диагностичната лаборатория следва да съхранява първичната лабораторна документация - оригиналните апаратни данни (на хартиен или електронен носител), с които се документира реалното извършване на съответното МДИ, за срок не по-малко от 1 година.

Чл. 174. (1) Медико-диагностичната лаборатория осъществява договорената дейност в съответствие с медицинските стандарти, в т.ч. и с общите изисквания към преаналитичния етап на лабораторната дейност в структурата по клинична лаборатория в рамките на дневния работен график на лабораторията. В изпълнение на договора с НЗОК лекарят специалист следва да има работен график в лабораторията, който не може да бъде по-малък от 4 часа.

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

Чл. 175. (1) За медико-диагностични дейности в лабораторията съответният изпълнител може да определи цена "биологичен материал", като сумата се заплаща от ЗОЛ.

(2) За едно посещение в медико-диагностичната лаборатория се плаща цена, определена по реда на ал. 1, независимо от броя на изследванията.

(3) В случай че ЗОЛ заплаща цена "биологичен материал" по ал. 1, лечебното заведение не може да изисква от него за изследвания в същата лаборатория такса по чл. 37, ал. 1, т. 1 ЗЗО.

(4) В лечебни заведения, извършващи медико-диагностични дейности, за които не се плаща сумата по ал. 1, ЗОЛ заплащат таксата по чл. 37, ал. 1, т. 1 ЗЗО.

(5) От заплащане на сума "биологичен материал" по ал. 1 се освобождават лицата без доходи, настанени в домове за деца и юноши, домове за деца от предучилищна възраст и домове за социални грижи.

Чл. 176. (1) В случаите по чл. 154 изпълнителят извършва ВСМДИ "Ядрено-магнитен резонанс" или "Компютърна аксиална или спирална томография" на дете под обща анестезия въз основа на "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4) и съвместно заключение на специалиста по образна диагностика и лекаря по педиатрия.

(2) Изпълнителят по ал. 1 извършва ВСМДИ при спазване на описаните по-горе условия и ред, както и в съответствие с медицинския стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

(3) Изпълнителят по ал. 1 осигурява 24-часово активно наблюдение на детето при необходимост след обща анестезия.

Чл. 177. Лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ извършват медико-диагностичната дейност в медико-диагностичните си лаборатории при спазване на описаните по-горе условия и ред.

Раздел IV.
Критерии за качество и достъпност на медицинската помощ

Критерии за качество и достъпност на първичната извънболнична медицинска помощ

Чл. 178. (1) Изпълнителите на ПИМП оказват договорените медицински дейности съгласно критериите за качество и достъпност на медицинската помощ, които са критерии за качество и достъпност на процеса и критерии за качество и достъпност на резултата.

(2) Критериите за качество и достъпност на процеса са:

1. изпълнение на профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години и формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване;

степен на обхващане - не по-малко от 45 % от подлежащите;

2. изпълнение на изискванията на програма "Майчино здравеопазване";

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

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

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

4. срочност на извършване на първия преглед на новородено - до 24 часа след изписване от лечебното заведение при осъществен избор на родителите/законните настойници на лекар на детето; при липса на избран лекар до 24-тия час след изписването първият преглед се извършва до 24 часа след избора.

(3) Критерии за качество на резултата са:

1. изпълнение на диспансерно наблюдение на пациенти със захарен диабет - неинсулинозависим тип, за целия период на диспансерно наблюдение (за календарна година), но не по-малко от 6 месеца:

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

а) за добър контрол се считат стойности до 7,0 % на HbA1c (или до 8,0 % за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения, множество съпътстващи заболявания), измерени при прегледи по повод на диспансерно наблюдение или по друг повод;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат стойности над 7,0 % на HbA1c (или над 8,0 % за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения на захарен диабет, множество съпътстващи заболявания), измерени при прегледи по повод на диспансерно наблюдение или по друг повод;

1.2. компенсирано състояние на съпътстващата при захарен диабет артериална хипертония в над 50 % от периода на диспансерно наблюдение - отчита се времето, през което пациентът е бил компенсиран, като процент от целия период на наблюдение:

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

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат

измерените стойности на систолното налягане над 140 mm/Hg и диастолно над 85 mm/Hg;

1.3. компенсирано състояние на съпътстващото захарен диабет при сърдечносъдово заболяване в периода на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l за пациенти с ИБС и респ. под 2,6 mmol/l за останалите;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат нива LDL холестерол над 1,8 mmol/l за пациенти с ИБС и респ. над 2,6 mmol/l за останалите;

2. изпълнение на диспансерно наблюдение на пациенти със сърдечносъдови заболявания или мозъчносъдова болест за целия период на диспансерно наблюдение (за календарна година), но не по-малко от 6 месеца:

2.1. компенсирано състояние на артериалното налягане в над 50 % от периода на наблюдение - отчита се времето, през което пациентът е бил компенсиран, като процент от целия период на диспансерно наблюдение:

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

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

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

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l, респективно под 2,6 mmol/l, под 3 mmol/l за пациентите съответно с много висок, висок, умерен и нисък риск от развитие на друго сърдечносъдово заболяване;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат нива на LDL холестерол над 1,8 mmol/l, респ. над 2,6 mmol/l, над 3 mmol/l за пациентите съответно с много висок, висок, умерен и нисък риск от развитие на друго сърдечносъдово заболяване.

(4) Стойностите за HbA1c, LDL холестерол и артериално налягане, посочени в критериите за качество и достъпност по ал. 3, са прицелни и са насочени към мониториране и проследяване на здравословното състояние на диспансеризирани пациенти за сърдечносъдови заболявания и/или захарен диабет и резултатите от проведеното лечение. В тези случаи е необходимо да се предприемат мерки, включващи: препоръки за начин на живот, двигателна активност, хигиенно-диетичен режим, преустановяване на вредни навици от пациента, промяна в терапията и/или назначаване на консултация със специалист и др., и не са основание за налагане на санкция.

Критерии за качество и достъпност на специализираната извънболнична медицинска помощ

Чл. 179. (1) Изпълнителите на СИМП оказват договорените медицински дейности съгласно критериите за качество и достъпност на медицинската помощ, които са критерии за качество и достъпност на процеса и критерии за качество и достъпност на резултата.

(2) Критериите за качество и достъпност на процеса са:

1. изпълнение на профилактични прегледи на ЗОЛ с рискови фактори за развитие на заболяване в случай на насочване от ОПЛ и достигнали до лекар - специалист в СИМП;

2. изпълнение на изискванията на програма "Майчино здравеопазване";

степен на обхващане - не по-малко от 85 %;

3. изпълнение на програма "Детско здравеопазване" за проследяване на здравословното състояние на лица на възраст от 0 до 18 години;

степен на обхващане - не по-малко от 85 %;

4. срочност на извършване на първия преглед на новородено - до 24 часа след изписване от лечебното заведение при осъществен избор на родителите/законните настойници на лекар на детето; при липса на избран лекар до 24-тия час след изписването първият преглед се извършва до 24 часа след избора;

5. минимална продължителност на профилактичен преглед, включително и извършването на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации - 10 минути;

6. минимална продължителност на диспансерен преглед, включително и извършването на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации - 10 минути;

7. минимална продължителност на първичен преглед на дете по повод остро състояние - 15 минути.

(3) Критерии за качество на резултата са:

1. изпълнение на диспансерно наблюдение на пациенти със захарен диабет тип 2 на инсулиново лечение (за целия период на диспансерно наблюдение (за календарна година):

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

а) за добър контрол се считат стойности до 7,0 % на HbA1c (или до 8,0 % за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения, множество съпътстващи заболявания), измерени при диспансерни прегледи или по друг повод;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат стойности над 7,0 % на HbA1c (или над 8,0 % за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения на захарен диабет, множество съпътстващи заболявания), измерени при прегледи по повод диспансерно наблюдение или по друг повод;

1.2. компенсирано състояние на съпътстващата при захарен диабет артериална хипертония в над 50 % от периода на диспансерно наблюдение - отчита се времето, през което пациентът е бил компенсиран, като процент от целия период на наблюдение:

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

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

1.3. компенсирано състояние на съпътстващото захарен диабет сърдечносъдово заболяване в периода на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l за пациенти с ИБС и респ. под 2,6 mmol/l за останалите;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат нива на LDL холестерол над 1,8 mmol/l за пациенти с ИБС и респ. над 2,6 mmol/l за останалите;

2. изпълнение на диспансерно наблюдение на пациенти със сърдечносъдови заболявания (за целия период на диспансерно наблюдение (за календарна година):

2.1. компенсирано състояние на артериалното налягане в над 50 % от периода на наблюдение - отчита се времето, през което пациентът е бил компенсиран, като процент от целия период на диспансерно наблюдение:

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

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

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

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l, респ. под 2,6 mmol/l, под 3 mmol/l за пациентите с много висок, висок, умерен и нисък риск от развитие на друго сърдечносъдово заболяване;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат нива на LDL холестерол над 1,8 mmol/l, респ. над 2,6 mmol/l, над 3 mmol/l за пациентите с много висок, висок, умерен и нисък риск от развитие на друго сърдечносъдово заболяване.

(4) Стойностите за HbA1c, LDL холестерол и артериално налягане, посочени в критериите за качество и достъпност по ал. 3, са прицелни и са насочени към мониториране и проследяване на здравословното състояние на диспансеризирани пациенти за сърдечносъдови заболявания и/или захарен диабет и резултатите от проведеното лечение. В тези случаи е необходимо да се предприемат мерки, включващи: препоръки за начин на живот, двигателна активност, хигиенно-диетичен режим, преустановяване на вредни навици от пациента, промяна в терапията и/или назначаване на консултация със специалист и др., и не са основание за налагане на санкция.

Критерии за качество и достъпност на специализираните медико-диагностични изследвания

Чл. 180. (1) Изпълнителите на МДИ оказват договорените медицински дейности съгласно критериите за качество и достъпност на медицинската помощ, които са критерии за качество и достъпност на процеса и критерии за качество и достъпност на резултата.

(2) Критериите за качество и достъпност на процеса са:

1. изпълнение на задължителните нормативни изисквания съгласно медицинските стандарти по специалности;

2. лекарско присъствие в рамките на обявения график;

3. осъществяване и документиране на текущ лабораторен контрол и предприетите коригиращи действия;

4. документирана преценка на резултата от изследванията (интерпретация на резултатите или референтни стойности) от лекар с придобита специалност по профила на лабораторията.

Раздел V.
Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности в извънболничната медицинска помощ

Чл. 181. (1) Националната здравноосигурителна каса закупува медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 ЗЗО, оказвана на ЗОЛ при условията и по реда на НРД, определена като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба № 9 от 2019 г.

(2) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят обеми и цени на видовете медицинска помощ по ал. 1, определени по реда на настоящия раздел.

(3) Договорените обеми и цени от 1.09.2023 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2023 г. по ЗБНЗОК за 2023 г. съгласно чл. 182, 183 и 184.

(3а) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) Договорените обеми и цени от 1.01.2024 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2024 г. по ЗБНЗОК за 2024 г. съгласно чл. 182а, 183а и 184а.

(3б) (Нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Договорените обеми и цени от

1.01.2025 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2025 г. по ЗБНЗОК за 2025 г. съгласно чл. 182б, 183б и 184б.

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

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

Чл. 182. (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.09 - 31.12.2023 г. закупуването на следните обеми дейности в ПИМП, включени в приложение № 1 "Първична извънболнична медицинска помощ" и приложение № 1а "Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
Капитационно плащане			
GP01 0-18Y	Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст от 0 до 18 години	1 196 864	3,65
GP01 18-65Y	Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст от 18 до 65 години	3 087 485	2,20
GP01 65-200Y	Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст над 65 години	1 457 537	3,30
GP08	Заплащане за осигуряване на достъп до медицинска помощ на ЗОЛ извън обявения работен график на практиката, съгласно Наредба № 9 от 2019 г.	5 739 130	0,22
Дейност по програма "Детско здравеопазване"			
GP04 0-1Y	Профилактични прегледи за лица от 0 до 1 година по програма "Детско здравеопазване"	162 440	25,00
GP04 1-2Y	Профилактични прегледи за лица от 1 до 2 години по програма "Детско здравеопазване"	55 825	25,00
GP04 2-7Y	Профилактични прегледи за лица от 2 до 7 години по програма "Детско здравеопазване"	180 580	25,00
GP04 7-18Y	Профилактични прегледи за лица от 7 до 18 години по програма "Детско здравеопазване"	339 766	25,00
GP-N-01	Посещение за осъществяване на здравни грижи за новородено до 14 дни след изписване от лечебното заведение	67	15,00
GP03	Задължителни имунизации и реимунизации на деца от 0 до 18 години	268 304	12,50
Поставяне на препоръчителни ваксини по национални програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ			4,00
GP06	Профилактични прегледи по програма "Майчино здравеопазване”	627	24,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
Дейност по диспансерно наблюдение			
NGP02	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно заболяване	622 885	23,00
NGP02-D	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с две заболявания	486 186	25,00
NGP03D	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две заболявания	337 754	30,00
GP05	Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г.	829 904	31,00
GP09	Имунизации на лица над 18 години	59 553	12,50
GP07	Инцидентни посещения на ЗОЛ от други здравни райони	5 842	20,00
Средства за финансиране по раздел VIII		3 000 000,00	

(2) Договорената в ал. 1 цена на ред GP05 "Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г." се заплаща ежемесечно в сроковете и по реда на чл. 231.

(3) Изравнително калкулиране за процента на обхванатите лица по ал. 2 се определя, както следва:

1. за извършена профилактика на до 51 % от ЗОЛ над 18 г. цената на извършените годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. е 25 лв.;

2. за извършена профилактика на над 51 % до 60 % от ЗОЛ над 18 г. цената на извършените годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. е 31 лв.;

3. за извършена профилактика на над 60 % от ЗОЛ над 18 г. цената на извършените годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. е 33 лв.

(4) Процентът на обхванатите с годишни профилактични прегледи ЗОЛ над 18 г. се определя за всеки ОПЛ месечно като съотношение между общия брой на одобрените за заплащане годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. в рамките на съответния период и средномесечния пропорционален брой прегледи за същия период, определен спрямо подлежащите на обхващане лица за този период. Годишното изравняване се извършва въз основа на дейностите по ал. 2 за периода м. януари - м. ноември на съответната година. За всеки от посочените периоди се извършва кумулативно изравняване спрямо параметрите по ал. 3 в рамките на съответния период и при необходимост преизчисляване на стойностите по ал. 3, т. 1 - 3.

(5) Подлежащите на обхващане лица се определят от броя на одобрените за заплащане лица по редове GP01 18-65Y "Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст от 18 до 65 години" и GP01 65-200Y "Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст над 65 години".

(6) Размерът на заплащането по ал. 3 се определя като разлика между заплатените средства по ал. 2 и определените цени по ал. 3, т. 1 - 3.

(7) Дейностите за GP05 "Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г." се заплащат на цена 31 лв., която подлежи на месечна корекция след изравняване по реда на ал. 4.

(8) В месечното известие по чл. 231 изпълнителите на ПИМП получават информация по ОПЛ за показателите по определяне на изравнителната сума за процент с обхванати годишни профилактични прегледи ЗОЛ над 18 г. по ал. 6.

Чл. 182а. (Нов - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. - 31.12.2024 г. следните обеми и цени за дейностите в ПИМП, включени в приложение № 1 "Първична извънболнична медицинска помощ" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
Капитационно плащане			
GP01 0-18Y	Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст от 0 до 18 години	1 183 404	4,50
GP01 18-65Y	Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст от 18 до 65 години	3 083 228	2,70
GP01 65-200Y	Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст над 65 години	1 476 522	4,10
GP08	Заплащане за осигуряване на достъп до медицинска помощ на ЗОЛ извън обявения работен график на практиката съгласно Наредба № 9 от 2019 г.	5 736 903	0,27
Дейност по програма "Детско здравеопазване"			
GP04 0-1Y	Профилактични прегледи за лица от 0 до 1 година по програма "Детско здравеопазване"	467 429	31,00
GP04 1-2Y	Профилактични прегледи за лица от 1 до 2 години по програма "Детско здравеопазване"	161 532	31,00
GP04 2-7Y	Профилактични прегледи за лица от 2 до 7 години по програма "Детско здравеопазване"	432 570	31,00
GP04 7-18Y	Профилактични прегледи за лица от 7 до 18 години по програма "Детско здравеопазване"	603 217	31,00
GP-N-01	Посещение за осъществяване на здравни грижи за новородено	153	18,50
GP03	Задължителни имунизации и реимунизации на деца от 0 до 18 години	674 427	15,50
Поставяне на препоръчителни ваксини по национални програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ			10,00
GP06	Профилактични прегледи по програма "Майчино здравеопазване"	1 738	29,50
Дейност по диспансерно наблюдение			
NGP02	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно заболяване	1 869 896	29,00
NGP02-D	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с две заболявания	1 503 748	31,00
NGP03D	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две	1 091	36,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	заболявания	069	
GP05	Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г.	2 609 257	34,00
GP09	Имунизации на лица над 18 години	169 453	15,50
GP07	Инцидентни посещения на ЗОЛ от други здравни райони	17 113	25,00
Средства за финансиране по раздел VIII		9 000 000,00	

(2) Договорената в ал. 1 цена на ред GP05 "Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г." се заплаща ежемесечно в сроковете и по реда на чл. 231.

(3) Процентът на обхванатите с годишни профилактични прегледи ЗОЛ над 18 г. се определя за всеки ОПЛ въз основа на дейностите по ал. 2 за периода м. януари - м. ноември на съответната година, като съотношение между общия брой на одобрените за заплащане годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. в рамките на съответния период и средномесечния пропорционален брой прегледи за същия период, определен спрямо подлежащите на обхващане лица за този период.

(4) Подлежащите на обхващане лица се определят от броя на одобрените за заплащане лица по редове GP01 18-65Y "Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст от 18 до 65 години" и GP01 65-200Y "Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст над 65 години".

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

(6) Заплащането по ал. 5 се определя за броя на одобрените за заплащане за периода м. януари - м. ноември на съответната година GP05 "Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г." по цена от 5 лв.

Чл. 182б. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. - 31.12.2025 г. следните обеми и цени за дейностите в ПИМП, включени в приложение № 1 "Първична извънболнична медицинска помощ" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
Капитационно плащане			
GP01 0-18Y	Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст от 0 до 18 години	1 182 794	5,40
GP01 18-65Y	Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст от 18 до 65 години	3 092 197	2,95
GP01 65-200Y	Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст над 65 години	1 480 411	4,65

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
GP08	Заплащане за осигуряване на достъп до медицинска помощ на ЗОЛ извън обявения работен график на практиката, съгласно Наредба № 9 от 2019 г.	5 754 633	0,30
Дейност по програма "Детско здравеопазване"			
GP04 0-1Y	Профилактични прегледи за лица от 0 до 1 година по програма "Детско здравеопазване"	459 601	36,50
GP04 1-2Y	Профилактични прегледи за лица от 1 до 2 години по програма "Детско здравеопазване"	157 667	36,50
GP04 2-7Y	Профилактични прегледи за лица от 2 до 7 години по програма "Детско здравеопазване"	428 540	36,50
GP04 7-18Y	Профилактични прегледи за лица от 7 до 18 години по програма "Детско здравеопазване"	606 582	35,50
GP-N-01	Посещение за осъществяване на здравни грижи за новородено	133	21,00
GP03	Задължителни имунизации и реимунизации на деца от 0 до 18 години	703 944	16,50
Поставяне на препоръчителни ваксини по национални програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ			10,00
GP06	Профилактични прегледи по програма "Майчино здравеопазване"	1 640	32,00
Дейност по диспансерно наблюдение			
NGP02	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно заболяване	1 904 246	34,00
NGP02-D	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с две заболявания	1 577 924	36,00
NGP03D	Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две заболявания	1 191 711	41,00
GP05	Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години	2 590 000	36,00
GP09	Имунизации на лица над 18 години	175 401	16,50
GP07	Инцидентни посещения на ЗОЛ от други здравни райони	23 158	27,00
Средства за финансиране по раздел VIII		10 000 000,00	

(2) Договорената в ал. 1 цена на ред GP05 "Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г." се заплаща ежемесечно в сроковете и по реда на чл. 231.

(3) Процентът на обхванатите с годишни профилактични прегледи ЗОЛ над 18 г. се определя за всеки ОПЛ въз основа на дейностите по ал. 2 за периода м. януари - м. ноември на съответната година като съотношение между общия брой на одобрените за заплащане годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. в рамките на съответния период и средномесечния пропорционален брой прегледи за същия период, определен спрямо подлежащите на обхващане лица

за този период.

(4) Подлежащите на обхващане лица се определят от броя на одобрените за заплащане лица по редове GP01 18-65Y "Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст от 18 до 65 години" и GP01 65-200Y "Капитационно заплащане за ЗОЛ на възраст над 65 години".

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

(6) Заплащането по ал. 5 се определя за броя на одобрените за заплащане за периода м. януари - м. ноември на съответната година GP05 "Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г." по цена от 5 лв.

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

Чл. 183. Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.09 - 31.12.2023 г. закупуването на следните обеми за дейностите в СИМП, включени в приложение № 2 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" и приложение № 6 "Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение" към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г., по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
Първични посещения			
SOMC-43 1	Първични прегледи по повод остри заболявания и с хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	2 140 650	40,00
SOMC-44 1	Първични прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист по "Педиатрия" и/или с придобита профилна специалност по "Детски болести", насочен от ОПЛ по повод остри състояния	312 786	42,00
SOMC-45 1	Първични прегледи при специалисти ("Хирургия", "Ортопедия и травматология"), изпълняващи процедури	35 261	40,00
SOMC-40 1	Първични профилактични прегледи по програма "Майчино здравеопазване"	11 981	40,00
SOMC-42 1	Първични специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ	10 758	40,00
Вторични посещения			
SOMC-43 2	Вторични прегледи по повод остри заболявания и с хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	954 255	15,00
SOMC-44 2	Вторични прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист "Педиатрия" и/или с придобита профилна специалност по "Детски болести", насочен от ОПЛ по повод остри състояния	214 858	17,00
SOMC-45 2	Вторични прегледи при специалисти ("Хирургия", "Ортопедия и травматология"), изпълняващи процедури	31 138	15,00
SOMC-	Профилактични прегледи на ЗОЛ до 18 г. от лекар-специалист с придобита	16 517	23,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
39	специалност по "Педиатрия"		
SOMC-40 2	Вторични профилактични прегледи по програма "Майчино здравеопазване"	87 056	25,00
SOMC-41	Профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. с рискови фактори за развитие на заболяване	40	30,00
SOMC-42 2	Специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно или повече заболявания	190 459	23,00
SOMC-55	Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания	3 611	25,00
Медицинска експертиза		352 698	13,60
Високоспециализирани дейности			
05.31	Локално обезболяване - проводна анестезия	1	7,49
06.11	Пункционна биопсия на щитовидна жлеза под ехографски контрол	229	28,36
14.24	Лазертерапия при очни заболявания	2 739	39,91
21.22	Вземане на биопсичен материал от нос	1	13,38
21.29	Назален провокационен тест с алергени	1	26,22
21.31	Отстраняване на полипи от носната кухина	4	26,75
22.01	Пункция и аспирация на максиларен синус	211	13,05
28.0	Инцизия на тонзиларни и перитонзиларни абсцеси	145	13,05
31.48	Ларингостробоскопия; ларингостробография	95	26,75
33.29	Бронхопровокационен тест с метахолин	1	32,10
38.50	Лигатура на вена при подкожни варикозни образувания и ексцизия на варикозни възли	10	29,96
39.96	Венозна анестезия	41	25,00
40.11	Вземане на биопсичен материал от лимфен възел	130	13,91
41.31	Вземане на материал чрез костно-мозъчна пункция за специализирани изследвания	1	16,05
45.13	Диагностична горна ендоскопия	1 149	40,00
45.23	Диагностична долна ендоскопия, фиброколоноскопия	105	40,00
45.24	Диагностична долна ендоскопия, фибросигмоидоскопия	211	40,00
57.32	Уретроцистоскопия (диагностична)	464	20,12
57.33	Вземане на биопсичен материал от пикочен мехур	1	13,91
58.0	Уретротомия при стриктура	5	14,98
58.23	Вземане на биопсичен материал от уретра	1	13,91

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
60.11	Вземане на биопсичен материал от простата	7	13,91
64.11	Вземане на биопсичен материал от пенис	1	13,91
67.11	Колпоскопия със/без прицелна биопсия	2 340	40,00
67.19	Абразио на цервикален канал	39	40,00
67.32	Деструктивно лечение на доброкачествени изменения на маточната шийка, с изключение на химична каутеризация	619	13,91
68.16	Аспирационна ендометриална биопсия	7	8,03
75.39	Фетална морфология	41	60,00
81.91	Диагностична и терапевтична пункция на стави	6 790	17,44
82.04	Инцизия и дренаж на палмарно или тенарно пространство	235	40,77
83.13	Вагинотомия	1	8,56
85.0	Инцизия на гръдна (млечна) жлеза	153	16,05
85.11	Вземане на биопсичен материал от гърда	158	13,91
86.3	Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори	3 382	13,91
88.71	Трансфонтанелна ехография	348	17,44
88.72	Ехокардиография	182 144	22,79
88.721	Фетална ехокардиография на рисков контингент за сърдечна патология на плода	1	28,90
88.73	Ехография на млечна жлеза	810	20,00
88.75	Доплерово ултразвуково изследване на бъбречни съдове	795	17,66
88.77	Доплерова сонография; доплерова сонография на периферни съдове; доплерова сонография на съдовете на щитовидната жлеза	12 311	17,66
88.79	Ехографско изследване на стави при деца	3 727	17,66
88.98	Остеоденситометрия и интерпретация при следните случаи: Болни с трансплантирани органи. Пациенти с хиперпаратиреоидизъм. Пациенти с хипогонадизъм	1	20,33
89.01	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани тромбоцити	1	26,75
89.04	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани еритроцити - обем циркулираща кръв/кинетика на еритроцити	1	26,75
89.06	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел от морфологични, имунофенотипни, цитогенетични и молекулярни показатели за диагноза и определяне на група прогностичен риск при болен с левкемия	3	26,75
89.07	Снемане на анестезиологичен статус за планиране на оперативна интервенция с анестезия	1 002	14,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
89.08	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел имунохистохимични, имунохимични показатели β-микроглобулин за диагноза и определяне на група прогностичен риск при пациент с лимфом	1	26,75
89.12	Назален провокационен тест с медиатори	1	28,89
89.14	Електроенцефалография (ЕЕГ)	7 800	16,05
89.41	Сърдечно-съдов тест с натоварване	1 788	20,12
89.50	Непрекъснат 24-часов електрокардиографски запис (ЕКГ Холтер мониториране)	3 953	17,44
89.61	Непрекъснат 24-часов запис на артериално налягане (Холтер мониториране)	469	17,12
90.49	Индуциране на храчка и нейната обработка	1	12,84
93.08	Електромиография (ЕМГ)	13 363	16,05
93.13	Постизометрична релаксация	89	12,84
93.21	Екстензионна терапия	10	12,84
93.27	Специализирани кинезитерапевтични методи, приложими при ДЦП	12	27,82
93.75	Фониатрична консултация с последваща гласова рехабилитация - (комплекс дихателни, фониаторни и резонаторни упражнения)	194	27,82
94.35	Сесия за кризисна интервенция	23	45,00
95.12	Флуоресцентна ангиография на съдовете на окото	3 397	36,06
95.23	Евокирани потенциали	45	20,33
95.47	Фонетография	1	16,05
96.53	Назален лаваж и обработка	1	18,19
99.88	Лазертерапия при ставни заболявания и трудно зарастващи рани	4 020	26,75
Z01.5	Кожно-алергично тестуване	223	8,03
Z01.5	Тестуване за поносимост при прилагане на анестетици	236	9,63
Физикална и рехабилитационна медицина			
SOMC-56	Първоначален специализиран преглед по пакет физиотерапия и рехабилитация	152 194	23,00
SOMC-36	Процедури по група 1 по пакет физиотерапия и рехабилитация	1 526 478	6,20
SOMC-37	Процедури по група 2 по пакет физиотерапия и рехабилитация	57 121	6,20
SOMC-38	Процедури по група 3 по пакет физиотерапия и рехабилитация	1 450 403	6,20
SOMC-	Заключителен преглед по пакет физиотерапия и рехабилитация	150	12,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
46		327	
Средства за финансиране по раздел VIII		400 000,00	

Чл. 183а. (Нов - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. - 31.12.2024 г. следните обеми и цени за дейностите в СИМП, включени в приложение № 2 към чл. 1 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" и приложение № 6 към чл. 1 "Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение" на Наредба № 9 от 2019 г.:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
Първични посещения			
SOMC-43 1	Първични прегледи по повод остри заболявания и с хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	6 311 507	46,00
SOMC-44 1	Първични прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист по "Педиатрия" и/или с придобита профилна специалност по "Детски болести", насочен от ОПЛ по повод остри състояния	969 839	48,00
SOMC-45 1	Първични прегледи при специалисти ("Хирургия", "Ортопедия и травматология"), изпълняващи процедури	100 009	46,00
SOMC-40 1	Първични профилактични прегледи по програма "Майчино здравеопазване"	36 152	46,00
SOMC-42 1	Първични специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ	33 647	46,00
Вторични посещения			
SOMC-43 2	Вторични прегледи по повод остри заболявания и с хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	2 993 948	17,00
SOMC-44 2	Вторични прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист "Педиатрия" и/или с придобита профилна специалност по "Детски болести", насочен от ОПЛ по повод остри състояния	680 780	19,00
SOMC-45 2	Вторични прегледи при специалисти ("Хирургия", "Ортопедия и травматология"), изпълняващи процедури	89 998	17,00
SOMC-39	Профилактични прегледи на ЗОЛ до 18 г. от лекар-специалист с придобита специалност по "Педиатрия"	47 689	31,00
SOMC-40 2	Вторични профилактични прегледи по програма "Майчино здравеопазване"	259 446	26,00
SOMC-	Профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. с рискови фактори за развитие	159	35,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
41	на заболяване		
SOMC-42 2	Специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно или повече заболявания	580 690	28,00
SOMC-55	Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания	10 675	35,00
Медицинска експертиза		1 014 057	17,00
Високоспециализирани дейности			
05.31	Локално обезболяване - проводна анестезия	1	7,49
06.11	Пункционна биопсия на щитовидна жлеза под ехографски контрол	1 137	28,36
14.24	Лазертерапия при очни заболявания	8 598	39,91
21.22	Вземане на биопсичен материал от нос	1	13,38
21.29	Назален провокационен тест с алергени	1	26,22
21.31	Отстраняване на полипи от носната кухина	18	26,75
22.01	Пункция и аспирация на максиларен синус	809	13,05
28.0	Инцизия на тонзиларни и перитонзиларни абсцеси	419	13,05
31.48	Ларингостробоскопия; ларингостробография	249	26,75
33.29	Бронхопровокационен тест с метахолин	1	32,10
38.50	Лигатура на вена при подкожни варикозни образувания и ексцизия на варикозни възли	4	29,96
39.96	Венозна анестезия	111	25,00
40.11	Вземане на биопсичен материал от лимфен възел	340	13,91
41.31	Вземане на материал чрез костно-мозъчна пункция за специализирани изследвания	1	16,05
45.13	Диагностична горна ендоскопия	3 505	40,00
45.23	Диагностична долна ендоскопия, фиброколоноскопия	412	40,00
45.24	Диагностична долна ендоскопия, фибросигмоидоскопия	691	40,00
57.32	Уретроцистоскопия (диагностична)	1 531	20,12
57.33	Вземане на биопсичен материал от пикочен мехур	1	13,91
58.0	Уретротомия при стриктура	3	14,98
58.23	Вземане на биопсичен материал от уретра	1	13,91
60.11	Вземане на биопсичен материал от простата	3	13,91

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
64.11	Вземане на биопсичен материал от пенис	1	13,91
67.11	Колпоскопия с/без прицелна биопсия	7 796	40,00
67.19	Абразио на цервикален канал	127	40,00
67.32	Деструктивно лечение на доброкачествени изменения на маточната шийка, с изключение на химична каутеризация	1 685	13,91
68.16	Аспирационна ендометриална биопсия	17	8,03
75.39	Фетална морфология	105	60,00
81.91	Диагностична и терапевтична пункция на стави	23 641	17,44
82.04	Инцизия и дренаж на палмарно или тенарно пространство	642	40,77
83.13	Вагинотомия	3	8,56
85.0	Инцизия на гръдна (млечна) жлеза	398	16,05
85.11	Вземане на биопсичен материал от гърда	425	13,91
86.3	Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори	11 800	13,91
88.71	Трансфонтанелна ехография	1 091	17,44
88.72	Ехокардиография	543 103	25,00
88.721	Фетална ехокардиография на рисков контингент за сърдечна патология на плода	1	28,90
88.73	Ехография на млечна жлеза	2 330	25,00
88.75	Доплерово ултразвуково изследване на бъбречни съдове	2 913	17,66
88.77	Доплерова сонография; доплерова сонография на периферни съдове; доплерова сонография на съдовете на щитовидната жлеза	42 026	25,00
88.79	Ехографско изследване на стави при деца	12 104	25,00
88.98	Остеоденситометрия и интерпретация при следните случаи: Болни с трансплантирани органи. Пациенти с хиперпаратиреоидизъм. Пациенти с хипогонадизъм	1	20,33
89.01	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани тромбоцити	1	26,75
89.04	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани еритроцити - обем циркулираща кръв/кинетика на еритроцити	1	26,75
89.06	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел от морфологични, имунофенотипни, цитогенетични и молекулярни показатели за диагноза и определяне на група прогностичен риск при болен с левкемия	16	26,75

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
89.07	Снемане на анестезиологичен статус за планиране на оперативна интервенция с анестезия	2 954	14,00
89.08	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел имунохистохимични, имунохимични показатели β-микроглобулин за диагноза и определяне на група прогностичен риск при пациент с лимфом	2	26,75
89.12	Назален провокационен тест с медиатори	9	28,89
89.14	Електроенцефалография (ЕЕГ)	22 616	20,00
89.41	Сърдечно-съдов тест с натоварване	5 418	20,12
89.50	Непрекъснат 24-часов електрокардиографски запис (ЕКГ Холтер мониториране)	12 757	17,44
89.61	Непрекъснат 24-часов запис на артериално налягяне (Холтер мониториране)	1 806	17,12
90.49	Индуциране на храчка и нейната обработка	1	12,84
93.08	Електромиография (ЕМГ)	37 420	20,00
93.13	Постизометрична релаксация	299	12,84
93.21	Екстензионна терапия	112	12,84
93.27	Специализирани кинезитерапевтични методи, приложими при ДЦП	41	27,82
93.75	Фониатрична консултация с последваща гласова рехабилитация (комплекс дихателни, фониаторни и резонаторни упражнения)	713	27,82
94.35	Сесия за кризисна интервенция	92	45,00
95.12	Флуоресцентна ангиография на съдовете на окото	10 188	36,06
95.23	Евокирани потенциали	262	20,33
95.47	Фонетография	1	16,05
96.53	Назален лаваж и обработка	1	18,19
99.88	Лазертерапия при ставни заболявания и трудно зарастващи рани	15 076	26,75
Z01.5	Кожно-алергично тестуване	627	8,03
Z01.5	Тестуване за поносимост при прилагане на анестетици	507	9,63
Физикална и рехабилитационна медицина			
SOMC-56	Първоначален специализиран преглед по пакет физиотерапия и рехабилитация	457 216	35,00
SOMC-36	Процедури по група 1 по пакет физиотерапия и рехабилитация	4 565 478	8,00
SOMC-	Процедури по група 2 по пакет физиотерапия и рехабилитация	178	8,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
37		839	
SOMC-38	Процедури по група 3 по пакет физиотерапия и рехабилитация	4 368 216	8,00
SOMC-46	Заключителен преглед по пакет физиотерапия и рехабилитация	452 668	13,00
Средства за финансиране по раздел VIII		1 200 000,00	

Чл. 183б. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. - 31.12.2025 г. следните обеми и цени за дейностите в СИМП, включени в приложение № 2 към чл. 1 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" и приложение № 6 към чл. 1 "Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение" на Наредба № 9 от 2019 г.:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
Първични посещения			
SOMC-43 1	Първични прегледи по повод остри заболявания и с хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	6 533 251	50,00
SOMC-44 1	Първични прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист по "Педиатрия" и/или с придобита профилна специалност по "Детски болести", насочен от ОПЛ по повод остри състояния	998 886	52,50
SOMC-45 1	Първични прегледи при специалисти ("Хирургия", "Ортопедия и травматология"), изпълняващи процедури	93 888	50,00
SOMC-40 1	Първични профилактични прегледи по програма "Майчино здравеопазване"	34 266	50,00
SOMC-42 1	Първични специализирани прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ	32 846	50,00
Вторични посещения			
SOMC-43 2	Вторични прегледи по повод остри заболявания и с хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	3 105 388	20,50
SOMC-44 2	Вторични прегледи на ЗОЛ от 0 до 18 г. при специалист "Педиатрия" и/или с придобита профилна специалност по "Детски болести", насочен от ОПЛ по повод остри състояния	688 250	23,00
SOMC-45 2	Вторични прегледи при специалисти ("Хирургия", "Ортопедия и травматология"), изпълняващи процедури	83 322	20,50
SOMC-39	Профилактични прегледи на ЗОЛ до 18 г. от лекар-специалист с придобита специалност по "Педиатрия"	43 743	36,50

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
SOMC-40 2	Вторични профилактични прегледи по програма "Майчино здравеопазване"	244 674	30,50
SOMC-41	Профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 г. с рискови фактори за развитие на заболяване	270	40,00
SOMC-42 2	Специализиран преглед по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно или повече заболявания	568 904	41,00
SOMC-55	Комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични и кожно-венерически заболявания	10 315	51,00
Медицинска експертиза		1 029 232	20,00
Високоспециализирани дейности			
05.31	Локално обезболяване - проводна анестезия	1	20,00
06.11	Пункционна биопсия на щитовидна жлеза под ехографски контрол	757	28,36
14.24	Лазертерапия при очни заболявания	7 272	39,91
21.22	Вземане на биопсичен материал от нос	1	13,38
21.29	Назален провокационен тест с алергени	1	26,22
21.31	Отстраняване на полипи от носната кухина	8	26,75
22.01	Пункция и аспирация на максиларен синус	456	13,05
28.0	Инцизия на тонзиларни и перитонзиларни абсцеси	332	13,05
31.48	Ларингостробоскопия; ларингостробография	222	26,75
33.29	Бронхопровокационен тест с метахолин	1	32,10
38.50	Лигатура на вена при подкожни варикозни образувания и ексцизия на варикозни възли	1	29,96
39.96	Венозна анестезия	391	25,00
40.11	Вземане на биопсичен материал от лимфен възел	272	13,91
41.31	Вземане на материал чрез костно-мозъчна пункция за специализирани изследвания	1	16,05
45.13	Диагностична горна ендоскопия	2 733	40,00
45.23	Диагностична долна ендоскопия, фиброколоноскопия	378	40,00
45.24	Диагностична долна ендоскопия, фибросигмоидоскопия	451	40,00
57.32	Уретроцистоскопия (диагностична)	1 088	20,12
57.33	Вземане на биопсичен материал от пикочен мехур	1	13,91
58.0	Уретротомия при стриктура	4	14,98
58.23	Вземане на биопсичен материал от уретра	1	13,91

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
60.11	Вземане на биопсичен материал от простата	1	13,91
64.11	Вземане на биопсичен материал от пенис	1	13,91
67.11	Колпоскопия с/без прицелна биопсия	7 151	50,00
67.19	Абразио на цервикален канал	90	40,00
67.32	Деструктивно лечение на доброкачествени изменения на маточната шийка, с изключение на химична каутеризация	1 020	20,00
68.16	Аспирационна ендометриална биопсия	9	8,03
75.39	Фетална морфология	310	80,00
81.91	Диагностична и терапевтична пункция на стави	20 201	20,00
82.04	Инцизия и дренаж на палмарно или тенарно пространство	719	40,77
83.13	Вагинотомия	1	8,56
85.0	Инцизия на гръдна (млечна) жлеза	311	16,05
85.11	Вземане на биопсичен материал от гърда	299	13,91
86.3	Криотерапия и/или лазертерапия на доброкачествени кожни тумори	9 831	20,00
88.71	Трансфонтанелна ехография	1 003	17,44
88.72	Ехокардиография	554 617	30,00
88.721	Фетална ехокардиография на рисков контингент за сърдечна патология на плода	1	28,90
88.73	Ехография на млечна жлеза	2 018	40,00
88.75	Доплерово ултразвуково изследване на бъбречни съдове	2 031	17,66
88.77	Доплерова сонография; доплерова сонография на периферни съдове; доплерова сонография на съдовете на щитовидната жлеза	36 389	25,00
88.79	Ехографско изследване на стави при деца	10 513	30,00
88.98	Остеоденситометрия и интерпретация при следните случаи: Болни с трансплантирани органи. Пациенти с хиперпаратиреоидизъм. Пациенти с хипогонадизъм	1	30,00
89.01	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани тромбоцити	1	26,75
89.04	Интерпретация на резултат от изследване на кинетиката на радионуклидно маркирани еритроцити - обем циркулираща кръв/кинетика на еритроцити	1	26,75
89.06	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел от морфологични, имунофенотипни, цитогенетични и молекулярни показатели за диагноза и определяне на група прогностичен риск при болен с левкемия	64	26,75
89.07	Снемане на анестезиологичен статус за планиране на оперативна интервенция с анестезия	2 385	20,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
89.08	Интерпретация на комплексно изследване на стандартен панел имунохистохимични, имунохимични показатели, микроглобулин за диагноза и определяне на група прогностичен риск при пациент с лимфом	13	26,75
89.12	Назален провокационен тест с медиатори	1	28,89
89.14	Електроенцефалография (ЕЕГ)	19 665	30,00
89.41	Сърдечно-съдов тест с натоварване	3 935	20,12
89.50	Непрекъснат 24-часов електрокардиографски запис (ЕКГ Холтер мониториране)	10 150	30,00
89.61	Непрекъснат 24-часов запис на артериално налягане (Холтер мониториране)	1 489	30,00
90.49	Индуциране на храчка и нейната обработка	1	12,84
93.08	Електромиография (ЕМГ)	31 916	30,00
93.13	Постизометрична релаксация	341	12,84
93.21	Екстензионна терапия	90	12,84
93.27	Специализирани кинезитерапевтични методи, приложими при ДЦП	46	27,82
93.75	Фониатрична консултация с последваща гласова рехабилитация (комплекс дихателни, фониаторни и резонаторни упражнения)	403	27,82
94.35	Сесия за кризисна интервенция	489	50,00
95.12	Флуоресцентна ангиография на съдовете на окото	8 603	40,00
95.23	Евокирани потенциали	208	20,33
95.47	Фонетография	1	16,05
96.53	Назален лаваж и обработка	1	18,19
99.88	Лазертерапия при ставни заболявания и трудно зарастващи рани	12 519	30,00
Z01.5	Кожно-алергично тестуване	422	8,03
Z01.5	Тестуване за поносимост при прилагане на анестетици	216	9,63
Физикална и рехабилитационна медицина			
SOMC-56	Първоначален специализиран преглед по пакет физиотерапия и рехабилитация	492 611	36,00
SOMC-36	Процедури по група 1 по пакет физиотерапия и рехабилитация	4 961 434	9,00
SOMC-37	Процедури по група 2 по пакет физиотерапия и рехабилитация	200 429	9,00
SOMC-38	Процедури по група 3 по пакет физиотерапия и рехабилитация	4 643 210	9,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
SOMC-46	Заключителен преглед по пакет физиотерапия и рехабилитация	488 121	14,00
Средства за финансиране по раздел VIII		1 200 000,00	

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

Чл. 184. (Попр. - ДВ, бр. 28 от 2024 г.) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.09 - 31.12.2023 г. закупуването на следните обеми специализирани и високоспециализирани медико-диагностични изследвания, включени в т. V, буква "Б" на приложение № 2 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
01	Клинична лаборатория		
01.01	Кръвна картина - поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC	1 309 853	2,99
01.03	Скорост на утаяване на еритроцитите	313 461	1,30
01.04	Време на кървене	24 638	2,21
01.05	Протромбиново време	75 055	3,19
01.06	Активирано парциално тромбопластиново време (APTT)	13 247	3,19
01.07	Фибриноген	24 402	3,19
01.08	Химично изследване на урина (pH, белтък, билирубин, уробилиноген, глюкоза, кетони, относително тегло, нитрити, левкоцити, кръв)	1 025 546	1,43
01.09	Седимент - ориентировъчно изследване	1 050 503	1,43
01.10	Окултни кръвоизливи	4 639	3,51
01.11	Глюкоза	935 721	2,15
01.12	Кръвно-захарен профил	137 247	5,84

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
01.13	Креатинин	1 120 346	2,21
01.14	Урея	181 194	2,21
01.15	Билирубин - общ	49 505	2,21
01.16	Билирубин - директен	28 752	2,21
01.17	Общ белтък	45 731	2,21
01.18	Албумин	33 451	2,21
01.19	Холестерол	155 861	2,21
01.20	HDL-холестерол	242 902	2,21
01.21	Триглицериди	210 264	2,21
01.22	Гликиран хемоглобин	271 815	14,28
01.23	Пикочна киселина	1 278 196	2,21
01.24	АСАТ	1 076 153	2,21
01.25	АЛАТ	1 017 040	2,21
01.26	Креатинкиназа (КК)	16 580	2,21
01.27	ГГТ	204 913	2,21
01.28	Алкална фосфатаза (АФ)	66 304	2,21
01.29	Алфа-амилаза	32 719	2,21
01.30	Липаза	15 461	2,60
01.31	Натрий и Калий	129 470	4,42
01.33	Липиден профил (включващ общ холестерол, LDL-холестерол, HDL-холестерол, триглицериди)	649 429	6,49

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
01.34	Калций	57 594	2,21
01.35	Фосфати	34 200	2,21
01.36	Желязо	160 551	2,21
01.37	ЖСК	59 736	3,25
01.38	CRP	234 113	6,11
01.39	LDL-холестерол	158 677	2,86
01.40	Диференциално броене на левкоцити - визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване	86 118	3,25
01.41	Морфология на еритроцити - визуално микроскопско изследване	8 860	3,25
01.42	Орален глюкозо-толерантен тест	12 681	6,11
01.43	Определяне на повърхностен антиген на хепатит B (HBsAg) с бърз тест	33 506	12,98
01.44	Определяне на антитела срещу хепатит C (anti-HCV) с бърз тест	28 618	14,28
02.09	Антистрептолизинов титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)	9 524	6,11
02.10	Изследване на ревма фактор (RF)	13 110	5,98
05.12	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2	10 015	13,57
09.01	Криоглобулини	19	10,18
09.02	Общи имуноглобулини IgM	452	15,95
09.03	Общи имуноглобулини IgG	505	15,95
09.04	Общи имуноглобулини IgA	481	15,95
09.05	C3 компонент на комплемента	386	15,95
09.06	C4 компонент на комплемента	399	15,95
10.08	fT4	195 706	16,28
10.09	TSH	293 425	15,58
10.10	PSA	184	16,87

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
		075	
10.11	CA-15-3	2 944	17,52
10.12	CA-19-9	4 270	17,53
10.13	CA-125	7 043	17,52
10.14	Алфа-фетопротеин	1 254	17,52
10.15	Бета-хорионгонадотропин	755	18,82
10.16	Карбамазепин	94	18,82
10.17	Валпроева киселина	468	18,82
10.18	Фенитоин	1	18,82
10.19	Дигоксин	21	18,82
10.20	Изследване на урина - микроалбуминурия	91 066	12,46
10.21	Progesteron	7 827	15,58
10.22	LH	12 778	15,58
10.23	FSH	15 482	15,58
10.24	Prolactin	18 217	15,58
10.25	Estradiol	11 526	15,58
10.26	Testosteron	12 598	15,58
10.27	Антитела срещу Тиреоидната пероксидаза - Anti - TPO	59 340	16,28
10.32	Феритин	5 296	14,28
10.34	Маркер за костно разграждане за диагностика на остеопороза	3 465	18,82
10.61	CEA	3 686	18,82
10.76	Количествено определяне на IgG антитела срещу Spike протеина на SARS CoV-2 с преизчисляване на стойностите в BAU/ml единици	43	9,50
10.77	Протеин на човешкия епидидим 4 (HE4)	341	58,41
10.78	Фибрин деградационни продукти: D-димер	1 957	25,96
10.79	Фекален калпротектин	232	25,96
10.80	PSA - свободен	67 703	19,47
10.81	Витамин D	2 500	22,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
10.82	Натриуретичен пептид (BNP)	2 500	30,00
10.83	Фрагмент на прохормона на натриуретичния пептид (NT pro BNP)	2 500	30,00
10.84	Сърдечен тропонин	2 500	25,00
02	Клинична микробиология		
02.07	Серологично изследване за първичен и латентен сифилис (RPR или ELISA или VDRL или TPHA или FTA-ABs).	11 322	5,80
02.09	Антистрептолизинов титър (AST) (за бета-стрептококови инфекции и постстрептококови усложнения - ревматизъм и гломерулонефрит)	5 252	5,98
02.10	Изследване за ревматоиден фактор (RF)	5 493	5,98
02.11	Изследване за неспецифични хетерофилни антитела при инфекциозна мононуклеоза	1 385	5,80
02.12	Микробиологично изследване на фецес и материал от ректума за доказване на Salmonella, Shigella и патогенни E. coli	36 633	13,03
02.13	Микробиологично изследване на урина за урокултура за E. coli, Proteus, Providencia, Klebsiella, Enterobacter, Sarratia и други Enterobacteriaceae, Enterococcus, Грам(-) неферментативни бактерии (Pseudomonas, Acinetobacter и др.), Staphylococcus (S. aureus, S. saprophyticus)	69 564	9,78
02.15	Микробиологично изследване на ранев материал и гной - препарат по Грам и доказване на Staphylococcus (S. aureus), Streptococcus beta-haemolyticus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	1 736	13,85
02.17	Микробиологично изследване на храчка - препарат по Грам, изолиране на Streptococcus pneumonia, Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Branhamella, Haemophilus, Enterobacteriaceae и др. Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans и др.)	6 660	13,85
02.19	Антибиограма с 6 антибиотични диска по EUCAST	63 830	7,46
02.21	Микробиологично изследване на влагалищен секрет - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	51 365	11,53
02.22	Микробиологично изследване на цервикален секрет - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	1 560	11,53
02.23	Микробиологично изследване на уретрален секрет - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	357	11,53
02.24	Микробиологично изследване на простатен секрет - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии,	38	11,53

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	Гъбички (C. albicans) и др.		
02.25	Микробиологично изследване на еякулат - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	2 043	11,53
02.26	Микробиологично изследване на гърлен секрет - изолиране и интерпретация на Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Haemophilus (H. influenzae), Гъбички (C. Albicans)	54 235	11,53
02.27	Микробиологично изследване на носен секрет - изолиране и интерпретация на Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Haemophilus (H. influenzae), Гъбички (C. albicans)	36 204	11,53
02.28	Микробиологично изследване на очен секрет - препарат по Грам и доказване на Staphylococcus (S. aureus), Streptococcus beta-haemolyticus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам (-) бактерии	1 294	11,53
02.29	Микробиологично изследване на ушен секрет - препарат по Грам и доказване на Staphylococcus (S. aureus), Streptococcus beta-haemolyticus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам (-) бактерии	1 572	11,53
10.63	Диагностично изследване за Chlamydia trachomatis	417	4,70
10.64	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19	62	47,50
04	Медицинска паразитология		
04.01	Микроскопско изследване за паразити	63 169	6,11
04.02	Серологично изследване за трихинелоза	62	16,28
04.03	Серологично изследване за токсоплазмоза IgM	1 050	14,93
04.04	Серологично изследване за ехинококоза	589	16,28
04.05	Микроскопско изследване за Trichomonas vaginalis	10	1,91
04.06	Серологично изследване за токсоплазмоза IgG	553	14,93
05	Вирусология		
05.01	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела	9 661	12,89
05.02	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни IgM	70	13,31
05.03	Серологично изследване на IgM антитела за морбили при бременни	84	13,31
05.04	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен А вирус	326	13,85
05.05	Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус	21 658	13,85
05.06	Серологично изследване на антитела срещу хепатитен С вирус	27 961	15,48
05.07	Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела хепатитен В вирус	997	17,73
05.09	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни IgG	54	13,31

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
05.10	Серологично изследване на anti-HBeAg антитела на хепатитен В вирус	1 103	17,73
05.12	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2	9 820	13,57
10.64	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19	348	47,50
10.75	Полимеразна верижна реакция за доказване на минимум 14 типа на човешки папиломен вирус (HPV), включващ типове с висок онкогенен риск 16 и 18	278	89,56
10.76	Количествено определяне на IgG антитела срещу Spike протеина на SARS CoV-2 с преизчисляване на стойностите в BAU/ml единици	7	9,50
06	Образна диагностика		
06.01	Рентгенография на зъби с определен центраж (секторна рентгенография)	9 649	2,56
06.02	Рентгенография на челюстите в специални проекции	177	13,45
06.03	Рентгенография на лицеви кости	937	13,45
06.04	Рентгенография на околоносни синуси	22 477	13,45
06.05	Специални центражи на черепа	1 273	13,45
06.06	Рентгенография на стернум	216	13,45
06.07	Рентгенография на ребра	3 971	13,45
06.08	Рентгеноскопия на бял дроб	237	13,45
06.09	Рентгенография на крайници	4 397	13,45
06.10	Рентгенография на длан и пръсти	19 386	13,45
06.11	Рентгенография на стерноклавикуларна става	149	13,45
06.12	Рентгенография на сакроилиачна става	1 232	13,45
06.13	Рентгенография на тазобедрена става	17 302	13,45
06.14	Рентгенография на бедрена кост	3 136	13,45
06.15	Рентгенография на колянна става	64 890	13,45
06.16	Рентгенография на подбедрица	8 810	13,45
06.17	Рентгенография на глезенна става	18 583	13,45
06.18	Рентгенография на стъпало и пръсти	26 707	13,45
06.19	Рентгенография на клавикула	895	13,45
06.20	Рентгенография на акромиоклавикуларна става	373	13,45
06.21	Рентгенография на скапула	358	13,45
06.22	Рентгенография на раменна става	19	13,45

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
		289	
06.23	Рентгенография на хумерус	1 396	13,45
06.24	Рентгенография на лакетна става	6 123	13,45
06.25	Рентгенография на антебрахиум	3 599	13,45
06.26	Рентгенография на гривнена става	12 249	13,45
06.28	Рентгенография на череп	1 004	21,95
06.29	Рентгенография на гръбначни прешлени	115 689	21,95
06.30	Рентгенография на гръден кош и бял дроб	153 867	21,95
06.31	Обзорна рентгенография на сърце и медиастинум	238	21,95
06.32	Обзорна рентгенография на корем	4 227	21,95
06.33	Рентгенография на таз	31 014	21,95
06.34	Ехографска диагностика на коремни и ретроперитонеални органи	45 993	21,95
06.35	Томография на гръден кош и бял дроб	34	34,69
06.37	Рентгеново изследване на хранопровод, стомах	2 997	34,69
06.38	Рентгеново изследване на тънки черва	54	34,69
06.39	Иригография	357	34,69
10.01	Компютърна аксиална или спирална томография	79 894	122,13
10.02	Ядрено-магнитен резонанс	44 158	332,47
10.03	Мамография на двете млечни жлези	110 336	56,64
10.04	Ехография на млечна жлеза	208 086	28,32
10.58	Хистеросалпингография	4	34,69
10.59	Интравенозна холангиография	1	34,69
10.60	Венозна урография	49	34,69
10.62	Обзорна (панорамна) рентгенография на зъби (Ортопантомография)	47 927	21,95
10.92	Ядрено-магнитен резонанс под обща анестезия при деца	100	708,00
10.93	Компютърна аксиална или спирална томография под обща анестезия при деца	300	424,80

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
07	Обща и клинична патология		
07.01	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от храчка	7	28,32
07.02	Цитологично изследване на две проби от седимент от урина	4	28,32
07.03	Цитологично изследване на две проби от секрет от млечна жлеза	57	28,32
07.04	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пикочен мехур	1	28,32
07.05	Цитологично изследване на две проби от секрет от външна фистула	1	28,32
07.06	Цитологично изследване на две проби от секрет от рана (включително оперативна)	6	28,32
07.07	Цитологично изследване на две проби от синовиална течност	7	28,32
07.08	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от уретери	77	28,32
07.09	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от женски полови органи	81 618	42,48
07.10	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от устна кухина	35	28,32
07.11	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от очни лезии	2	28,32
07.12	Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии	94	28,32
07.13	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пиелон	1	28,32
10.38	Хистобиопсично изследване на две проби от лимфен възел	18	56,64
10.39	Хистобиопсично изследване на две проби от млечна жлеза	37	56,64
10.40	Хистобиопсично изследване на две проби от простата	37	56,64
10.41	Хистобиопсично изследване на две проби от щитовидна жлеза	3	56,64
10.42	Хистобиопсично изследване на две проби от слюнчена жлеза	1	56,64
10.43	Хистобиопсично изследване на две проби от коремен орган	121	56,64
10.44	Хистобиопсично изследване на две проби от бял дроб, ларинкс и трахея	1	56,64
10.45	Хистобиопсично изследване на две проби от медиастинум	1	56,64
10.46	Хистобиопсично изследване на две проби от туморни формации в коремната кухина	7	56,64
10.47	Хистобиопсично изследване на две проби от полов орган	427	56,64
10.48	Хистобиопсично изследване на две проби от устна кухина, фаринкс и хранопровод	14	56,64
10.49	Хистобиопсично изследване на две проби от кожа и кожни лезии	1 152	56,64
10.50	Хистобиопсично изследване на две проби от мускул	6	56,64
10.51	Хистобиопсично изследване на две проби от подкожен тумор	148	56,64
10.52	Хистобиопсично изследване на две проби от органи на пикочната система	2	56,64
10.53	Хистобиопсично изследване на две проби от око и очни лезии	4	56,64
10.54	Хистобиопсично изследване на две проби от става	1	56,64

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
10.55	Хистобиопсично изследване на две проби от външно ухо	1	56,64
10.56	Хистобиопсично изследване на две проби от нос	1	56,64
10.57	Хистобиопсично изследване на две проби от костен мозък	1	56,64
09	Клинична имунология		
01.38	Изследване на С-реактивен протеин	11	6,11
02.09	Определяне на антистрептолизинов титър	1	5,98
02.10	Изследване на ревматоиден фактор	6	5,98
09.01	Определяне на криоглобулини	7	10,18
09.02	Определяне на общи имуноглобулини IgM	71	15,95
09.03	Определяне на общи имуноглобулини IgG	77	15,95
09.04	Определяне на общи имуноглобулини IgA	67	15,95
09.05	Определяне на С3 компонент на комплемента	35	15,95
09.06	Определяне на С4 компонент на комплемента	27	15,95
10.05	Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити - стандартен панел	46	189,98
10.06	Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразолов тест	1	52,92
10.07	Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата	1	74,64
10.08	fT4	171	16,28
10.09	TSH	258	16,28
10.27	Определяне на Anti - TPO	1	16,28
10.29	Определяне на общи IgE	573	67,85
10.30	Определяне на антинуклеарни антитела в серум	474	67,85
10.76	Количествено определяне на IgG антитела срещу Spike протеина на SARS CoV-2 с преизчисляване на стойностите в BAU/ml единици	1	9,50
10.85	Анти - dsDNA антитела	250	25,00
10.86	Панел ANA профил (nR, NP/Sm, Sm, SS-A, Ro-52, SS-B, ScI70, PM-ScI100, Jo-1, CentrB, PCNA, dsDNA, Nucleosomes, His, ribP, AMA-M2, DFS70)	120	85,00
10.87	Определяне на антифосфолипидни антитела в серум - ИгГ клас	250	25,00
10.88	Определяне на антифосфолипидни антитела в серум - ИгМ клас	250	25,00
12	Трансфузионна хематология		
10.35	Определяне на имуноглобулиновата характеристика на еритроантителата (диференциран директен тест на Coombs) с моноспецифични антиимуноглобулинови тест-реагенти с анти-IgG и анти-комплементарен (C‘) тест-реагент	8	19,15
10.36	Определяне на специфичността и титъра на еритроантителата чрез	78	38,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод		
10.37	Определяне на титъра на имунните анти-A и анти-B антитела от клас IgG след обработка на серума с 2-меркаптоетанол чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	133	26,60
12.01	Определяне на кръвни групи от системата AB0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-A, анти-B, анти-AB, анти-D и тест-еритроцити A1, A2, B и 0)	7 769	11,53
12.02	Определяне на подгрупите на A антигена (A1 и A2) с тест-реагенти с анти-A и анти-H	1 197	6,79
12.03	Определяне на слаб D антиген (Du) по индиректен тест на Coombs	125	51,44
12.04	Изследване за автоеритроантитела при фиксирани антитела върху еритроцитите - чрез директен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум, при свободни антитела в серума - чрез аглутинационен или ензимен метод	149	34,29
12.05	Изследване за алоеритроантитела чрез аглутинационен или ензимен метод или индиректен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум	2 472	51,44
12.06	Определяне на Rh фенотип (CcDEe) и Kell антиген с моноспецифични тест-реагенти	29	47,50
Средства за финансиране по раздел VIII		400 000,00	

Чл. 184а. (Нов - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., попр. - ДВ, бр. 28 от 2024 г.) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. - 31.12.2024 г. следните обеми и цени за специализирани и високоспециализирани медико-диагностични изследвания, включени в т. V, буква "Б" на приложение № 2 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
01	Клинична лаборатория		
01.01	Кръвна картина - поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC	3 163 826	3,59
01.03	Скорост на утаяване на еритроцитите	876 592	1,56
01.04	Време на кървене	53 707	2,65
01.05	Протромбиново време	207 662	3,83

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
01.06	Активирано парциално тромбопластиново време (APTT)	33 654	3,83
01.07	Фибриноген	62 748	3,83
01.08	Химично изследване на урина (pH, белтък, билирубин, уробилиноген, глюкоза, кетони, относително тегло, нитрити, левкоцити, кръв)	1 626 081	1,72
01.09	Седимент - ориентировъчно изследване	1 699 676	1,72
01.10	Окултни кръвоизливи	6 701	4,21
01.11	Глюкоза	2 023 132	2,58
01.12	Кръвно-захарен профил	314 827	7,01
01.13	Креатинин	2 317 984	2,65
01.14	Урея	384 485	2,65
01.15	Билирубин - общ	110 521	2,65
01.16	Билирубин - директен	63 091	2,65
01.17	Общ белтък	95 028	2,65
01.18	Албумин	70 560	2,65
01.19	Холестерол	408 742	2,65
01.20	HDL-холестерол	495 578	2,65
01.21	Триглицериди	569 187	2,65
01.22	Гликиран хемоглобин	600 912	17,14
01.23	Пикочна киселина	1 586 758	2,65
01.24	АСАТ	1 494 362	2,65
01.25	АЛАТ	1 498 274	2,65
01.26	Креатинкиназа (КК)	35 782	2,65

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
01.27	ГГТ	451 564	2,65
01.28	Алкална фосфатаза (АФ)	131 113	2,65
01.29	Алфа-амилаза	63 832	2,65
01.30	Липаза	23 964	3,12
01.31	Натрий и калий	279 506	5,30
01.33	Липиден профил (включващ общ холестерол, LDL-холестерол, HDL-холестерол, триглицериди)	1 372 349	7,79
01.34	Калций	107 602	2,65
01.35	Фосфати	59 114	2,65
01.36	Желязо	338 258	2,65
01.37	ЖСК	118 952	3,90
01.38	CRP	704 029	7,33
01.39	LDL-холестерол	448 923	3,43
01.40	Диференциално броене на левкоцити - визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване	260 112	3,90
01.41	Морфология на еритроцити - визуално микроскопско изследване	17 976	3,90
01.42	Орален глюкозо-толерантен тест	25 909	7,33
01.43	Определяне на повърхностен антиген на хепатит B (HBsAg) с бърз тест	143 471	15,58
01.44	Определяне на антитела срещу хепатит C (anti-HCV) с бърз тест	123 427	17,14
02.09	Антистрептолизинов титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)	13 966	7,33
02.10	Изследване на ревма фактор (RF)	16 471	7,18
05.12	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2	14 903	16,28
09.01	Криоглобулини	63	12,22

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
09.02	Общи имуноглобулини IgM	920	19,14
09.03	Общи имуноглобулини IgG	1 067	19,14
09.04	Общи имуноглобулини IgA	906	19,14
09.05	C3 компонент на комплемента	366	19,14
09.06	C4 компонент на комплемента	350	19,14
10.08	fT4	347 506	19,54
10.09	TSH	656 726	19,54
10.10	PSA - общ	363 838	20,24
10.11	CA-15-3	4 322	21,02
10.12	CA-19-9	8 161	21,04
10.13	CA-125	13 704	21,02
10.14	Алфа-фетопротеин	2 270	21,02
10.15	Бета-хорионгонадотропин	2 040	22,58
10.16	Карбамазепин	183	22,58
10.17	Валпроева киселина	1 194	22,58
10.18	Фенитоин	1	22,58
10.19	Дигоксин	28	22,58
10.20	Изследване на урина - микроалбуминурия	179 538	14,95
10.21	Progesteron	13 690	18,70
10.22	LH	21 231	18,70
10.23	FSH	26 650	18,70
10.24	Prolactin	35 166	18,70
10.25	Estradiol	19 169	18,70
10.26	Testosteron	21 233	18,70
10.27	Антитела срещу Тиреоидната пероксидаза - Anti-TPO	83 658	19,54
10.32	Феритин	12 063	17,14
10.34	Маркер за костно разграждане за диагностика на остеопороза	4 536	22,58
10.61	CEA	6 407	22,58

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
10.76	Количествено определяне на IgG антитела срещу Spike протеина на SARS CoV-2 с преизчисляване на стойностите в BAU/ml единици	43	11,40
10.77	Протеин на човешкия епидидим 4 (HE4)	1 671	70,09
10.78	Фибрин деградационни продукти: D-димер	6 298	31,15
10.79	Фекален калпротектин	2 096	31,15
10.80	PSA - свободен	305 922	23,36
10.81	Витамин D	46 980	26,40
10.82	Натриуретичен пептид (BNP)	120	36,00
10.83	Фрагмент на прохормона на натриуретичния пептид (NT pro BNP)	864	36,00
10.84	Сърдечен тропонин	1 644	30,00
02	Клинична микробиология		
02.07	Серологично изследване за първичен и латентен сифилис (RPR или ELISA или VDRL или TPHA или FTA-ABs).	34 870	6,96
02.09	Антистрептолизинов титър (AST) (за бета-стрептококови инфекции и постстрептококови усложнения - ревматизъм и гломерулонефрит)	13 780	7,33
02.10	Изследване за ревматоиден фактор (RF)	16 013	7,18
02.11	Изследване за неспецифични хетерофилни антитела при инфекциозна мононуклеоза	3 172	6,96
02.12	Микробиологично изследване на фецес и материал от ректума за доказване на Salmonella, Shigella и патогенни E. coli	68 177	15,64
02.13	Микробиологично изследване на урина за урокултура за E. coli, Proteus, Providencia, Klebsiella, Enterobacter, Sarratia и други Enterobacteriaceae, Enterococcus, Грам(-) неферментативни бактерии (Pseudomonas, Acinetobacter и др.), Staphylococcus (S. aureus, S. saprophyticus)	160 614	11,74
02.15	Микробиологично изследване на ранев материал и гной - препарат по Грам и доказване на Staphylococcus (S. aureus), Streptococcus beta-haemolyticus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	4 227	16,62
02.17	Микробиологично изследване на храчка - препарат по Грам, изолиране на Streptococcus pneumonia, Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Branhamella, Haemophilus, Enterobacteriaceae и др. Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans и др.)	12 859	16,62
02.19	Антибиограма с 6 антибиотични диска по EUCAST	157 677	8,95
02.21	Микробиологично изследване на влагалищен секрет - директна	129	13,84

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	365	
02.22	Микробиологично изследване на цервикален секрет - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	3 334	13,84
02.23	Микробиологично изследване на уретрален секрет - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	1 023	13,84
02.24	Микробиологично изследване на простатен секрет - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	115	13,84
02.25	Микробиологично изследване на еякулат - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	4 193	13,84
02.26	Микробиологично изследване на гърлен секрет - изолиране и интерпретация на Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Haemophilus (H. influenzae), Гъбички (C. Albicans)	113 470	13,84
02.27	Микробиологично изследване на носен секрет - изолиране и интерпретация на Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Haemophilus (H. influenzae), Гъбички (C. albicans)	83 903	13,84
02.28	Микробиологично изследване на очен секрет - препарат по Грам и доказване на Staphylococcus (S. aureus), Streptococcus beta-haemolyticus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам (-) бактерии	2 977	13,84
02.29	Микробиологично изследване на ушен секрет - препарат по Грам и доказване на Staphylococcus (S. aureus), Streptococcus beta-haemolyticus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам (-) бактерии	3 499	13,84
10.63	Диагностично изследване за Chlamydia trachomatis	1 130	5,64
10.64	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19	29	57,00
04	Медицинска паразитология		
04.01	Микроскопско изследване за паразити	110 755	7,33
04.02	Серологично изследване за трихинелоза	171	19,54

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
04.03	Серологично изследване за токсоплазмоза IgM	3 165	17,92
04.04	Серологично изследване за ехинококоза	1 620	19,54
04.05	Микроскопско изследване за Trichomonas vaginalis	48	2,29
04.06	Серологично изследване за токсоплазмоза IgG	1 468	17,92
05	Вирусология		
05.01	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела	30 323	15,47
05.02	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни IgM	233	15,97
05.03	Серологично изследване на IgM антитела за морбили при бременни	37	15,97
05.04	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен А вирус	778	16,62
05.05	Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус	46 998	16,62
05.06	Серологично изследване на антитела срещу хепатитен С вирус	21 454	18,58
05.07	Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела хепатитен В вирус	1 201	21,28
05.09	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни IgG	187	15,97
05.10	Серологично изследване на anti-HBeAg антитела на хепатитен В вирус	780	21,28
05.12	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2	12 859	16,28
10.64	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19	247	57,00
10.75	Полимеразна верижна реакция за доказване на минимум 14 типа на човешки папиломен вирус (HPV), включващ типове с висок онкогенен риск 16 и 18	1 808	107,47
10.76	Количествено определяне на IgG антитела срещу Spike протеина на SARS CoV-2 с преизчисляване на стойностите в BAU/ml единици	18	11,40
06	Образна диагностика		
06.01	Рентгенография на зъби с определен центраж (секторна рентгенография)	26 245	3,20
06.02	Рентгенография на челюстите в специални проекции	416	16,81
06.03	Рентгенография на лицеви кости	1 959	16,81
06.04	Рентгенография на околоносни синуси	52 071	16,81
06.05	Специални центражи на черепа	2 610	16,81
06.06	Рентгенография на стернум	589	16,81
06.07	Рентгенография на ребра	11 158	16,81
06.08	Рентгеноскопия на бял дроб	589	16,81
06.09	Рентгенография на крайници	8 281	16,81
06.10	Рентгенография на длан и пръсти	41 191	16,81
06.11	Рентгенография на стерноклавикуларна става	410	16,81

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
06.12	Рентгенография на сакроилиачна става	2 444	16,81
06.13	Рентгенография на тазобедрена става	38 590	16,81
06.14	Рентгенография на бедрена кост	6 248	16,81
06.15	Рентгенография на колянна става	137 330	16,81
06.16	Рентгенография на подбедрица	18 440	16,81
06.17	Рентгенография на глезенна става	41 379	16,81
06.18	Рентгенография на стъпало и пръсти	54 566	16,81
06.19	Рентгенография на клавикула	1 905	16,81
06.20	Рентгенография на акромиоклавикуларна става	780	16,81
06.21	Рентгенография на скапула	893	16,81
06.22	Рентгенография на раменна става	45 485	16,81
06.23	Рентгенография на хумерус	4 100	16,81
06.24	Рентгенография на лакетна става	13 336	16,81
06.25	Рентгенография на антебрахиум	8 079	16,81
06.26	Рентгенография на гривнена става	30 539	16,81
06.28	Рентгенография на череп	2 868	27,44
06.29	Рентгенография на гръбначни прешлени	230 176	27,44
06.30	Рентгенография на гръден кош и бял дроб	428 918	27,44
06.31	Обзорна рентгенография на сърце и медиастинум	594	27,44
06.32	Обзорна рентгенография на корем	11 256	27,44
06.33	Рентгенография на таз	61 354	27,44
06.34	Ехографска диагностика на коремни и ретроперитонеални органи	108 152	27,44
06.35	Томография на гръден кош и бял дроб	45	43,36
06.37	Рентгеново изследване на хранопровод, стомах	8 321	43,36
06.38	Рентгеново изследване на тънки черва	163	43,36
06.39	Иригография	1 015	43,36
10.01	Компютърна аксиална или спирална томография	116 203	152,66

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
10.02	Ядрено-магнитен резонанс	71 093	415,59
10.03	Мамография на двете млечни жлези	178 725	70,80
10.04	Ехография на млечна жлеза	125 616	35,40
10.58	Хистеросалпингография	5	43,36
10.59	Интравенозна холангиография	1	43,36
10.60	Венозна урография	137	43,36
10.62	Обзорна (панорамна) рентгенография на зъби (Ортопантомография)	115 315	27,44
10.92	Ядрено-магнитен резонанс под обща анестезия при деца	1	885,00
10.93	Компютърна аксиална или спирална томография под обща анестезия при деца	1	531,00
07	Обща и клинична патология		
07.01	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от храчка	19	35,40
07.02	Цитологично изследване на две проби от седимент от урина	7	35,40
07.03	Цитологично изследване на две проби от секрет от млечна жлеза	149	35,40
07.04	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пикочен мехур	3	35,40
07.05	Цитологично изследване на две проби от секрет от външна фистула	2	35,40
07.06	Цитологично изследване на две проби от секрет от рана (включително оперативна)	4	35,40
07.07	Цитологично изследване на две проби от синовиална течност	10	35,40
07.08	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от уретери	29	35,40
07.09	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от женски полови органи	226 648	53,10
07.10	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от устна кухина	21	35,40
07.11	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от очни лезии	3	35,40
07.12	Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии	138	35,40
07.13	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пиелон	1	35,40
10.38	Хистобиопсично изследване на две проби от лимфен възел	112	70,80
10.39	Хистобиопсично изследване на две проби от млечна жлеза	74	70,80
10.40	Хистобиопсично изследване на две проби от простата	21	70,80
10.41	Хистобиопсично изследване на две проби от щитовидна жлеза	19	70,80

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
10.42	Хистобиопсично изследване на две проби от слюнчена жлеза	5	70,80
10.43	Хистобиопсично изследване на две проби от коремен орган	204	70,80
10.44	Хистобиопсично изследване на две проби от бял дроб, ларинкс и трахея	1	70,80
10.45	Хистобиопсично изследване на две проби от медиастинум	1	70,80
10.46	Хистобиопсично изследване на две проби от туморни формации в коремната кухина	19	70,80
10.47	Хистобиопсично изследване на две проби от полов орган	1 126	70,80
10.48	Хистобиопсично изследване на две проби от устна кухина, фаринкс и хранопровод	24	70,80
10.49	Хистобиопсично изследване на две проби от кожа и кожни лезии	2 701	70,80
10.50	Хистобиопсично изследване на две проби от мускул	147	70,80
10.51	Хистобиопсично изследване на две проби от подкожен тумор	329	70,80
10.52	Хистобиопсично изследване на две проби от органи на пикочната система	3	70,80
10.53	Хистобиопсично изследване на две проби от око и очни лезии	27	70,80
10.54	Хистобиопсично изследване на две проби от става	2	70,80
10.55	Хистобиопсично изследване на две проби от външно ухо	5	70,80
10.56	Хистобиопсично изследване на две проби от нос	3	70,80
10.57	Хистобиопсично изследване на две проби от костен мозък	1	70,80
09	Клинична имунология		
01.38	Изследване на С-реактивен протеин	31	7,33
02.09	Определяне на антистрептолизинов титър	71	7,33
02.10	Изследване на ревматоиден фактор	93	7,18
09.01	Определяне на криоглобулини	35	12,22
09.02	Определяне на общи имуноглобулини IgM	261	19,14
09.03	Определяне на общи имуноглобулини IgG	291	19,14
09.04	Определяне на общи имуноглобулини IgA	235	19,14
09.05	Определяне на С3 компонент на комплемента	145	19,14
09.06	Определяне на С4 компонент на комплемента	143	19,14
10.05	Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити - стандартен панел	83	227,98
10.06	Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразолов тест	5	63,50

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
10.07	Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата	1	89,57
10.08	fT4	862	19,54
10.09	TSH	1 427	19,54
10.27	Определяне на -Anti - TPO	263	19,54
10.29	Определяне на общи IgE	960	81,42
10.30	Определяне на антинуклеарни антитела в серум	864	81,42
10.76	Количествено определяне на IgG антитела срещу Spike протеина на SARS CoV-2 с преизчисляване на стойностите в BAU/ml единици	3	11,40
10.85	Анти - dsDNA антитела	96	30,00
10.86	Панел ANA профил (nR, NP/Sm, Sm, SS-A, Ro-52, SS-B, ScI70, PM-ScI100, Jo-1, CentrB, PCNA, dsDNA, Nucleosomes, His, ribP, AMA-M2, DFS70)	264	102,00
10.87	Определяне на антифосфолипидни антитела в серум - ИгГ клас	72	30,00
10.88	Определяне на антифосфолипидни антитела в серум - ИгМ клас	48	30,00
12	Трансфузионна хематология		
10.35	Определяне на имуноглобулиновата характеристика на еритроантителата (диференциран директен тест на Coombs) с моноспецифични антиимуноглобулинови тест-реагенти с анти-IgG и анти-комплементарен (C’) тест-реагент	21	22,98
10.36	Определяне на специфичността и титъра на еритроантителата чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	150	45,60
10.37	Определяне на титъра на имунните анти-A и анти-B антитела от клас IgG след обработка на серума с 2-меркаптоетанол чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	634	31,92
12.01	Определяне на кръвни групи от системата AB0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-A, анти-B, анти-AB, анти-D и тест-еритроцити A1, A2, B и 0)	23 630	13,84
12.02	Определяне на подгрупите на A антигена (A1 и A2) с тест-реагенти с анти-A и анти-H	3 609	8,15
12.03	Определяне на слаб D антиген (Du) по индиректен тест на Coombs	306	61,73
12.04	Изследване за автоеритроантитела при фиксирани антитела върху еритроцитите - чрез директен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум, при свободни антитела в серума - чрез аглутинационен или ензимен метод	434	41,15
12.05	Изследване за алоеритроантитела чрез аглутинационен или ензимен метод или индиректен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов	7 464	61,73

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	серум		
12.06	Определяне на Rh фенотип (CcDEe) и Kell антиген с моноспецифични тест-реагенти	96	57,00
Средства за финансиране по раздел VIII		1 200 000,00	

Чл. 184б. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. - 31.12.2025 г. следните обеми и цени за специализирани и високоспециализирани медико-диагностични изследвания, включени в т. V, буква "Б" на приложение № 2 "Специализирана извънболнична медицинска помощ" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
01	Клинична лаборатория		
01.01	Кръвна картина - поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC	3 323 982	3,70
01.03	Скорост на утаяване на еритроцитите	900 711	1,61
01.04	Време на кървене	54 261	2,73
01.05	Протромбиново време	197 870	3,94
01.06	Активирано парциално тромбопластиново време (APTT)	34 763	3,94
01.07	Фибриноген	64 248	3,94
01.08	Химично изследване на урина (pH, белтък, билирубин, уробилиноген, глюкоза, кетони, относително тегло, нитрити, левкоцити, кръв)	1 545 409	1,77
01.09	Седимент - ориентировъчно изследване	1 601 485	1,77
01.10	Окултни кръвоизливи	8 847	4,34
01.11	Глюкоза	2 161 364	2,66
01.12	Кръвно-захарен профил	326 956	7,22
01.13	Креатинин	2 329 755	2,73
01.14	Урея	424 826	2,73
01.15	Билирубин - общ	114 922	2,73

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
01.16	Билирубин - директен	68 122	2,73
01.17	Общ белтък	100 852	2,73
01.18	Албумин	76 300	2,73
01.19	Холестерол	405 166	2,73
01.20	HDL-холестерол	483 450	2,73
01.21	Триглицериди	564 748	2,73
01.22	Гликиран хемоглобин	673 514	17,65
01.23	Пикочна киселина	1 541 929	2,73
01.24	АСАТ	1 393 492	2,73
01.25	АЛАТ	1 400 247	2,73
01.26	Креатинкиназа (КК)	37 363	2,73
01.27	ГГТ	518 813	2,73
01.28	Алкална фосфатаза (АФ)	145 356	2,73
01.29	Алфа-амилаза	72 227	2,73
01.30	Липаза	30 281	3,21
01.31	Натрий и калий	313 882	5,46
01.33	Липиден профил (включващ общ холестерол, LDL-холестерол, HDL-холестерол, триглицериди)	1 520 733	8,02
01.34	Калций	122 688	2,73
01.35	Фосфати	65 126	2,73
01.36	Желязо	386 345	2,73
01.37	ЖСК	132 648	4,02
01.38	CRP	775 101	7,62
01.39	LDL-холестерол	461 815	3,53

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
01.40	Диференциално броене на левкоцити - визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване	275 203	4,02
01.41	Морфология на еритроцити - визуално микроскопско изследване	18 929	4,02
01.42	Орален глюкозо-толерантен тест	30 729	7,55
01.43	Определяне на повърхностен антиген на хепатит B (HBsAg) с бърз тест	157 139	16,05
01.44	Определяне на антитела срещу хепатит C (anti-HCV) с бърз тест	140 883	17,65
01.45	(В сила от 13.06.2025 г.) Определяне на албумин-креатининово отношение в урината	125 000	18,13
01.46	(В сила от 13.06.2025 г.) Изчислена гломерулна филтрация (eGFR) в mL/min/1.73 m^2	750 000	0,27
02.09	Антистрептолизинов титър (AST) (ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции)	15 935	8,80
02.10	Изследване на ревма фактор (RF)	17 934	8,62
05.12	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2	9 824	17,09
09.01	Криоглобулини	47	12,71
09.02	Общи имуноглобулини IgM	900	19,91
09.03	Общи имуноглобулини IgG	1 004	19,91
09.04	Общи имуноглобулини IgA	880	19,91
09.05	C3 компонент на комплемента	425	19,91
09.06	C4 компонент на комплемента	412	19,91
10.08	fT4	377 110	20,32
10.09	TSH	713 696	20,32
10.10	PSA - общ	573 783	20,85
10.11	CA-15-3	4 385	21,65
10.12	CA-19-9	9 098	21,67
10.13	CA-125	14 394	21,65
10.14	Алфа-фетопротеин	2 000	21,65
10.15	Бета-хорионгонадотропин	2 006	23,26
10.16	Карбамазепин	181	23,26
10.17	Валпроева киселина	1 225	23,26
10.18	Фенитоин	1	23,26

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
10.19	Дигоксин	47	23,26
10.20	Изследване на урина - микроалбуминурия	205 617	15,40
10.21	Progesteron	13 266	19,26
10.22	LH	21 879	19,26
10.23	FSH	27 615	19,26
10.24	Prolactin	35 890	19,26
10.25	Estradiol	20 079	19,26
10.26	Testosteron	22 153	19,26
10.27	Антитела срещу Тиреоидната пероксидаза - Anti-TPO	82 116	20,32
10.32	Феритин	14 970	17,65
10.34	Маркер за костно разграждане за диагностика на остеопороза	4 852	23,26
10.61	CEA	7 014	23,26
10.76	Количествено определяне на IgG антитела срещу Spike протеина на SARS CoV-2 с преизчисляване на стойностите в BAU/ml единици	80	11,97
10.77	Протеин на човешкия епидидим 4 (HE4)	2 506	72,19
10.78	Фибрин деградационни продукти: D-димер	8 276	32,08
10.79	Фекален калпротектин	2 622	32,08
10.80	PSA - свободен	461 943	24,06
10.81	Витамин D	83 775	27,19
10.82	Натриуретичен пептид (BNP)	525	37,08
10.83	Фрагмент на прохормона на натриуретичния пептид (NT pro BNP)	2 772	37,08
10.84	Сърдечен тропонин	2 312	30,90
02	Клинична микробиология		
02.07	Серологично изследване за първичен и латентен сифилис (RPR или ELISA или VDRL или TPHA или FTA-ABs)	33 732	8,35
02.09	Антистрептолизинов титър (AST) (за бета-стрептококови инфекции и постстрептококови усложнения - ревматизъм и гломерулонефрит)	14 883	8,80
02.10	Изследване за ревматоиден фактор (RF)	16 761	8,62
02.11	Изследване за неспецифични хетерофилни антитела при инфекциозна мононуклеоза	3 481	8,35
02.12	Микробиологично изследване на фецес и материал от ректума за доказване на Salmonella, Shigella и патогенни E. coli	71 972	18,77
02.13	Микробиологично изследване на урина за урокултура за E. coli, Proteus,	186	14,10

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	Providencia, Klebsiella, Enterobacter, Sarratia и други Enterobacteriaceae, Enterococcus, Грам(-) неферментативни бактерии (Pseudomonas, Acinetobacter и др.), Staphylococcus (S. aureus, S. saprophyticus)	951	
02.15	Микробиологично изследване на ранев материал и гной - препарат по Грам и доказване на Staphylococcus (S. aureus), Streptococcus beta-haemolyticus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	4 914	19,90
02.17	Микробиологично изследване на храчка - препарат по Грам, изолиране на Streptococcus pneumonia, Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Branhamella, Haemophilus, Enterobacteriaceae и др. Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans и др.)	14 179	19,90
02.19	Антибиограма с 6 антибиотични диска по EUCAST	173 905	10,70
02.21	Микробиологично изследване на влагалищен секрет - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	136 701	16,60
02.22	Микробиологично изследване на цервикален секрет - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	3 698	16,60
02.23	Микробиологично изследване на уретрален секрет - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	1 203	16,60
02.24	Микробиологично изследване на простатен секрет - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	161	16,60
02.25	Микробиологично изследване на еякулат - директна микроскопия/препарат по Грам, култивиране и доказване на Streptococcus beta-haemolyticus, Staphylococcus, Enterobacteriaceae и други Грам(-) бактерии, Гъбички (C. albicans) и др.	4 768	16,60
02.26	Микробиологично изследване на гърлен секрет - изолиране и интерпретация на Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Haemophilus (H. influenzae), Гъбички (C. albicans)	111 812	16,60
02.27	Микробиологично изследване на носен секрет - изолиране и интерпретация на Streptococcus beta-haemolyticus gr.A, Staphylococcus (S. aureus), Haemophilus (H. influenzae), Гъбички (C. albicans)	90 109	16,60
02.28	Микробиологично изследване на очен секрет - препарат по Грам и доказване на Staphylococcus (S. aureus), Streptococcus beta-haemolyticus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам(-) бактерии	3 559	16,60

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
02.29	Микробиологично изследване на ушен секрет - препарат по Грам и доказване на Staphylococcus (S. aureus), Streptococcus beta-haemolyticus (gr. A), Enterobacteriaceae и др. Грам(-) бактерии	4 073	16,60
10.63	Диагностично изследване за Chlamydia trachomatis	1 267	6,77
10.64	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19	52	57,00
04	Медицинска паразитология		
04.01	Микроскопско изследване за паразити	112 274	7,70
04.02	Серологично изследване за трихинелоза	180	20,52
04.03	Серологично изследване за токсоплазмоза IgM	3 394	18,82
04.04	Серологично изследване за ехинококоза	1 470	20,52
04.05	Микроскопско изследване за Trichomonas vaginalis	33	2,40
04.06	Серологично изследване за токсоплазмоза IgG	1 530	18,82
05	Вирусология		
05.01	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела	29 511	16,24
05.02	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни IgM	266	16,77
05.03	Серологично изследване на IgM антитела за морбили при бременни	29	16,77
05.04	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен А вирус	855	17,45
05.05	Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус	43 250	17,45
05.06	Серологично изследване на антитела срещу хепатитен С вирус	29 268	19,51
05.07	Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела хепатитен В вирус	1 300	22,34
05.09	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни IgG	274	16,77
05.10	Серологично изследване на anti-HBeAg антитела на хепатитен В вирус	803	22,34
05.12	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2	7 582	17,09
10.64	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19	101	57,00
10.75	Полимеразна верижна реакция за доказване на минимум 14 типа на човешки папиломен вирус (HPV), включващ типове с висок онкогенен риск 16 и 18	1 199	112,84
10.76	Количествено определяне на IgG антитела срещу Spike протеина на SARS-CoV-2 с преизчисляване на стойностите в BAU/ml единици	29	11,97
06	Образна диагностика		
06.01	Рентгенография на зъби с определен центраж (секторна рентгенография)	32 310	4,00
06.02	Рентгенография на челюстите в специални проекции	444	18,50
06.03	Рентгенография на лицеви кости	1 976	18,50
06.04	Рентгенография на околоносни синуси	55 969	18,50

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
06.05	Специални центражи на черепа	2 648	18,50
06.06	Рентгенография на стернум	617	18,50
06.07	Рентгенография на ребра	11 506	18,50
06.08	Рентгеноскопия на бял дроб	487	18,50
06.09	Рентгенография на крайници	10 324	18,50
06.10	Рентгенография на длан и пръсти	42 429	18,50
06.11	Рентгенография на стерноклавикуларна става	409	18,50
06.12	Рентгенография на сакроилиачна става	2 566	18,50
06.13	Рентгенография на тазобедрена става	38 324	18,50
06.14	Рентгенография на бедрена кост	5 925	18,50
06.15	Рентгенография на колянна става	145 122	18,50
06.16	Рентгенография на подбедрица	18 787	18,50
06.17	Рентгенография на глезенна става	42 955	18,50
06.18	Рентгенография на стъпало и пръсти	57 784	18,50
06.19	Рентгенография на клавикула	1 901	18,50
06.20	Рентгенография на акромиоклавикуларна става	755	18,50
06.21	Рентгенография на скапула	770	18,50
06.22	Рентгенография на раменна става	48 515	18,50
06.23	Рентгенография на хумерус	4 071	18,50
06.24	Рентгенография на лакетна става	14 036	18,50
06.25	Рентгенография на антебрахиум	7 899	18,50
06.26	Рентгенография на гривнена става	31 686	18,50
06.28	Рентгенография на череп	2 662	30,00
06.29	Рентгенография на гръбначни прешлени	234 621	30,00
06.30	Рентгенография на гръден кош и бял дроб	481 485	30,00
06.31	Обзорна рентгенография на сърце и медиастинум	558	30,00
06.32	Обзорна рентгенография на корем	9 893	30,00
06.33	Рентгенография на таз	64 931	30,00
06.34	Ехографска диагностика на коремни и ретроперитонеални органи	108 491	40,00
06.35	Томография на гръден кош и бял дроб	50	46,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
06.37	Рентгеново изследване на хранопровод, стомах	8 201	46,00
06.38	Рентгеново изследване на тънки черва	163	46,00
06.39	Иригография	895	46,00
10.01	Компютърна аксиална или спирална томография	127 309	160,00
10.02	Ядрено-магнитен резонанс	86 457	425,00
10.03	Мамография на двете млечни жлези	301 375	75,00
10.04	Ехография на млечна жлеза	100 943	40,00
10.58	Хистеросалпингография	3	53,00
10.59	Интравенозна холангиография	1	53,00
10.60	Венозна урография	139	53,00
10.62	Обзорна (панорамна) рентгенография на зъби (Ортопантомография)	144 806	27,44
10.92	Ядрено-магнитен резонанс под обща анестезия при деца	12	1 200,00
10.93	Компютърна аксиална или спирална томография под обща анестезия при деца	10	570,00
07	Обща и клинична патология		
07.01	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от храчка	12	38,00
07.02	Цитологично изследване на две проби от седимент от урина	5	38,00
07.03	Цитологично изследване на две проби от секрет от млечна жлеза	129	38,00
07.04	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пикочен мехур	1	38,00
07.05	Цитологично изследване на две проби от секрет от външна фистула	2	38,00
07.06	Цитологично изследване на две проби от секрет от рана (включително оперативна)	7	38,00
07.07	Цитологично изследване на две проби от синовиална течност	21	38,00
07.08	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от уретери	41	38,00
07.09	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от женски полови органи	200 000	53,10
07.10	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от устна кухина	14	38,00
07.11	Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от очни лезии	1	38,00
07.12	Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии	203	38,00
07.13	Цитологично изследване на две проби от лаважна течност от пиелон	1	38,00
10.38	Хистобиопсично изследване на две проби от лимфен възел	50	77,80

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
10.39	Хистобиопсично изследване на две проби от млечна жлеза	113	77,80
10.40	Хистобиопсично изследване на две проби от простата	9	77,80
10.41	Хистобиопсично изследване на две проби от щитовидна жлеза	17	77,80
10.42	Хистобиопсично изследване на две проби от слюнчена жлеза	1	77,80
10.43	Хистобиопсично изследване на две проби от коремен орган	151	77,80
10.44	Хистобиопсично изследване на две проби от бял дроб, ларинкс и трахея	1	77,80
10.45	Хистобиопсично изследване на две проби от медиастинум	1	77,80
10.46	Хистобиопсично изследване на две проби от туморни формации в коремната кухина	15	77,80
10.47	Хистобиопсично изследване на две проби от полов орган	1 035	77,80
10.48	Хистобиопсично изследване на две проби от устна кухина, фаринкс и хранопровод	19	77,80
10.49	Хистобиопсично изследване на две проби от кожа и кожни лезии	2 510	77,80
10.50	Хистобиопсично изследване на две проби от мускул	156	77,80
10.51	Хистобиопсично изследване на две проби от подкожен тумор	225	77,80
10.52	Хистобиопсично изследване на две проби от органи на пикочната система	1	77,80
10.53	Хистобиопсично изследване на две проби от око и очни лезии	27	77,80
10.54	Хистобиопсично изследване на две проби от става	1	77,80
10.55	Хистобиопсично изследване на две проби от външно ухо	3	77,80
10.56	Хистобиопсично изследване на две проби от нос	7	77,80
10.57	Хистобиопсично изследване на две проби от костен мозък	1	77,80
07.14	(В сила от 13.06.2025 г.) Течно-базирано цитологично изследване на материал от шийката на матката	27 000	53,10
09	Клинична имунология		
01.38	Изследване на С-реактивен протеин	42	7,62
02.09	Определяне на антистрептолизинов титър	187	8,80
02.10	Изследване на ревматоиден фактор	275	8,62
09.01	Определяне на криоглобулини	69	12,71
09.02	Определяне на общи имуноглобулини IgM	418	19,91
09.03	Определяне на общи имуноглобулини IgG	453	19,91
09.04	Определяне на общи имуноглобулини IgA	412	19,91
09.05	Определяне на С3 компонент на комплемента	250	19,91
09.06	Определяне на С4 компонент на комплемента	258	19,91

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
10.05	Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити - стандартен панел	115	227,98
10.06	Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразолов тест	5	69,00
10.07	Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата	1	98,00
10.08	fT4	6 262	20,32
10.09	TSH	9 717	20,32
10.27	Определяне на Anti-TPO	1 083	20,32
10.29	Определяне на общи IgE	1 257	89,00
10.30	Определяне на антинуклеарни антитела в серум	1 045	89,00
10.76	Количествено определяне на IgG антитела срещу Spike протеина на SARS-CoV-2 с преизчисляване на стойностите в BAU/ml единици	7	11,97
10.85	Анти - dsDNA антитела	186	33,00
10.86	Панел ANA профил (RNP/Sm, SS-A, SS-B, ScI-70, Jo-1, dsDNA)	506	110,00
10.87	Определяне на антифосфолипидни антитела в серум - ИгГ клас	230	33,00
10.88	Определяне на антифосфолипидни антитела в серум - ИгМ клас	216	33,00
12	Трансфузионна хематология		
10.35	Определяне на имуноглобулиновата характеристика на еритроантителата (диференциран директен тест на Coombs) с моноспецифични антиимуноглобулинови тест-реагенти с анти-IgG и анти-комплементарен (C’) тест-реагент	21	24,13
10.36	Определяне на специфичността и титъра на еритроантителата чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	134	47,88
10.37	Определяне на титъра на имунните анти-A и анти-B антитела от клас IgG след обработка на серума с 2-меркаптоетанол чрез аглутинационен, ензимен или антиглобулинов (Coombs) метод	557	33,52
12.01	Определяне на кръвни групи от системата AB0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-A, анти-B, анти-AB, анти-D и тест-еритроцити A1, A2, B и 0)	23 586	14,53
12.02	Определяне на подгрупите на A антигена (A1 и A2) с тест-реагенти с анти-A и анти-H	3 498	8,56
12.03	Определяне на слаб D антиген (Du) по индиректен тест на Coombs	249	64,82
12.04	Изследване за автоеритроантитела при фиксирани антитела върху еритроцитите - чрез директен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум, при свободни антитела в серума - чрез аглутинационен или ензимен метод	421	43,21
12.05	Изследване за алоеритроантитела чрез аглутинационен или ензимен метод или	7 061	64,82

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	индиректен антиглобулинов (Coombs) тест с поливалентен антиглобулинов серум		
12.06	Определяне на Rh фенотип (CcDEe) и Kell антиген с моноспецифични тест-реагенти	79	59,85
Средства за финансиране по раздел VIII			1 200 000,00

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

Чл. 185. (1) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) В съответствие с чл. 55а ЗЗО НЗОК планира, договаря и закупува за ЗОЛ медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО в рамките на договорените обеми по чл. 182, 183 и 184 за 2023 г. и чл. 182а, 183а и 184а за 2024 г. и чл. 182б, 183б и 184б за 2025 г., както и в съответствие с параметрите на разходите по бюджета на НЗОК, определени в ЗБНЗОК за съответната календарна година.

(2) В изпълнение на чл. 3, ал. 4 от ЗБНЗОК за съответната календарна година представителите по чл. 54, ал. 1 от ЗЗО извършват текущо наблюдение и анализ за изпълнението на договорените обеми, както и за изпълнение на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания към 31 март, 30 юни, 30 септември и 31 декември на съответната календарна година по месеците на извършване на дейността. Българският лекарски съюз получава на тримесечие информация за касовото изпълнение на здравноосигурителните плащания по бюджета на НЗОК.

(3) В случай че при анализа по ал. 2 към 30 септември се установи очаквано неизпълнение на договорените обеми и/или очаквано неусвояване на средства за здравноосигурителни плащания за ПИМП, СИМП и/или МДД към 31 декември на съответната календарна година с повече от 3 на сто от предвидените средства, в едномесечен срок от анализа страните договарят промени в договорените обеми и цени в рамките на бюджетните средства на НЗОК за съответните здравноосигурителни плащания, което създава основание за промяна в сключените договори с изпълнителите на ИМП.

(3а) (Нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) В случай че при анализа по ал. 2 към 30 септември се установи очакван преразход на средства за здравноосигурителни плащания за ПИМП, СИМП и/или МДД към 31 декември, надхвърлящ с повече от 3 на сто предвидените средства в срок до 20-о число на месеца, следващ анализа, НЗОК и БЛС договарят коригирани цени в рамките на оставащите средства за здравноосигурителни плащания за извънболнична медицинска помощ по ЗБНЗОК за съответната календарна година, което създава основание за промяна в сключените договори с изпълнителите на извънболнична медицинска помощ.

(4) Текущо през периода на действие на този НРД в зависимост от оказаната на ЗОЛ медицинска помощ, когато по някоя дейност се достигне договореният обем, преди да е извършена актуализацията по ал. 3, тези дейности се заплащат в рамките на наличните средства за съответния вид здравноосигурителни плащания по бюджета на НЗОК.

(5) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Националната здравноосигурителна каса осъществява контрол по реда на глава двадесета на изпълнителите на извънболничната медицинска помощ за дейностите, за които при анализа по ал. 2 се наблюдава превишение на обемите по чл. 182, 183 и 184 за 2023 г. и чл. 182а, 183а и 184а за 2024 г. и чл. 182б, 183б и 184б за 2025 г., водещо до преразход на средства за

здравноосигурителни плащания.

Раздел VI.
Методики за остойностяване на видовете извънболнична медицинска помощ

Чл. 186. Методиката на образуване на стойностите, за които НЗОК има финансов капацитет да закупи дейностите по пакета медицинска помощ по чл. 45, ал. 2 ЗЗО за съответната календарна година от периода на действие на този НРД: 2023 - 2025 г., се състои от следните последователни етапи:

1. дефиниране на обхвата на медицинската помощ по пакета по чл. 45, ал. 2 ЗЗО, заплащан от съответния вид здравноосигурителни плащания по ЗБНЗОК за съответната календарна година от периода на действие на този НРД: 2023 - 2025 г., съгласно разделите на този НРД, регламентиращи условия и ред за оказване на помощта;

2. определяне на отделните дейности в обхвата на всеки вид здравноосигурителни плащания по т. 1 в разделите за обеми, цени и методика за закупуване на медицинската помощ на този НРД;

3. определяне на прогнозните обеми по всяка отделна дейност по т. 2 за заплащане през съответната календарна година съобразно:

3.1. информацията за отчетения и заплатен годишен брой дейности от съответния вид през предходен тригодишен период;

3.2. отчетените тенденции в годишния ръст на обемите;

3.3. промени в пакетите през предходните периоди, съотносими към съответната дейност по пакета медицинска помощ по чл. 45, ал. 2 ЗЗО, подлежаща на заплащане през съответната календарна година;

3.4. налична информация за промени във външни фактори, които оказват влияние на обема на извършване на съответния вид дейност:

а) демографски фактори и тенденции;

б) промени в нормативната уредба;

в) промени в заболеваемостта;

г) промени в медицинската практика и технология;

д) други значими фактори;

3.5. становище от експертните съвети по медицински специалности за очакваните/необходимите годишни обеми за нови (незаплащани през предходните години) дейности по пакета за календарна година;

4. определяне на прогнозните стойности на необходимите средства за закупуване на прогнозните обеми по т. 3 по действащите през предходната година цени и становище от експертните съвети по медицински специалности за цените за нови (незаплащани през предходните години) дейности по пакета за текущата календарна година;

5. формиране на стойности, за които НЗОК има финансов капацитет да закупи обемите дейности по т. 3, подлежащи на заплащане през календарна година по този НРД, с цел балансиране на прогнозните стойности по т. 4 с размера на финансовата рамка за съответните здравноосигурителни плащания по ЗБНЗОК за съответната календарна година чрез прилагане на:

а) еднакви коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през предходната календарна година цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (включително и предложените от експертните съвети по медицински специалности цени на новите дейности);

б) различни коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през предходната

календарна година цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (включително и предложените от експертните съвети по медицински специалности цени на новите дейности), съобразени с налични данни за оценяване на съответната дейност.

Раздел VII.
Методики за закупуване на дейностите в извънболничната медицинска помощ

Методика за закупуване на медицинските дейности в първичната извънболнична помощ

Чл. 187. (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, заплаща договорената и извършената дейност на изпълнителите на ПИМП съгласно Наредба № 9 от 2019 г. по следните елементи:

1. медицинско обслужване на ЗОЛ, включени в регистъра на изпълнител на ПИМП, по пакета за ПИМП съгласно Наредба № 9 от 2019 г.;

2. профилактична дейност по програма "Детско здравеопазване", включително извършена задължителна имунизация и реимунизация на лица от 0 до 18 години съгласно Имунизационния календар на Република България - приложение № 1 към чл. 2, ал. 2 от Наредба № 15 от 2005 г. и приложение № 12;

3. профилактична дейност по програма "Майчино здравеопазване" на ЗОЛ, избрали ОПЛ за изпълнител по тази програма по приложение № 12;

4. диспансерни прегледи на ЗОЛ съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и списъка на заболяванията за деца и възрастни, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ, за които НЗОК заплаща съгласно приложение № 8;

5. профилактични прегледи на ЗОЛ над 18-годишна възраст съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 12;

6. извършена задължителна имунизация и реимунизация съгласно Имунизационния календар на лица над 18 години;

7. за финансиране осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения за ПИМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, съгласно методика по раздел VIII;

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

9. осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения им работен график на ЗОЛ съгласно Наредба № 9 от 2019 г.;

10. (изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) посещение в дома на новородено ЗОЛ до 6 месеца след изписване от лечебното заведение за осъществяване на здравни грижи от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти от амбулатория на изпълнителя на ПИМП или от индивидуална или групова практика за здравни грижи, сключила договор с изпълнителя на ПИМП.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на ОПЛ за всяко поставяне на препоръчителна ваксина по национални програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ съгласно ЗБНЗОК за съответната календарна година.

(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 здравното осигуряване, наричано по-нататък "ПМС № 193 от 2012 г.", от държавния бюджет чрез Министерството на здравеопазването НЗОК заплаща на ОПЛ разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

(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 (към датата на издаване на амбулаторния лист) - за задължително осигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО;

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

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на ПИМП дейностите по ал. 1 и 2 по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

Чл. 188. (1) Заплащането по чл. 187, ал. 1, т. 1 се определя в зависимост от възрастта и броя на:

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

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

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

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

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

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

1. първите екземпляри на регистрационните форми на хартиен носител/електронните форми за избор за новорегистрирани ЗОЛ;

2. електронен отчет, в определен от НЗОК формат, за включените в регистъра на изпълнител на ПИМП ЗОЛ;

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

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

1. за извършен профилактичен преглед при лица на възраст от 0 до 18 години съгласно изискванията на Наредба № 8 от 2016 г.;

2. за извършена задължителна планова имунизация или реимунизация (в т.ч. проба Манту) съгласно Имунизационния календар на лице на възраст от 0 до 18 години, като общият брой на заплатените имунизации на едно лице не може да надвишава максималния брой;

3. за извършени до две посещения за осъществяване на здравни грижи за новородено до 6 месеца след изписване от лечебното заведение съгласно приложение № 1а "Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти" към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г.

(2) Дейността по чл. 187, ал. 1, т. 2 и 10 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторните листове.

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

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

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

(4) Общият брой на заплатените профилактични прегледи за една бременност не може да надвишава максималния брой в съответствие с изискванията на приложение № 6 към Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 12.

Чл. 191. (1) За медицинската помощ по чл. 187, ал. 1, т. 4 се заплаща за извършен преглед на:

1. ЗОЛ с едно заболяване, подлежащо на диспансерно наблюдение от ОПЛ;

2. ЗОЛ с две заболявания, подлежащи на диспансерно наблюдение от ОПЛ;

3. ЗОЛ с повече от две заболявания, подлежащи на диспансерно наблюдение от ОПЛ.

(2) Прегледите на ОПЛ, извършени по реда на чл. 139, ал. 3 и 4, се заплащат по реда на ал. 1.

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

(4) Заплащането по чл. 187, ал. 1, т. 4 се осъществява в случаите, в които са извършени дейностите от пакет ПИМП и са назначени всички медицински дейности съгласно изискванията на приложения № 12 и № 13 на Наредба № 8 от 2016 г., Наредба № 9 от 2019 г. и приложение № 8 или приложения № 8 и № 13.

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

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

Чл. 192. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща по чл. 187, ал. 1, т. 5 и 6:

1. един годишен профилактичен преглед на ЗОЛ над 18 години съгласно приложения № 2, 3 и 4 към Наредба № 8 и приложение № 12;

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

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

(3) Дейността по чл. 187, ал. 1, т. 5 и 6 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове, и електронен отчет на "Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване". Резултатите от извършените изследвания, налични в НЗИС, се импортират автоматично в специализирания медицински софтуер на лечебното заведение от НЗИС в "Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване". Отчитането на "Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване" се допуска и в месеца, следващ месеца на отчитане на профилактичния преглед по ал. 1, т. 1 на съответното ЗОЛ.

(4) "Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване" се отчита задължително, включително и когато ЗОЛ не предостави резултати от извършените изследвания. Случаите, при които резултатите от извършените изследвания не са предоставени от ЗОЛ, респ. не са отразени от ОПЛ в картата, не са основание за отказ от заплащане на профилактичния преглед по ал. 1, т. 1.

Чл. 193. (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 187, ал. 1, т. 7, когато лечебното заведение отговаря на критериите на методика по раздел VIII за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения за ПИМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината.

(2) Месечните суми по ал. 1, заплащани от НЗОК за всеки изпълнител на ПИМП, се определят по ред и начин, посочени в методиката по ал. 1.

(3) Месечната сума по ал. 2 се включва в месечното известие по чл. 231 срещу позиция GP-55-2-3v-ZZO "Заплащане по методика по чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО".

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

(5) Заплащането на сумите по чл. 187, ал. 1, т. 7 се извършва до изчерпване на определените за този вид плащане средства, договорени на ред "Средства за финансиране по раздел VIII".

Чл. 194. (1) Заплащането по чл. 187, ал. 1, т. 8 е за извършен преглед на ЗОЛ с регистрация в друг здравен район - при лекаря, при следните условия:

1. ЗОЛ временно е извън здравния район, където е осъществило избор на ОПЛ, или ако е осигурено в друга държава лице, потърсило помощ по повод на остро възникнало състояние и при 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) Дейността по чл. 187, ал. 1, т. 8 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове, а за осигурени в друга държава лица и с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови 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. 195. (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 187, ал. 1, т. 9, в случай че осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ по един от начините, посочени в Наредба № 9 от 2019 г.

(2) Заплащането за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения му работен график на ЗОЛ от изпълнителя на ПИМП се осъществява след представяне на декларация по образец съгласно приложение № 9.

(3) Заплащането по чл. 187, ал. 1, т. 9 се извършва, когато изпълнителят на ПИМП осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗОЛ по един от следните начини:

1. чрез дежурен кабинет на груповата практика за ПИМП, в която е съучредител;

2. чрез дежурен кабинет, организиран на функционален принцип на базата на сключен договор по чл. 95, ал. 1, т. 1 ЗЛЗ с други лечебни заведения за ПИМП и утвърден от лечебните заведения график за осигуряване на дейността на кабинета;

3. по договор с най-близко разположеното:

3.1. лечебно заведение за болнична помощ, което е разкрило дежурен кабинет;

3.2. лечебно заведение по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "б" и/или по т. 2, букви "б", "в" или "г" от ЗЛЗ, което е разкрило дежурен кабинет;

3.3. лечебно заведение по чл. 10, т. 1 ЗЛЗ с разкрити филиали за спешна медицинска помощ;

4. индивидуално чрез 24-часово осигуряване на консултации по телефона, осъществяване на необходимите дейности в амбулаторията или в дома на пациента по преценка на ОПЛ;

5. лечебните заведения, с които ОПЛ може да сключи договор по т. 3.1 и 3.2, както и съответният обслужващ филиал по т. 3.3 трябва да се намират на отстояние не повече от 40 км от месторазположението на практиката на ОПЛ (относимо за всеки един от адресите на практиката едновременно).

(4) Дежурните кабинети извършват само диагностично-лечебните дейности по приложение № 1 към чл. 1, т. VI от Наредба № 9 от 2019 г. с изключение на маркираните със знака "*".

(5) С договорите по ал. 3, т. 3 могат да бъдат възлагани само дейности, които могат да бъдат извършвани от дежурни кабинети.

(6) Лечебните заведения за ПИМП следва да представят в РЗОК договори за обслужване на ЗОЛ по ал. 3 за осигуряване постоянно присъствие на лекар.

(7) Заплащането по чл. 187, ал. 1, т. 9 се определя в зависимост от броя на:

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

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

Чл. 196. (1) Изпълнителите на първична извънболнична медицинска помощ получават сума в размер на 10 лв. за поставена доза на препоръчителна ваксина срещу COVID-19, в която се включва и издаване на документ/и за поставянето, например сертификат за ваксинация срещу COVID-19, отговарящ на изискванията на държавите - членки на Европейския съюз.

(2) Дейността по ал. 1 се извършва по реда на Наредба № 15 от 12.05.2005 г. за имунизациите в Република България и се подава в НЗИС.

(3) Общопрактикуващите лекари не могат да отказват препоръчителна ваксина срещу COVID-19 на желаещи да се имунизират лица, вписани в техните регистри, при отсъствие на противопоказания за прилагане на съответната ваксина.

(4) Отчитането на дейността по ал. 1 за лица, записани в техните регистри, от изпълнителите на ПИМП се извършва с "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1), като кодът на имунизацията срещу COVID-19 по КСМП е 92192-00.

(5) Отчитането и заплащането на дейността по ал. 1 се извършват при условията и в сроковете, регламентирани в раздел IX, глава седемнадесета.

(6) След окончателната обработка в информационната система на НЗОК на месечните електронни отчети по реда на ал. 5 НЗОК с цел осъществяване на предварителен контрол извършва сравнение между постъпилите в НЗИС данни и данните от месечните електронни отчети.

(7) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите по ал. 1 след установено съответствие при сравнението по ал. 6.

(8) Установено несъответствие при сравнението по ал. 6 е основание за отхвърляне от заплащане на отчетена дейност по ал. 1, за която е установено несъответствието.

(9) Общопрактикуващите лекари могат да извършват дейността по ал. 1 и на здравноосигурени лица, които не са записани в техните регистри.

(10) Дейността по ал. 9 се извършва, отчита и заплаща при условията и по реда на ал. 1 - 8.

Чл. 197. (1) Дейността по чл. 187, ал. 2 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност, отразена в амбулаторни листове.

(2) Дейността по чл. 187, ал. 3 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат.

Методика за закупуване на медицинските дейности в специализираната извънболнична помощ

Чл. 198. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнители на СИМП съгласно Наредба № 9 от 2019 г. и НРД, както следва:

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

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

3. профилактичен преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по "Педиатрия", съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 14;

4. профилактичен преглед на ЗОЛ, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по "Акушерство и гинекология" (по програма "Майчино здравеопазване"), извършващ профилактични прегледи на бременни, съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 14;

5. профилактичен преглед на ЗОЛ над 18-годишна възраст от групи с риск от развитие на заболяване, включващ общомедицински и специализирани медицински дейности, извършени от лекар специалист с придобита специалност по: "Акушерство и гинекология", "Урология", "Кардиология", "Ендокринология и болести на обмяната", "Гастроентерология", "Вътрешни болести" или "Хирургия", съгласно приложение № 14;

6. специализиран преглед на ЗОЛ съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 13, извършен от специалиста, водещ диспансерното наблюдение;

7. общомедицински и специализирани медицински дейности съгласно пакета по "Физикална и рехабилитационна медицина";

8. високоспециализирани медицински дейности по съответните специалности от пакета СИМП;

9. специализирани и/или високоспециализирани медико-диагностични изследвания по пакети: "Вирусология", "Клинична имунология", "Клинична лаборатория", "Клинична микробиология", "Медицинска паразитология", "Трансфузионна хематология", "Обща и клинична патология" и "Образна диагностика";

10. общомедицински и специализирани дейности по медицинска експертиза;

11. за финансиране осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения за СИМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, съгласно методика по раздел VIII.

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

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

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

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

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на СИМП дейностите по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

(4) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в Постановление № 193 на Министерския съвет от 2012 г., от държавния бюджет чрез МЗ НЗОК заплаща на изпълнителите на СИМП разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

Чл. 199. (1) За дейностите, оказани на здравнонеосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ, НЗОК заплаща на изпълнителите на СИМП профилактични прегледи съгласно чл. 19 от Наредба № 26 от 14 юни 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравнонеосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

(2) Дейността по ал. 1 се отчита с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ.

Чл. 199а. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) (1) Изпълнителите на СИМП със специалност "Детски болести" и "Акушерство и гинекология" получават сума в размер на 10 лв. за поставена доза на препоръчителна ваксина срещу човешки папилома вирус (HPV) по Националната програма за първична профилактика на ракови заболявания, причинени от човешки папилома вирус (HPV) 2025 - 2030 г.

(2) Дейността по ал. 1 се извършва по реда на Наредба № 15 от 12.05.2005 г. за имунизациите в Република България и се подава в НЗИС.

(3) Когато ваксината е поставена по време на преглед, заплащан по реда на този НРД, дейността се отчита с месечния електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършените медицински дейности, отразени в амбулаторните листове (бл. МЗ-НЗОК № 1), подписани с електронен подпис на лекаря.

(4) За поставените дози от ваксината срещу HPV на лицата от целевите групи, регистрирани в НЗИС с издаден НРН, РЗОК формира месечно известие към лечебното заведение, регистрирало поставените дози (НРН) за броя на поставените ваксини срещу HPV.

(5) Заплащането се извършва при условията и в сроковете, регламентирани в глава седемнадесета, раздел IX "Условия и срокове за заплащането на дейностите в извънболничната помощ".

Чл. 200. (1) За видовете специализирана медицинска помощ по чл. 198, ал. 1, т. 1 се заплаща за:

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

2. реализиран вторичен преглед по повод заболявания и състояния.

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

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

(4) За видовете специализирана помощ се заплащат на изпълнителя на СИМП отчетените вторични посещения през месеца, като за тримесечието се заплащат отчетените вторични посещения, но не повече от общия брой на отчетените през тримесечието първични посещения по ал. 1, т. 1. В този случай изравняването се прави с отчета и плащането за последния месец от тримесечието.

Чл. 201. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 198, ал. 1, т. 2 се заплаща за:

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

2. реализиран вторичен преглед по повод на същото състояние.

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

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

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

Чл. 202. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 198, ал. 1, т. 3 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ до 18-годишна възраст от лекар с придобита специалност "Педиатрия".

(2) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (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 по програма "Детско здравеопазване" на ЗОЛ съгласно Наредба № 8 от 2016 г. и приложение № 14.

Чл. 203. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 198, ал. 1, т. 4 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ, включено в програма "Майчино здравеопазване" и

избрало специалист по "Акушерство и гинекология" за наблюдение на бременността, както следва:

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

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

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

1. когато при прегледа от лекар специалист на основание издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за състояния, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 14, и бременните подлежат на профилактика - в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист;

2. когато при преизбор на специалист по "Акушерство и гинекология" на основание издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за ново състояние на бременната или за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 14.

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

1. при извършен вторичен преглед по повод същото състояние на бременната при същия специалист или преизбор на специалист на основание издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (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 № 8 от 2016 г. и в приложение № 14 - в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист и не се изисква ново направление;

3. когато при извършен вторичен преглед при лекар специалист по "Акушерство и гинекология" се установи, че се касае за състояние (заболяване), включено в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 15 - в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

(4) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет в определен от НЗОК формат за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове, и с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, когато на лицето е оказана медицинска помощ по програма "Майчино здравеопазване" при първичен преглед или при преглед по повод на преизбор на специалист по "Акушерство и гинекология", а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

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

Чл. 204. (1) За профилактичен преглед на неосигурените жени по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ се заплаща по реда на чл. 198, ал. 1, т. 1 и 2 - първият преглед се заплаща като първичен, а последващите - като вторични прегледи.

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

Чл. 205. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 198, ал. 1, т. 5 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗОЛ над 18-годишна възраст.

(2) Прегледите по ал. 1 за месеца се отчитат пред РЗОК с електронен отчет за

извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (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 за не повече от един годишен преглед при всеки един от посочените специалисти.

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

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

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

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

1. когато при първоначален преглед при лекар специалист на основание издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 13, ЗОЛ подлежат на диспансеризация - в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист;

2. когато при преизбор на лекар специалист на основание издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3) се установи, че се касае за ново заболяване, включено в Наредба № 8 от 2016 г. и в приложение № 13.

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

1. при реализиран вторичен преглед по повод на същото заболяване при същия специалист или при преизбор на специалист на базата на издадено направление от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (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 № 8 от 2016 г. и в приложение № 13 - в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист и не се изисква ново направление;

3. когато едно диспансеризирано ЗОЛ до 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други - при лекар специалист, ЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, обем и честота) за всички заболявания само от лекар специалист съгласно приложение № 13 или приложения № 8 и № 13 - в тези случаи ЗОЛ вече е диспансеризирано при специалиста за съответното заболяване от същия клас;

4. когато едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 години е със заболявания в един клас, но с различни МКБ кодове, подлежащи на диспансеризация от лекар - специалист от СИМП, в случаите на изключенията по чл. 165, ал. 4.

(4) Консултативните прегледи по реда на чл. 139, ал. 5 се заплащат по реда на ал. 1.

(5) За видовете специализирана помощ се заплаща по реда на ал. 1 в случаите, в които са спазени всички изисквания за извършване на специализирани медицински дейности съгласно изискванията на Наредба № 8 от 2016 г., Наредба № 9 от 2019 г. и приложение № 13 или приложения № 8 и № 13, но за не повече от предвидения оптимален брой прегледи за заболяването с най-висока честота на наблюдение.

(6) Дейността по ал. 2 за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, при първичен преглед или при посещение по повод на преизбор на диспансеризиращ специалист, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК; "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бланка МЗ-НЗОК № 3), издадено от ОПЛ, не се изисква, когато ЗОЛ се диспансеризира при посещение по друг повод.

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

Чл. 207. (1) Специализираната медицинска помощ по чл. 198, ал. 1, т. 7 се заплаща за реализиран физиотерапевтичен курс на лечение за определено заболяване, който включва комплексно лечение от:

1. първоначален преглед;

2. проведени процедури от физиотерапевтичния курс на лечение за следните групи:

2.1. група 1 - процедури с физикални фактори от апаратната терапия;

2.2. група 2 - процедури с кинезитерапевтични техники;

2.3. група 3 - процедури с физикални фактори от апаратна терапия и кинезитерапевтични техники;

3. заключителен преглед, извършен не по-късно от 10-ия работен ден, следващ деня, в който е извършена последната процедура.

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

(3) Дейността по ал. 1 за месеца се отчита пред РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (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".

Чл. 208. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за ВСМД на изпълнителите на медицинска помощ по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

(2) Заплащането за ВСМД се извършва в случаите, в които е налице интерпретация на резултатите, отразени в амбулаторния лист.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща за ВСМД, ако дейността е назначена от лекар специалист с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бланка МЗ-НЗОК № 3А), а за дейностите по пакет "Анестезиология и интензивно лечение" и за дейностите, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ - съгласно приложение № 8 или приложения № 8 и № 13 - и от 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 злополуки или професионални заболявания.

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

(5) Високоспециализираната медицинска дейност за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на 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.

Чл. 209. (1) На изпълнители на СИМП се заплаща за извършена и отчетена дейност по чл. 198, ал. 1, т. 10 по цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

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

(3) Експертизата по ал. 2 се отчита, като данни от общия талон и отделните части на "Талон за медицинска експертиза" (бланка МЗ-НЗОК № 6) се отчитат към месечния електронен отчет от председателя на ЛКК към амбулаторния лист за извършената от членовете на ЛКК дейност за всяко ЗОЛ, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

(4) Заплаща се за извършен и отчетен преглед за подготовка за ЛКК, за преглед по искане на ЛКК/РКМЕ или за преглед за подготовка за освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК.

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

Чл. 210. (1) Изпълнителят на СИМП има право на заплащане по чл. 198, ал. 1, т. 11, когато лечебното заведение отговаря на критериите на методика по раздел VIII за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения за СИМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината.

(2) Месечните суми по ал. 1, заплащани от НЗОК за всеки изпълнител на СИМП, се определят по ред и начин, посочени в методиката по ал. 1.

(3) Месечната сума по ал. 2 се включва в месечното известие по чл. 231 срещу позиция SOMC-55-2-3v-ZZO "Заплащане по методика по чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО".

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

(5) Заплащането на сумите по чл. 198, ал. 1, т. 11 се извършва до изчерпване на определените за този вид плащане средства, договорени на ред "Средства за финансиране по раздел VIII".

Чл. 211. (1) Регулацията на броя на СМД и стойността на МДД в извънболничната помощ се осъществява в съответствие с чл. 3 от ЗБНЗОК за съответната календарна година.

(2) Контрол върху надвишения брой СМД и стойност на МДД от изпълнителите на ПИМП и СИМП се извършва при изчерпване на определения по съответните параграфи тримесечен бюджет за брой СМД и стойност на МДД на национално ниво.

(3) В резултат на осъществен контрол по ал. 2 възстановените от изпълнителите на извънболнична медицинска помощ неоснователно получени суми за превишени брой СМД и стойност на МДД се използват от НЗОК/РЗОК за промени във възложените им брой СМД и стойност на МДД.

(4) Не се извършва контрол върху надвишения брой СМД и стойност на МДД за

дейностите по профилактика, назначавани съгласно приложения № 12 и 14, и за дейностите по повод диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложения № 8 и 13.

Чл. 212. Ръководителите на лечебните заведения, изпълнители на извънболнична медицинска помощ (МЦ/ДКЦ/МДЦ), използват не по-малко от 50 % от приходите на лечебното заведение от НЗОК за извършените медицински дейности за разходи за персонал.

Методика за закупуване на медико-диагностичните дейности

Чл. 213. (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща за медико-диагностичната дейност, в съответствие с Наредба № 9 от 2019 г., назначена и извършена съобразно националните медицински стандарти, включително и в случаите, когато е предвидена интерпретация на резултатите. В заплащането не се включват стойността на контрастната материя и цената за биологичен материал.

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

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

2. ЗОЛ, на които е извършена медико-диагностична дейност, са с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на дейността - за задължително осигурени в НЗОК лица съгласно чл. 33, ал. 1 ЗЗО, с изключение на здравнеосигурените 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 от изпълнител на ПИМП в следните случаи:

- по искане на ТЕЛК или НЕЛК;

- за ВСМДИ: "Мамография на двете млечни жлези", "Ехография на млечна жлеза" от пакет "Образна диагностика", "Хормони: fT4, TSH", "Туморен маркер: PSA - общ и свободен" и "Изследване на урина - микроалбуминурия" от пакет "Клинична лаборатория";

- за ВСМДИ, които фигурират и като МДИ в друг пакет по друга специалност.

(4) По искане на ТЕЛК (НЕЛК) НЗОК закупува само ВСМДИ, свързани с процеса на медицинската експертиза на работоспособността, в рамките на годишния бюджет.

(5) Дейността по ал. 1 и 3 се отчита с "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4), отразена в електронен отчет в определен от НЗОК формат за назначената и извършената медико-диагностична дейност.

(6) На основание чл. 37, ал. 6 ЗЗО и по реда, определен в ПМС № 193 от 2012 г., от държавния бюджет чрез МЗ НЗОК заплаща на изпълнителите на медико-диагностична дейност разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

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

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

Чл. 214. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за медико-диагностичната

дейност, назначена на неосигурените жени, на които се оказва наблюдение на бременността по реда на чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ, в обхват, определен в чл. 19 от Наредба № 26 от 2007 г. на министъра на здравеопазването за предоставяне на акушерска помощ на здравнонеосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

(2) Дейността по ал. 1 се отчита с "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4), отразена в електронен отчет в определен от НЗОК формат за назначената и извършената медико-диагностична дейност по чл. 82, ал. 1, т. 2 ЗЗ.

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

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

(2) Месечните суми по ал. 1, заплащани от НЗОК за всеки изпълнител на МДД, се определят по ред и начин, посочени в методиката по ал. 1,

(3) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) Месечната сума по ал. 2 се включва в месечното известие по чл. 231 срещу позиция MDA-55-2-3v-ZZO "Заплащане по методика по чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО".

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

(5) Заплащането на сумите по чл. 213, ал. 8 се извършва до изчерпване на определените за този вид плащане средства, договорени на ред "Средства за финансиране по раздел VIII".

Раздел VIII.
Методика за финансиране осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината

Чл. 217. (1) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) Националната здравноосигурителна каса финансира осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения - изпълнители на ПИМП, СИМП и МДД, които имат регистрирани адреси по реда на чл. 40 от ЗЛЗ, в които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината.

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

(3) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Средствата за финансиране по ал. 1 не могат да надхвърлят съответните средства, посочени в чл. 182, 183 и 184 за 2023 г., респ. чл. 182а, 183а и 184а за 2024 г., респ. чл. 182б, 183б и 184б за 2025 г.

(4) Средствата за финансиране по ал. 3 се разпределят по месеци за периода месец септември - декември 2023 г., за видовете медицински дейности, както следва:

1. за изпълнителите на ПИМП - 750 000 лв.;
2. за изпълнителите на СИМП - 100 000 лв.;
3. за изпълнителите на МДД - 100 000 лв.

(5) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) Средствата за финансиране по ал. 3 се разпределят по месеци за периода месец януари - декември 2024 г., за видовете медицински дейности, както следва:

1. за изпълнителите на ПИМП - 750 000 лв.;

2. за изпълнителите на СИМП - 100 000 лв.;

3. за изпълнителите на МДД - 100 000 лв.

(6) (Нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Средствата за финансиране по ал. 3 се разпределят по месеци за периода месец януари - декември 2025 г., за видовете медицински дейности, както следва:

1. за изпълнителите на ПИМП - за периода месец януари - март 2025 г. - по 750 000 лв., и за периода месец април - декември 2025 г. - по 875 000 лв.;

2. за изпълнителите на СИМП - 100 000 лв.;

3. за изпълнителите на МДД - 100 000 лв.

(7) (Нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ осигуряват не по-малко от 90 % от размера на получените средства за работа в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняващи съответната дейност в общината, за разпределение за разходи за персонал за медицинските и здравни специалисти, работещи в съответното лечебно заведение, изпълнител на извънболнична медицинска помощ.

Чл. 218. (1) В срок от 40 дни от влизане в сила на този НРД, по писмено предложение на директорите на РЗОК, съгласувано с РЛК на БЛС, лечебните заведения - изпълнители на ПИМП, СИМП и МДД, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, се включват в списък.

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

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

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

(5) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) Управителят на НЗОК утвърждава списъците по ал. 1 - 3.

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

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

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

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

1. отдалеченост;

2. трудна достъпност;

3. единствени изпълняват съответната дейност в общината;

4. нает медицински персонал;

5. разпръснатост;

6. категории обслужвани лица.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г. (*)) Лечебно заведение по ал. 1 се включва в списъка, ако отговаря на някой от критериите по ал. 1, т. 1, 2 или 3. За всеки критерий е отразена тежест с точки от 1 до 4 съгласно условията, посочени в таблицата:

№	Критерии	Брой точки (t)	Условия на работа	Нормативни актове и документи, удостоверяващи наличието на критериите
1.1	**Отдалеченост**	**2**	Лечебно заведение, отдалечено от друго лечебно заведение, изпълняващо същата дейност, или център/филиал за спешна медицинска помощ на повече от 20 км.	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
1.2	**Отдалеченост**	**2**	Лечебно заведение, отдалечено от МЦ или ДКЦ на повече от 20 км за селища, разположени в равнинна местност, и 10 км за селища, разположени в планинска местност.	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
1.3	**Отдалеченост**	**2**	Лечебно заведение, отдалечено от най-близката МБАЛ на повече от 20 км за селища, разположени в равнинна местност, и 10 км за селища, разположени в планинска местност.	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
2.1	**Трудна достъпност**	**1**	Лечебното заведение се намира в населено място с пресечна местност с над 600 м надморска височина и наличие на III или IV класна пътна мрежа	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
2.2	**Трудна достъпност**	**2**	Лечебното заведение се намира в населено място в пресечена местност, разположена над 1000 м надморска височина и наличие на III или IV класна пътна мрежа	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
2.3	**Трудна достъпност**	**3**	Лечебното заведение се намира в район с неблагоприятен географски терен - планински или полупланински, и/или с неблагоприятна пътна инфраструктура и време за достъп до най-близкото лечебно заведение за болнична помощ над 60 мин.	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони

№	Критерии	Брой точки (t)	Условия на работа	Нормативни актове и документи, удостоверяващи наличието на критериите
3	**Единствени изпълняват съответната дейност в общината**	**4**	Лечебно заведение - изпълнител на ПИМП, в което ОПЛ, вписан в приложение № 1 към договора с НЗОК, единствен работи по договор с НЗОК като ОПЛ в общината.	Сключени индивидуални договори с РЗОК; Национална здравна карта
4.1	**Нает медицински персонал**	**1**	Нает лекар в лечебното заведение за ПИМП	Сключени индивидуални договори с РЗОК.
4.2	**Нает медицински персонал**	**1**	Нает медицински персонал в лечебното заведение за ПИМП	Сключени индивидуални договори с РЗОК.
5	**Разпръснатост**	**1 точка за всяко населено място**	Лечебно заведение, обслужващо две и повече населени места и работен график на лекар с не по-малко от 1 час седмично за всеки 50 ЗОЛ с непрекъснати здравноосигурителни права за амбулаторни и домашни прегледи във всяко едно населено място.	Справка от регистъра на ЗОЛ за съответния ИМП/Регистрация на ЛЗ от ИАМН/РЗИ.
6.1	**Категории обслужвани лица**	**3**	Лечебно заведение, което обслужва центрове за настаняване на бежанци.	Чл. 133
6.2	**Категории обслужвани лица**	**3**	Лечебно заведение, което обслужва домове за медико-социални грижи и лица, настанени в специални училища и домове за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителска грижа, в домове за деца с физически увреждания, в домове за деца с умствена изостаналост и деца, ползващи услуги от резидентен тип.	Съвместно решение на РЗОК и ИАМН/РЗИ

Чл. 221. За лечебното заведение за ПИМП, включено в списъка, се определя сумарен брой точки (Т) от критериите по формулата Т = t1 + t2 + t3 + t4 + t5 + t6, както следва:

1. По критерий № 1 се определят като сбор от точки за всяко от условията по 1.1, 1.2 и 1.3 от таблицата по чл. 220, ал. 2.

2. По критерий № 2 се определят точки за едно от условията - 2.1, 2.2 или 2.3 от таблицата по чл. 220, ал. 2, с най-голямата тежест.

3. По критерий № 3 се определят точки за лечебното заведение - изпълнител на ПИМП, когато единствено изпълнява дейността в общината.

4. По критерий № 4 се определят като сбор от точки за всяко от условията по 4.1 и 4.2 от таблицата по чл. 220, ал. 2 за всеки нает лекар и медицинско лице, независимо от броя на наетите лица.

5. По критерий № 5 се определя по една точка за всяко населено място, обслужвано от лечебното заведение, което отговаря на условието. Изпълнителят на ПИМП удостоверява спазването

на условията по критерий "Разпръснатост", като представя график за обслужване на пациентите в амбулатория по населени места с неблагоприятни условия с не по-малко от 1 час седмично на 50 здравноосигурени лица с непрекъснати здравноосигурителни права, съгласно декларация по приложение № 9.

6. По критерий № 6 се определят като сбор от точките за всяко от условията по 6.1 и 6.2 от таблицата по чл. 220, ал. 2.

Чл. 222. (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) След обобщаване на предложенията по чл. 218 на национално ниво се изчислява стойност на една точка като съотношение между сумата по чл. 217, ал. 4, т. 1, съответно сумата по чл. 217, ал. 5, т. 1, съответно сумата по чл. 217, ал. 6, т. 1, и общия брой точки на лечебните заведения - изпълнители на ПИМП, за всички РЗОК, отговарящи на критериите по настоящата методика.

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

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

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

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

(2) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) Лечебно заведение по ал. 1 се включва в списъка, ако отговаря на някой от критериите по ал. 1, т. 1, 2 или 3. За всеки критерий е отразена тежест с точка съгласно условията, посочени в таблицата:

№	Критерии	Брой точки (t)	Условия на работа	Нормативни актове и документи, удостоверяващи наличието на критериите
1.	**Отдаленост**	**1**	Лечебно заведение, отдалечено от най-близкото лечебно заведение за болнична помощ над 60 минути със специализиран медицински автомобилен транспорт.	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
2.1	**Трудна достъпност**	**1**	Лечебното заведение се намира в населено място с пресечна местност с над 600 м надморска височина и наличие на III или IV класна пътна мрежа	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и планински райони
2.2	**Трудна достъпност**	**3**	Лечебното заведение се намира в район с неблагоприятен географски терен - планински или полупланински, и/или с неблагоприятна пътна инфраструктура и	Пътна карта; Наредба № 14 от 1.04.2003 г. за определяне на населените места в селски и

№	Критерии	Брой точки (t)	Условия на работа	Нормативни актове и документи, удостоверяващи наличието на критериите
			време за достъп до най-близкото лечебно заведение за болнична помощ над 60 мин.	планински райони
3.	**Единствени изпълняват съответната дейност в общината**	**1**	Лечебното заведение - изпълнител на СИМП, в което лекар специалист, вписан в приложение № 1 към договора с НЗОК, единствен работи по договор с НЗОК по тази специалност в общината, с изискване за отработени минимум 5 часа седмично.	Сключени индивидуални договори с РЗОК; Национална здравна карта
4.	**Нает медицински персонал**	**1**	Нает медицински персонал в лечебното заведение - изпълнител на СИМП.	Сключени индивидуални договори с РЗОК

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

Чл. 225. За лечебното заведение - изпълнител на СИМП, включено в списъка, се определя сумарен брой точки (Т) от критериите по формулата Т = t1 + t2 + t3 + t4, както следва:

1. По критерий № 1 се определя точка за лечебно заведение, което отговаря на условието.

2. По критерий № 2 се определят точки за едно от условията - 2.1, 2.2 от таблицата по чл. 224, ал. 2, с по-голямата тежест.

3. По критерий № 3 за лечебното заведение се определя като сбор от точки, като за всеки лекар специалист, отговарящ на условието, се определя по една точка.

4. По критерий № 4 за лечебното заведение се определя като сбор от точки, като за всяко наето медицинско лице се определя по една точка, независимо от броя на наетите лица.

Чл. 226. (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) След обобщаване на предложенията по чл. 218 на национално ниво се изчислява стойност на една точка като съотношение между сумата по чл. 217, ал. 4, т. 2, съответно сумата по чл. 217, ал. 5, т. 2, съответно сумата по чл. 217, ал. 6, т. 2, и общия брой точки на лечебните заведения - изпълнители на СИМП, за всички РЗОК, отговарящи на критериите по настоящата методика.

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

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

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

1. отдаленост;

2. трудна достъпност;

3. единствени изпълняват съответната дейност в общината;

4. нает медицински персонал.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) Лечебно заведение по ал. 1 се включва в списъка, ако отговаря на някой от критериите по ал. 1, т. 1, 2 или 3. За всеки критерий е отразена тежест с точка съгласно условията, посочени в таблицата:

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

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

Чл. 229. (1) За лечебното заведение - изпълнител на МДД, включено в списъка, се определя сумарен брой точки (Т) от критериите по формулата $T = t1 + t2 + t3 + t4$, както следва:

1. По критерий № 1 се определя точка за лечебно заведение, което отговаря на условието.

2. По критерий № 2 се определя точка за лечебно заведение, което отговаря на условието.

3. По критерий № 3 за лечебното заведение се определя като сбор от точки, като за всеки лекар специалист, отговарящ на условието, се определя по една точка.

4. (доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) По критерий № 4 лечебното заведение се определя като сбор от точки, като за всяко наето медицинско лице се определя по една точка, независимо от броя на наетите лица, с изискване за отработени минимум 5 часа седмично при условията на критериите по ал. 1, т. 1, 2 или 3, на които отговаря лечебното заведение.

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

Чл. 230. (1) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025

г., в сила от 01.01.2025 г.) След обобщаване на предложенията по чл. 218 на национално ниво се изчислява стойност на една точка като съотношение между сумата по чл. 217, ал. 4, т. 3, съответно сумата по чл. 217, ал. 5, т. 3, съответно сумата по чл. 217, ал. 6, т. 3, и общия брой точки на лечебните заведения - изпълнители на МДД, за всички РЗОК, отговарящи на критериите по настоящата методика.

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

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

Чл. 231. (1) Лекарите, работещи в лечебни заведения - изпълнители на извънболнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК, отчитат месечно по електронен път в утвърдени от НЗОК формати оказаната през месеца извънболнична медицинска дейност, включена в предмета на договора, през интернет портала на НЗОК или чрез WEB услуга.

(2) Електронният отчет по ал. 1 съдържа информацията за извършената медицинска дейност по чл. 187 или чл. 198, отразена в амбулаторните листове в определен от НЗОК формат, и/или за извършената медико-диагностична дейност по чл. 213 в определен от НЗОК формат. При представяне на електронен отчет на лекаря в направлението за МДД (бл. МЗ-НЗОК № 4) на хартиен носител може да не се посочва УИН на лекаря, извършил изследването.

(3) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) Електронните отчети се подписват от лекарите, извършили дейността с КЕП по смисъла на чл. 13, ал. 3 ЗЕДЕУУ.

(4) За оказана извънболнична медицинска помощ на правоимащи лица, осигурени в друга държава, спрямо които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби за социално осигуряване, регистрационните данни на пациента трябва да съответстват на тези в удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания.

(5) Оказаната от ИМП дейност по ал. 2 се отчита най-късно до 17 ч. на третия работен ден на месеца, следващ отчетния. Лекарите, работещи в ИМП, не могат да представят отчетни файлове по ал. 1 за даден отчетен месец, който вече е отчетен от лечебното заведение.

(6) При констатиране на грешки в електронния отчет, свързани с регистрационни данни и реквизити, изпълнителят на извънболнична медицинска помощ получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и електронният отчет не се обработва от НЗОК до получаване на отчет с коректни данни.

(7) Грешки по ал. 6 могат да са:

1. регистрационен номер на лечебно заведение, УИН на лекар, код на специалност, отразени в първичните медицински документи, номер на договора с НЗОК, регистрационните данни на ЗОЛ;

2. отчетена дейност извън предмета на договора с НЗОК;

3. несъответствия с установените реквизити и съответните им номенклатури, относими към заплащаната от НЗОК извънболнична медицинска дейност.

(8) В информационната система на НЗОК се обработва последният, подаден в сроковете по ал. 5, отчет с коректни данни.

(9) В информационната система на НЗОК се извършва контрол за:

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

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

3. изпълнение на условията по чл. 232;

4. съответствие между подадената с електронните отчети на лекарите, работещи в лечебни заведения - изпълнители на извънболнична медицинска помощ, оказана медицинска помощ и извършена МДД с подадената информация към Националната здравна информационна система (НЗИС) по отношение на: регистрационните данни на ЗОЛ, ИАМН/РЗИ номер на лечебно заведение и НРН номер на издаден електронен документ.

(10) След окончателната обработка за отчетен месец директорът на РЗОК или упълномощени от него служители изпраща/изпращат по електронен път през информационната система на НЗОК месечно известие, съдържащо отхвърлената и одобрената за заплащане дейност и съответните основания за отхвърляне. Известието се изпраща в срок до 17-о число на месеца.

(11) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) Месечното известие по ал. 10 се подписва от директора на РЗОК или от упълномощено от него длъжностно лице с КЕП съгласно чл. 13, ал. 3 ЗЕДЕУУ.

(12) Не се допуска подаване на нови електронни отчети за отчетния период от страна на ИМП след изпращане на месечното известие по ал. 10.

(13) При обективна невъзможност на ИМП да се отчете по горепосочения ред се допуска възможност за отчитане на място в РЗОК в определените срокове след мотивирано искане на ИМП.

(14) Възражения във връзка с ал. 10 се подават до 3 работни дни след получаване на месечното известие и се разглеждат и решават от РЗОК в едномесечен срок само след последващ контрол. За одобрените за заплащане след контрол дейности директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице изпраща по електронен път през информационната система на НЗОК "Известие след контрол", подписано с електронен подпис.

(15) За заплатените от НЗОК дейности по чл. 187, ал. 1, т. 5, за които изпълнителят на ПИМП не е изпълнил изискването по чл. 192, ал. 3 и 4, директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице изпраща по електронен път през информационната система на НЗОК "Известие след контрол", подписано с електронен подпис.

Чл. 232. (1) Лекарите, работещи в лечебни заведения - изпълнители на извънболнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК, подават по електронен път към НЗИС информация за извършената от тях извънболнична медицинска дейност.

(2) При приключване на всеки проведен преглед лекарите по ал. 1 подават информацията от електронния амбулаторен лист чрез своя медицински софтуер към НЗИС. За всеки електронен амбулаторен лист НЗИС генерира уникален национален референтен номер (НРН) на амбулаторен лист.

(3) "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А), "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4), "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6) и "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) се издават електронно и се изпращат чрез медицинския софтуер на лекарите, работещи в лечебни заведения - изпълнители на извънболнична медицинска помощ, към НЗИС.

(4) При електронно издаване на направленията по ал. 3 същите се регистрират в НЗИС, откъдето получават НРН.

(5) При електронно издаване на направленията по ал. 3 избраният от ЗОЛ изпълнител на извънболнична или болнична медицинска помощ проверява в НЗИС за наличието на издадено електронно направление по идентификатор на пациента (ЕГН, ЛНЧ, ССН и осигурителен номер на чуждестранно лице), на когото е издадено направлението, и дата на издаване на електронното направление.

(6) Не се допуска едновременно издаване на първичните медицински документи по ал. 2 и 3 по електронен път с въведен НРН и на хартиен носител с въведен № на документа, генериран от медицинския софтуер на лекаря.

(7) В случаите по ал. 1 лекарите, работещи в лечебни заведения - изпълнители на МДД, след завършване на дейността по "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4) подават по електронен път към НЗИС информация за извършените МДД и резултатите от тях.

(8) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) Генерираните от НЗИС НРН номера се подават от лекарите, работещи в лечебни заведения - изпълнители на извънболнична медицинска помощ, с електронните отчети по чл. 231, ал. 1.

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

Чл. 233. (1) Изпълнителите на ПИМП представят ежемесечно в РЗОК в срок до 17 ч. на 3-тия работен ден на месеца, следващ отчетния, списък в утвърден от НЗОК формат с новоизбралите ги ЗОЛ и първите екземпляри от регистрационните форми за избор на новозаписаните пациенти в пациентска листа на ОПЛ на хартиен носител и в случаите, когато не отчитат дейност. Подадените по електронен път форми съгласно чл. 132, ал. 2 се съхраняват в информационната система на НЗОК.

(2) При предоставяне на регистрационни форми за избор на ОПЛ формите могат да се предоставят сканирани, подписани с електронен подпис от ОПЛ през портала на НЗОК. Размерът на файла на предоставените по този начин форми не може да надхвърля 15 МБ.

(3) В случаите по ал. 2 първите екземпляри на хартиен носител се предоставят в РЗОК в срок до 20-о число на месеца, следващ отчетния.

(4) Изпълнителите на ПИМП и СИМП предоставят в РЗОК копия (хартиени или електронни) от удостоверителните документи за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания и декларации при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК, най-късно до четвъртия работен ден на месеца, следващ отчетния, в случаите, когато отчитат такава дейност.

(5) Удостоверителните документи по ал. 4 на лицата, осъществили право на избор на изпълнител на ПИМП, се предоставят еднократно при отчитане на първоначалния или постоянния избор или при промяна на удостоверителен документ.

(6) Лечебното заведение, изпълнител на ПИМП или СИМП, представя едно копие на удостоверителния документ по ал. 4 за всички дейности, отчетени за лицето през отчетния период.

Чл. 234. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената медицинска дейност на изпълнителя на ИМП след представяне на финансово-отчетни документи (фактури или дебитни/кредитни известия към тях) в електронен вид, в утвърден от НЗОК формат през интернет портала на НЗОК или чрез WEB услуга и документи по чл. 233.

(2) Електронна фактура по ал. 1 се подава в срок до два работни дни след изпращане на месечното известие, но не по-късно от 19-о число на месеца, и включва само договорената и извършената медицинска дейност, одобрена за заплащане в това месечно известие.

(3) Дебитно известие към фактура по ал. 1 се подава в срок до два работни дни след изпращане на известие след контрол по чл. 231, ал. 14 и включва само одобрената за заплащане медицинска дейност в това известие.

(4) Кредитно известие към фактура по ал. 1 се подава в срок до два работни дни след изпращане на известие след контрол по чл. 231, ал. 15 и медицинските дейности, за които изпълнителят на ПИМП не е изпълнил изискването по чл. 192, ал. 3 и 4.

(5) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) Електронните финансово-отчетни документи се подписват с КЕП по смисъла на чл. 13, ал. 3 от ЗЕДЕУУ от управителя на ИМП или

упълномощено лице.

(6) Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се заплаща от НЗОК след представяне на отделни документи по ал. 1 за оказана медицинска помощ на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, придружена с документите по чл. 233, ал. 4.

(7) Дейностите по поставяне на препоръчителни ваксини по национални програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ се заплащат от НЗОК след представяне на отделни документи по ал. 1, придружени със съответната отчетна документация.

(8) Дейностите, извършени на здравнеосигурените жени, на които се оказва наблюдение на бременността по реда на чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ, се заплащат от НЗОК след представяне на отделни документи по ал. 1 и отчетна документация.

(9) Отчитането на разликата между сумите по чл. 37, ал. 1 и 2 от ЗЗО за всяко посещение на лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст, се извършва с отделни финансово-отчетни документи по ал. 1 и отчетен документ, в който се посочват номерата на издадените документи за заплатените суми по чл. 37, ал. 5 от ЗЗО.

(10) Предоставянето на финансов отчет съгласно ПМС № 193 от 2012 г. за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО се извършва в сроковете по чл. 231, ал. 5 заедно с отчетената дейност за месеца.

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

(2) При констатиране на грешки в електронните финансово-отчетни документи, свързани с регистрационни данни и реквизити, ИМП получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и документите не се обработват от НЗОК до получаване на коректни електронни финансово-отчетни документи в сроковете по чл. 234, ал. 2, 3 и 4.

Чл. 236. (1) При успешно обработен електронен финансов документ от информационната система на НЗОК се извършва проверка и от РЗОК.

(2) При констатиране на грешки в електронен финансово-отчетен документ ИМП получава нотификация чрез профила на ИМП в информационната система на НЗОК и документът не се приема от НЗОК до получаване на коректен електронен финансово-отчетен документ в срок от един работен ден след получаване на нотификацията.

Чл. 237. (1) За приет финансово-отчетен документ се счита документът, подписан с електронен подпис от директора на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице.

(2) Изпълнителят на медицинска помощ получава нотификация чрез профила на ИМП в информационната система на НЗОК за приетия финансово-отчетен документ.

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

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

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

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

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

(2) При неспазване на посочените в чл. 234, 235 и 236 срокове за представяне на финансово-отчетните документи от ИМП обработката им и съответното заплащане се извършват в

сроковете за следващия период на отчитане.

(3) Ако ИМП не представи финансово-отчетните документи по чл. 234 и 236 или исканите поправки по чл. 235 и 236 до края на втория месец, следващ отчетния, на изпълнителя не се заплаща по този ред.

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

Чл. 240. Плащанията за отчетената дейност по чл. 234, ал. 7, 8 и 9 се извършват чрез РЗОК до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ.

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

Чл. 242. Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на ИМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

Раздел X.
Документация и документооборот за изпълнители на извънболнична помощ

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

Чл. 244. (1) Първичните медицински документи са:

1. "Амбулаторен лист" (бл. МЗ-НЗОК № 1);

2. "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3);

3. "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А);

4. "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4);

5. "Рецептурна бланка - НЗОК" (бл. МЗ-НЗОК № 5 и бл. МЗ-НЗОК № 5А);

6. "Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК или РЗОК";

7. "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6);

8. "Електронна рецептурна книжка на хронично болния";

9. "Рецептурна книжка на военноинвалид/военнопострадал";

10. "Рецептурна книжка на ветеран от войните";

11. "Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване";

12. "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7);

13. "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8);

14. "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А).

15. "Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 10);

16. "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" (бл. МЗ-НЗОК № 12);

17. "Решение на специализирана комисия" (бл. МЗ-НЗОК № 13).

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

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

А. От общопрактикуващия лекар:

Амбулаторен лист за всеки проведен преглед се издава от ОПЛ като електронен

документ. Пациентът подписва амбулаторния лист, с което удостоверява, че е информиран за необходимите медицински дейности, назначената терапия и очакваните резултати, като с подписа си декларира, че към момента на прегледа не е хоспитализиран.

За нуждите на предоставянето на амбулаторния лист на пациента амбулаторният лист може да бъде генериран и отпечатан и на хартиен носител, при спазване на изискванията, реквизитите и стандарта на документа, посочени в приложение № 2.

Б. От лекаря от лечебното заведение за СИМП:

Амбулаторен лист за всеки проведен преглед се издава от лекаря специалист като електронен документ. Пациентът подписва амбулаторния лист, с което удостоверява, че е информиран за необходимите медицински дейности, назначената терапия и очакваните резултати, като с подписа си декларира, че към момента на прегледа не е хоспитализиран.

За нуждите на предоставянето на амбулаторния лист на пациента амбулаторният лист може да бъде генериран и отпечатан и на хартиен носител, при спазване на изискванията, реквизитите и стандарта на документа, посочени в приложение № 2.

В. От председателя на ЛКК - за всяка извършена експертиза на едно ЗОЛ:

Амбулаторен лист се издава от председателя на ЛКК - за всяка извършена експертиза на едно ЗОЛ. Пациентът подписва амбулаторния лист, с което удостоверява, че е информиран за необходимите медицински дейности, назначената терапия и очакваните резултати, като с подписа си декларира, че към момента на прегледа не е хоспитализиран.

За нуждите на предоставянето на амбулаторния лист на пациента амбулаторният лист може да бъде генериран и отпечатан и на хартиен носител, при спазване на изискванията, реквизитите и стандарта на документа, посочени в приложение № 2.

Електронните отчети на лекарите по букви "А", "Б" и "В" за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, подписани с КЕП съответно: на ОПЛ, извършил прегледа, на лекаря специалист, извършил прегледа, или на председателя на ЛКК, се изпращат през портала на НЗОК.

Националната здравноосигурителна каса определя електронния формат и информацията, съдържаща се в него, която изпълнителят на ПИМП и СИМП ежемесечно изпраща през портала на НЗОК при отчитане на дейността си съгласно тези изисквания.

II. "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3) - издава се по преценка на изпълнителя на извънболнична медицинска помощ при необходимост от провеждане на специализирана медицинска консултация или лечение.

III. "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А) - издава се от изпълнителя на СИМП, а при необходимост от провеждане на ВСМД, включени в диспансерното наблюдение на ЗОЛ съгласно приложение № 8 или приложения № 8 и № 13, и ВСМД от пакет "Анестезиология и интензивно лечение" и от изпълнител на ПИМП.

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

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

2. за ВСМДИ - издава се от:

2.1. изпълнител на СИМП;

2.2. изпълнител на ПИМП:

- по искане на ТЕЛК или НЕЛК;

- за ВСМДИ: "Мамография на двете млечни жлези", "Ехография на млечна жлеза" от пакет "Образна диагностика", "Хормони: fT4, TSH", "Туморен маркер: PSA - общ и свободен" и "Изследване на урина - микроалбуминурия" от пакет "Клинична лаборатория";

- за ВСМДИ, които фигурират и като МДИ в друг пакет по друга специалност.

Пациентът подписва направлението за медико-диагностична дейност, с което

удостоверява, че му е взет биологичен материал или е извършено образно изследване.

"Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4) може да бъде генерирано и отпечатано и на хартиен носител от лечебното заведение - изпълнител на МДИ и ВСМДИ, при спазване на изискванията, реквизитите и стандарта на документа, посочени в приложение № 2.

V. "Рецептурни бланки" (бл. МЗ-НЗОК № 5 и бл. МЗ-НЗОК № 5А) - издават се електронни предписания чрез медицинския софтуер на ОПЛ/специалист, които се изпращат към НЗИС. Издадените електронни предписания се регистрират в НЗИС и получават НРН. Данните от електронните предписания и НРН номерата се вписват в съответния електронен амбулаторен лист съгласно приложение № 2.

VI. "Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК или РЗОК" (образец МЗ-НЗОК № 1), се издава по електронен път от лицата по чл. 56, ал. 2. Редът за издаването му е съгласно глава единадесета.

VII. "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6) - документът се издава в случаите, когато ОПЛ или специалист изпраща ЗОЛ към изпълнител на СИМП за прегледи и консултации, необходими за представяне пред ЛКК или ТЕЛК, към ЛКК за извършване на експертиза на работоспособността или при допълнително поискани прегледи от ЛКК. В тези случаи не се издава "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3).

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

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

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

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

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

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

VIII. Рецептурни книжки:

1. "Електронната рецептурна книжка на хронично болния" (ЕРК) е електронен документ, който обединява историческа информация за вписаните за ЗОЛ диагнози в Национален регистър "Рецептурни книжки" в Интегрираната информационна система (ИИС) на НЗОК и издадените и изпълнени електронни предписания на ЗОЛ. Указанията за работа с ЕРК са съгласно приложение № 2.

2. "Рецептурна книжка на военноинвалиди и военнопострадали" - редът за издаването ѝ е съгласно Наредба № 2 от 2016 г. за реда за получаване и заплащане на лекарствени продукти на военноинвалидите и военнопострадалите.

3. "Рецептурна книжка на ветераните от войните" - редът за издаването ѝ е съгласно Наредба № 3 от 2012 г. за реда за предписване, отпускане и контрол на лекарствени продукти и дентална помощ на ветераните от войните.

IX. "Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване" се изготвя от ОПЛ при профилактичен преглед на ЗОЛ над 18 години и се включва само в медицинския софтуер на лекаря.

X. "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) - издава се от лекар от лечебно заведение - изпълнител на ПИМП, СИМП, БП, в условията на спешност и за КП по физикална и рехабилитационна медицина; КОЦ и ЦКВЗ; ЦСМП. Към него се прилага амбулаторният лист от извършения преглед на пациента, като по един екземпляр от тях се съхранява в изпращащото лечебно заведение. Към направлението се прилагат извършените в извънболничната помощ консултации и изследвания.

XI. "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) - издава се от лекар от лечебно заведение, изпълнител на СИМП или БП, или работещ в ЦСМП, КОЦ или диализен център.

XII. "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А) - издава се от лекар от лечебно заведение - изпълнител на СИМП, БП, КОЦ и диализен център.

XIII. "Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 10) се съставя в един екземпляр:

1. от лекар - специалист по "Психиатрия"/"Детска психиатрия" от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични заболявания в лечебно заведение за болнична помощ с клиника/отделение по психиатрия или ЦПЗ;

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

XIV. "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" (бл. МЗ-НЗОК № 12) - изготвя се от лекар от лечебно заведение - изпълнител на СИМП, КОЦ или БП.

XV. "Решение на специализирана комисия по специалност" (бл. МЗ-НЗОК № 13) за насочване се изготвя от лекар от лечебно заведение - изпълнител на СИМП, ЦПЗ или БП.

(3) Документите по ал. 2, т. I, II, III, IV, V, VII, VIII и X се издават като електронни документи чрез медицинския софтуер на ОПЛ/специалиста. Издадените електронни медицински документи се регистрират в НЗИС и получават НРН по реда на чл. 232. В електронния амбулаторен лист по ал. 2, т. I се съхранява информация за НРН номерата на издадените електронни медицински документи. Получените от НЗИС НРН номера се подават от лекарите, работещи в лечебни заведения - изпълнители на извънболнична медицинска помощ, с електронните отчети по чл. 231, ал. 1. Не се допуска едновременно издаване на първичните медицински документи по електронен път с въведен НРН и на хартиен носител с въведен № на документа, генериран от медицинския софтуер на лекаря.

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

1. чрез подписване от пациента във формата на електронен документ с КЕП;

2. посредством генериран от НЗИС и изпратен на посочен от пациента телефонен номер еднократен код, който има силата на положен електронен подпис от лицето;

3. чрез техническо средство за полагане на електронен подпис (електронна писалка, таблет, който пренася подписа в цифров вид върху електронен документ и подписът може да се приравни на саморъчно положен такъв, и др.);

4. чрез подписване от пациента на отпечатан на хартиен носител документ.

(5) Изпълнителите на СИМП отчитат по електронен път документите по ал. 2, т. II, III, IV и VII в РЗОК в сроковете по чл. 233. Всяко отчетено "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3), "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А), "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4) и "Талон за медицинска експертиза" (бл. МЗ-НЗОК № 6), подписано от лекаря, извършил дейността (СМД, ВСМД или МДД), се отразява в електронен отчет за извършената дейност на ЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

(6) Изпълнителите на ПИМП и СИМП съхраняват първични медицински документи, издадени от тях като електронни документи и подписани електронно, в своя специализиран медицински софтуер.

(7) Първични медицински документи, в които е предвиден подпис на пациента и същият е положен на хартиен носител, се съхраняват на хартия в лечебните заведения - изпълнители на ПИМП и СИМП.

(8) Отпечатването на документите по ал. 1, издадени по електронен път и подадени към НЗИС, се извършва на хартиен носител съгласно изискванията, реквизитите и стандарта, посочени в приложение № 2. Като номера на документите се вписват задължително НРН номерата от НЗИС.

(9) Отпечатването на документите по ал. 1, издадени чрез медицинския софтуер и за които не се изисква подаване към НЗИС, се извършва на хартиен носител съгласно изискванията, реквизитите и стандарта, посочени в приложение № 2. Като номера на документите се вписват номерата, генерирани от медицинския софтуер на лекаря.

(10) В случаите на издаден болничен лист същият се отразява в амбулаторния лист (бл. МЗ-НЗОК № 1), като задължително се вписва уникалният номер на болничния лист съгласно формата, определен от Националния осигурителен институт (НОИ).

(11) Информацията, която се съхранява в електронен вид, задължително се записва и на външни електронни носители.

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

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

Чл. 246. Електронните първични медицински и финансово-отчетни документи се изготвят в утвърден от НЗОК формат, подписват се с КЕП и се съхраняват съгласно изискванията на Регламент (ЕС) № 910/2014 на Европейския парламент и на Съвета от 23 юли 2014 г. относно електронната идентификация и удостоверителните услуги при електронни трансакции на вътрешния пазар и за отмяна на Директива 1999/93/ЕО (ОВ, L 257/73 от 28 август 2014 г.) и на ЗЕДЕУУ.

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

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

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

3. пациентска листа на ОПЛ.

(2) Националната здравноосигурителна каса осигурява на изпълнителите на СИМП чрез

електронния портал на НЗОК достъп с електронен подпис на лекаря специалист до информация за диспансеризирани при него пациенти с МКБ код на заболяванията и дата на диспансеризация.

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

(4) Националната здравноосигурителна каса осигурява на изпълнителите на ПИМП (за лицата от пациентската им листа) и на

изпълнителите на СИМП по чл. 56, ал. 2 достъп с електронен подпис, чрез електронна услуга, до регистъра на протоколи за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК.

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

Раздел XI.
Дейности на изпълнителите на извънболнична медицинска помощ, включени в национални здравни програми по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.)

Чл. 248а. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) (1) Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ, които желаят да изпълняват дейности по национална здравна програма по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето (ЗЗ), сключват договор/допълнително споразумение с НЗОК.

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

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

Чл. 248б. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) (1) Изпълнителите на извънболнична медицинска помощ оказват медицинската помощ на лицата по чл. 248а, ал. 3 по реда на глава седемнадесета, раздел III "Условия и ред за оказване на извънболнична медицинска помощ", освен ако в съответната национална здравна програма по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ не е предвиден друг ред.

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

Чл. 248в. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) (1) Отчитането и заплащането на дейността по чл. 248а се извършва при условията и в сроковете, регламентирани в глава седемнадесета, раздел IX "Условия и срокове за заплащането на дейностите в извънболничната помощ".

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща за съответната дейност по чл. 248а цената, посочена в глава седемнадесета, раздел V "Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности в извънболничната медицинска помощ", освен ако в съответната национална здравна програма по чл. 82, ал. 2, т. 3 от ЗЗ не е предвидена друга цена.

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

(4) Плащанията за отчетената дейност по чл. 248а се извършват чрез РЗОК до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от Министерството на здравеопазването.

Глава осемнадесета.
КОМПЛЕКСНО ДИСПАНСЕРНО (АМБУЛАТОРНО) НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПРИЛОЖЕНИЕ № 6 КЪМ ЧЛ. 1 НА НАРЕДБА № 9 ОТ 2019 Г.

Раздел I.
Условия и ред за сключване на договори за изпълнение на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г.

Чл. 249. (1) Страна по договор с НЗОК за изпълнение на КДН на лица с кожно-венерически заболявания по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. може да бъде лечебно заведение по чл. 16, т. 1, което отговаря на общите условия по чл. 20, ал. 1, т. 1, букви "а", "б" и "в" и специалните условия в този раздел.

(2) Страна по договор с НЗОК за изпълнение на КДН на лица с психични заболявания по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. може да бъде лечебно заведение по чл. 16, т. 2, което отговаря на общите условия по чл. 20, ал. 1, т. 1, букви "а", "б" и "в" и специалните условия в този раздел.

Чл. 250. (1) Лечебните заведения по чл. 249 следва да отговарят на следните специални условия:

1. съответствие на устройството на лечебното заведение с разрешението за осъществяване на лечебна дейност и съответното ниво на компетентност;

2. в лечебното заведение са разкрити необходимите структурни звена със съответните нива на компетентност, посочени в приложение № 15 "Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиники/отделения по кожно-венерически заболявания и центрове за кожно-венерически заболявания" и съответно в приложение № 16 "Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиники/отделения по психични заболявания и центрове за психично здраве", за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства;

3. наличие в лечебното заведение на функциониращa и изправна медицинска апаратура и оборудване, посочени в приложение № 15, съответно в приложение № 16, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства;

4. лечебното заведение е осигурило дейността на липсващите му структурни звена с необходимата медицинска апаратура и оборудване чрез договор с друго лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, в случаите, в които това се допуска в съответното КДН;

5. в лечебното заведение работят съответни лекари с придобити специалности, посочени в приложение № 15, съответно в приложение № 16, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства;

6. наличие на удостоверения и/или сертификати на специалиста за извършване на определени дейности за работа със съответна медицинска апаратура съгласно утвърдените медицински стандарти, които са в съответствие с чл. 182 от ЗЗ, съгласно изискванията на съответното КДН;

7. в лечебното заведение работят специалист/и на основен трудов договор, за които е предвиден такъв в приложение № 15, съответно в приложение № 16, за изпълнение на съответното КДН, за което се кандидатства.

(2) Центровете за психично здраве и ЦКВЗ, в чиито разрешения за дейност не е посочено ниво на компетентност, не се изисква ниво на компетентност, а съответствие с условията за

сключване на договор и изискванията, посочени в съответното КДН, за което се кандидатства.

Раздел II.
Необходими документи за сключване на договори за извършване на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г.

Чл. 251. Лечебните заведения, желаещи да сключат договор за изпълнение на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г., представят в РЗОК заявление, към което прилагат следните документи:

1. данни за идентификационния код на търговеца или кооперацията от Търговския регистър, а за дружествата, регистрирани в държава - членка на ЕС, или в държава, страна по Споразумението за ЕИП - документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава;

2. копие от разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването;

3. копие от акта за създаване на лечебното заведение - за лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ;

4. декларация от управляващия лечебното заведение по образец съгласно приложение № 15, съответно приложение № 16 - за функциониращa и изправна налична медицинска апаратура и оборудване;

5. копие от договора по чл. 250, ал. 1, т. 4 - за лечебните заведения, които кандидатстват за изпълнение на съответното КДН;

6. копия на документи по чл. 250, ал. 1, т. 5 за придобити специалности по наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването - за лекарите, които ще осъществяват съответното КДН, за което кандидатства лечебното заведение;

7. копие на удостоверения и/или сертификати на специалиста за извършване на определени дейности за работа със съответна медицинска апаратура съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести"/"Психиатрия", които са в съответствие с чл. 182 от ЗЗ - за лекарите, които ще изпълняват съответното КДН;

8. копие на сертификат от участие в национална или чуждестранна нетърговска система за външна оценка на качеството по медицински стандарт "Клинична лаборатория" и/или копие на сертификат за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на НСВОК по клинична лаборатория, микробиология, вирусология, медицинска паразитология, микология и клинична имунология - за съответния вид/видове лаборатории, които ще извършват дейността;

9. копие от трудов договор по чл. 250, ал. 1, т. 7;

10. удостоверение за актуално членство в БЛС с номер от Националния регистър (УИН) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от ЗСОЛЛДМ, издадено от съответната РК на БЛС или генерирано и отпечатано от електронната система на Националния регистър, съдържащо уникален буквено-цифров код, баркод и сканиран подпис - за лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение;

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

12. копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специализация, издадени от министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации - за лекарите чужденци;

13. график за работа за изпълнение на КДН;

14. документи за придобита квалификация за продължаващо медицинско обучение след придобиване на специалност, необходими за изпълнение на ВСМД/ВСМДИ, в съответствие с чл. 182 ЗЗ и съответните утвърдени медицински стандарти.

Чл. 252. Лечебните заведения, сключили договори в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г., представят:

1. документи по чл. 251, т. 1, 2, 3, 6, 7, 9, 12 и 14 - в случай на настъпили промени или декларация за липса на промени;

2. декларации по чл. 251, т. 4, 10 и 11 - на хартиен носител;

3. документ по чл. 251, т. 5 - договор по чл. 251, т. 4 и документи по чл. 251, т. 8 и 13.

Чл. 253. При промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документите по чл. 251 и 252, изпълнителят на КДН е длъжен да уведоми РЗОК и да представи в срок до 5 календарни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ.

Чл. 254. (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) (1) Индивидуалните договори по чл. 59, ал. 1 от ЗЗО, допълнителните споразумения към тях и документите, свързани със сключването, изменението и прекратяването им, могат да се съставят и като електронен документ и се подписват от страните с КЕП.

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

Чл. 255. В случаите, когато лечебно заведение едновременно кандидатства за оказване на КП, АПр, КПр и/или КДН, изискуемите документи за сключване на договор, които се дублират, се представят в един екземпляр.

Чл. 256. Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва, респ. отказва сключване на договор при условията и по реда на глава седма.

Чл. 257. Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответното лечебно заведение всички документи, приложени към заявлението за сключване на договор.

Раздел III.
Условие и ред за оказване на медицинската помощ по КДН по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г.

Чл. 258. (1) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с кожно-венерически заболявания се извършва в полза на лица, на които е издадено "Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 10) от ОПЛ, от лекар - специалист от лечебно заведение за СИМП, или от лекар - специалист по "Кожни и венерически заболявания" от лечебно заведение за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания/ЦКВЗ, работещ в изпълнение на договор с НЗОК.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за срока на комплексното диспансерно наблюдение.

Чл. 259. (1) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на пациенти с психични заболявания се извършва в полза на лица, на които е издадено "Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 10) от лекар - специалист по "Психиатрия"/"Детска психиатрия" от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за срока на комплексното диспансерно

наблюдение.

Чл. 260. Изпълнителят обявява на видно място, достъпно за пациента, месечен график за изпълнение на съответното КДН.

Чл. 261. (1) Видът, периодичността и честотата на дейностите по КДН са посочени в приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. и се осъществяват в съответствие с приложения № 14, 15, 16 и 17 на Наредба № 8 от 2016 г.

(2) Пациентът се диспансеризира само с неговото изрично съгласие. Несъгласието на ЗОЛ да бъде диспансеризирано се документира в "Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 11).

(3) Диспансеризацията е доброволна с изключение на случаите, в които същата е част от постановено от съда задължително лечение по реда на чл. 155 и сл. от ЗЗ или принудително лечение по реда на чл. 427 и сл. от НПК.

Чл. 262. За оказаната медицинска помощ потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО не се заплаща от категориите лица по чл. 37, ал. 4 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 11 "Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО".

Чл. 263. (1) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания се счита за завършено, когато е извършен пълният обем от задължителни дейности съгласно приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. и приложения № 14 и № 15 на Наредба № 8 от 2016 г.

(2) Комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с психични заболявания се счита за завършено, когато е извършен пълният обем от задължителни дейности съгласно приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. и приложения № 16 и № 17 на Наредба № 8 от 2016 г.

Раздел IV.
Методики за закупуване на дейностите по комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически и психични заболявания

Чл. 264. (1) Тази методика урежда закупуването, респ. заплащането на КДН на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания за:

1. здравноосигурени лица с непрекъснати здравноосигурителни права;

2. (доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) здравнонеосигурени лица съгласно § 2, ал. 1 ЗБНЗОК за 2023 г. и § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2024 г. и § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2025 г.

(2) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Заплащането по ал. 1, т. 2 се извършва чрез трансфери от МЗ по реда на § 2, ал. 1 ЗБНЗОК за 2023 г. и § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2024 г. и § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2025 г.

Чл. 265. (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща на изпълнителите на КДН за договорената и извършената дейност за КДН, оказана на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания.

(2) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща, когато са спазени всички нормативни изисквания и са изпълнени всички изисквани медицински дейности съгласно НРД, Наредба № 9 от 2019 г. и Наредба № 8 от 2016 г.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на КДН

дейностите по цени, определени по реда на глава осемнадесета, раздел VII.

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

Чл. 266. Прегледът се отчита с "Направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бланка МЗ-НЗОК № 10) от първото посещение на пациента, с "Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение" (бланка МЗ-НЗОК № 11) и с електронен отчет за извършената дейност на пациента, отразена в амбулаторния лист в определен от НЗОК формат, а за осигурени в друга държава лица - и с копие от удостоверителния документ за право на обезщетения в натура в случай на трудови злополуки или професионални заболявания.

Чл. 267. (1) Изпълнителят на КДН има право на заплащане по чл. 265, ал. 4, когато лечебното заведение отговаря на критериите на методика за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения - изпълнители на КДН, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината.

(2) Месечните суми по ал. 1, заплащани от НЗОК за всеки изпълнител на КДН, се определят по ред и начин, посочени в методиката по ал. 1.

(3) Месечната сума по ал. 2 се включва в месечното известие по чл. 231 срещу позиция CDC-55-2-3v-ZZO "Заплащане по методика по чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО".

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

(5) Заплащането на сумите по чл. 265, ал. 4 се извършва до изчерпване на определените за този вид плащане средства, договорени на ред "Средства за финансиране по раздел VIII".

Чл. 268. (1) Изпълнителите на медицинска помощ се отчитат, като представят ежемесечно в РЗОК фактура (хартиена или електронна), финансовоотчетни документи и документите по чл. 266, по утвърден график, до третия работен ден на месеца, следващ отчетния.

(2) Медицинската помощ, оказана на осигурени в други държави лица, се представя на отделна фактура (хартиена или електронна), спецификация (хартиена или електронна), за оказана медицинска помощ на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, придружена с документите по чл. 232, ал. 5.

(3) Отчитането на дейностите за здравнеосигурени лица се извършва на отделна фактура (хартиена или електронна), придружена със съответната отчетна документация по ал. 1. Плащанията се извършват чрез РЗОК до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ.

Чл. 269. (1) Електронните отчети по чл. 266 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. 270. При неспазване на посочения в чл. 268, 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. 271. (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 отчел.

Чл. 272. При констатиране на фактическите грешки по чл. 269, 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. 273. (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. 274. Плащанията се извършват по банков път, в левове, по обявена от ИМП в индивидуалния договор банкова сметка.

Чл. 275. (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилното попълване на документите съгласно настоящите условия и пълно и точно изпълнение на дейността.

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

Чл. 276. За неверни данни, посочени в отчетите и в справките, изискуеми по договора, ИМП носят отговорност съгласно условията на глава двадесета и глава двадесет и първа.

Чл. 277. Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на ИМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

Раздел V.
Методика за финансиране осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения, които извършват комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически и психични заболявания в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината

Чл. 278. (1) Националната здравноосигурителна каса финансира осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения - изпълнители на КДН, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината.

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

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

Чл. 279. Лечебните заведения - изпълнители на КДН, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, се включват в списъка за изпълнители на СИМП, изготвен по реда на глава седемнадесета, раздел VIII.

Чл. 280. (1) Изпълнителите на КДН получават заплащане на средствата по методиката по глава седемнадесета, раздел VIII, само ако са отчели оказаната от тях медицинска помощ по договора си с НЗОК за съответния месец.

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

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

Чл. 281. Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки изпълнител на КДН по приложение № 6 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г., включва първични медицински документи по приложение № 2 и финансовоотчетни документи по приложение № 4.

Чл. 282. (1) Първичните медицински документи по приложение № 2 са:

1. "Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 10);

2. "Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 11).

(2) Документооборотът по ал. 1 е:

I. "Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 10) се съставя в един екземпляр:

1. от лекар - специалист по "Психиатрия"/"Детска психиатрия" от лечебно заведение за СИМП, работещ в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост от провеждане на КДН на лица с психични заболявания в лечебно заведение за БП с клиника/отделение по психиатрия или ЦПЗ;

2. от ОПЛ, лекар - специалист от лечебно заведение за СИМП, или лекар - специалист по "Кожни и венерически заболявания" от лечебно заведение за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ, работещи в изпълнение на договор с НЗОК, при необходимост

от провеждане на КДН на лица с кожно-венерически заболявания в лечебно заведение за БП с клиника/отделение по кожно-венерически заболявания или ЦКВЗ.

Изпълнителят на КДН отчита документа при първо посещение заедно с финансовите отчетни документи в РЗОК до третия работен ден от месеца, следващ отчетния. Всяко отчетено "Медицинско направление за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 10) се придружава от амбулаторен лист (бл. МЗ-НЗОК № 11) или електронен отчет за извършената дейност на пациента, отразена в амбулаторни листове за КДН в определен от НЗОК формат.

II. "Амбулаторен лист за комплексно диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 11) се съставя от изпълнителя на КДН.

1. Отчет на хартиен носител или електронен отчет за осъществено КДН на пациенти, отразено в амбулаторни листове за КДН в определен от НЗОК формат, подписан с електронен подпис на представляващия лечебното заведение, се предоставя в РЗОК до третия работен ден от месеца, следващ отчетния. Екземпляр от амбулаторния лист на хартиен носител, подписан от представляващия лечебното заведение, началника на отделение, лекаря специалист и пациента, се води по ред, определен от лечебното заведение, като към него се прилагат всички медицински документи и се съхранява в лечебното заведение. Екземпляр се изпраща чрез пациента до ОПЛ за прилагане към здравното (медицинско) досие.

2. Националната здравноосигурителна каса определя електронния формат и информацията, съдържаща се в него, която изпълнителят ежемесечно представя в РЗОК при отчитане на дейността си съгласно тези изисквания.

Чл. 283. Изпълнителите на КДН могат да използват разпечатани образци на документите по чл. 282.

Чл. 284. (1) Финансовоотчетните документи по приложение № 4 са:

1. фактура;

2. спецификация;

3. отчети за месечно отчитане на дейността.

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

Чл. 285. (1) При констатиране на неправилно попълнени данни във финансовите отчетни документи на ИМП РЗОК ги връща за корекция в посочения срок.

(2) За представени неверни данни в отчетите по този договор се прилагат разпоредбите на глава двадесета и глава двадесет и първа.

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

Чл. 286. Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща на изпълнителите на КДН договорената и извършената дейност по КДН, оказана на пациенти с кожно-венерически и психични заболявания, по обеми и цени, определени по реда на глава седемнадесета, раздел V.

Глава деветнадесета.

БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Раздел I.
Специални условия за сключване и изпълнение на договори за оказване на болнична помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури

Чл. 287. Националната здравноосигурителна каса сключва договори за оказване на БМП, както следва:

1. по КП от приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., както и приложение № 17 "Клинични пътеки";

2. по АПр от приложение № 7 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., както и приложение № 18 "Амбулаторни процедури";

3. по КПр от приложение № 8 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., както и приложение № 19 "Клинични процедури";

4. по КП "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" от приложение № 10 към чл. 1 и 2 от Наредба № 9 от 2019 г., както и приложение № 17;

5. по АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по клинична пътека ..." от приложение № 11 към чл. 1 и 3 от Наредба № 9 от 2019 г., както и приложение № 18;

6. по приложение № 12 към чл. 1 и 4 от Наредба № 9 от 2019 г. "Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)".

Чл. 288. (1) Договорите по чл. 287 се сключват за всички заболявания, диагнозите на които са кодирани по МКБ 10 и/или процедури, както и за всички дейности, установени в диагностично-лечебния алгоритъм на всяка КП, АПр и КПр съгласно приложения № 17, 18 и 19.

(2) В случай че изрично е упоменато в съответния диагностично-лечебен алгоритъм (ДЛА), се допуска сключване на договор за отделни диагнози и/или процедури, включени в КП, АПр и КПр.

Чл. 289. За КП, в които има различни изисквания за изпълнението им спрямо пациенти под и над 18-годишна възраст, може да се сключи договор за оказване на БМП както само за лечението на пациенти под 18-годишна възраст или само над 18-годишна възраст, така и за двете възрастови групи едновременно.

Чл. 290. (1) Страна по договор с НЗОК за оказване на БМП по КП, АПр и КПр може да бъде лечебно заведение по чл. 15, което отговаря на общите условия по чл. 20, ал. 1, т. 1, букви "а", "б" и "в", както и на следните специални условия:

1. съответствие на устройството на лечебното заведение с разрешението за осъществяване на лечебна дейност и съответното ниво на компетентност, респ. с регистрацията в ИАМН/РЗИ;

2. в лечебното заведение са разкрити необходимите структурни звена, посочени в приложения № 17, 18 и 19 на съответните КП, АПр и КПр, за които то кандидатства, когато тези структурни звена са клиники и/или отделения със специалностите, по които са разкрити, фигурират в разрешението за осъществяване на лечебна дейност със съответното ниво на компетентност, съгласно ЗЛЗ;

3. наличие в лечебното заведение на функциониращa и изправна медицинска апаратура и оборудване, посочени в приложения № 17, 18 и 19 на съответните КП, АПр и КПр, за които то кандидатства;

4. в лечебното заведение функционира документална система за проследяване на

лекарствените продукти, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и АПр, от постъпването им в лечебното заведение до отпускането и прилагането им на пациентите;

5. в лечебното заведение работят съответни специалисти с придобити специалности, посочени в приложения № 17, 18 и 19 на съответните КП, АПр и КПр, за които то кандидатства;

6. в лечебното заведение работи/ят специалист/и на основен трудов договор, посочени в приложение № 1 "Списък на специалистите, работещи по КП/АПр/КПр" към договора на лечебното заведение; в лечебното заведение могат да работят и специализанти по същите специалности, посочени в приложение № 1а към договора на лечебното заведение;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14. лечебното заведение е осигурило комплексно лечение по приложение № 12 на Наредба № 9 от 2019 г., самостоятелно или по договор/и с друго лечебно заведение/я, за реализиране на пълния обем дейности по чл. 355, ал. 2.

(2) Лечебните заведения, които не отговарят на условията по ал. 1, т. 6, могат да сключват трудов договор за допълнителен труд по Кодекса на труда с медицински специалисти, осъществяващи дейност в болнични структури без легла, за следните специалности:

1. вирусология;

2. клинична микробиология;

3. клинична паразитология;

4. клинична патология;

5. нуклеарна медицина.

(3) В случай че лекар със специалност, посочен в приложение № 1, ползва последователно повече от 30 работни дни неплатен или платен отпуск, същият се изключва (заличава) от приложение № 1.

(4) В случаите по ал. 3, при уведомяване от страна на лечебното заведение за прекратяване на отпуска, РЗОК включва лекаря в приложение № 1 в срок от 3 работни дни от датата на уведомяването.

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

(6) Лекар на основен трудов договор с повече от една медицинска специалност, работещ в лечебно заведение, изпълнител на БМП, може да бъде посочен като изпълнител по КП, АПр и КПр, за които се изискват съответните специалности в същото лечебно заведение.

Чл. 291. (1) (Предишен текст на чл. 291 - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) По изключение лечебните заведения за болнична помощ, които не отговарят на изискването на чл. 290, ал. 1, т. 6, предложение първо, могат да сключат договор по чл. 287 по решение на НС на НЗОК след отправяне на мотивирано предложение от директора на съответната РЗОК в случаите, когато достъпът до медицинска помощ на територията на съответната РЗОК е затруднен поради недостиг на съответни медицински специалисти, съобразно потребностите на населението към момента на подаване на заявлението за сключване на договор по чл. 287.

(2) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) При сключването на договор при условията на ал. 1 за лечебните заведения от списъка по чл. 399, ал. 2 и 5 се допуска съответните медицински специалисти да могат да бъдат назначени и на непълно работно време, но на не по-малко от половината от законоустановеното работно време за съответната длъжност, с цел достигане на изискванията за необходим брой лекари от съответната специалност в съответствие с диагностично-лечебните алгоритми на КП/АПр/КПр.

Чл. 292. За лечебните заведения - КОЦ и ЦКВЗ, в чиито разрешения за дейност не е посочено ниво на компетентност, както и за МЦ/МДЦ/ДКЦ с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа (на които не се издава разрешение за дейност), не се изисква ниво на компетентност, а съответствие с условията за сключване на договор и изискванията, посочени в съответните КП, АПр и КПр, за които се кандидатства.

Чл. 293. (1) В случай че лекар със специалност, работещ в лечебно заведение, изпълнител на БМП, оказва медицинска помощ по КП, АПр и КПр, за които същото лечебно заведение има договор с НЗОК, то по отношение на дадения специалист е налице един договор с НЗОК.

(2) В случаите, при които в алгоритъма на КП, АПр и КПр е записано, че е необходима консултация със специалист извън посочените изискуеми специалисти за изпълнение на КП, АПр и КПр, договорът на консултиращия специалист не следва да се счита като договор с НЗОК.

Чл. 294. (1) Общопрактикуващи лекари със специалност, различна от "Обща медицина", могат да сключват договор за оказване на медицинска помощ в центрове за спешна медицинска помощ.

(2) Общопрактикуващи лекари със специалност, различна от "Обща медицина", могат да сключват договор с лечебни заведения за болнична помощ за оказване на медицинска помощ по тази специалност.

(3) Общопрактикуващи лекари, които притежават специалност само "Обща медицина", могат да сключват договор с лечебни заведения за болнична помощ за оказване на медицинска помощ само в отделение по "Вътрешни болести".

(4) Общопрактикуващите лекари по ал. 2 и 3 се посочват в приложение № 1в към договора на лечебното заведение с РЗОК.

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

Чл. 295. (1) Лечебните заведения, желаещи да сключат договор за оказване на БМП, представят в РЗОК заявление, към което прилагат:

1. данни за идентификационния код на търговеца или кооперацията от Търговския регистър, а за дружествата, регистрирани в държава - членка на ЕС, или в държава, страна по Споразумението за ЕИП - документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава;

2. копие на разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването - за лечебните заведения за БМП, КОЦ и ЦКВЗ и диализен център;

3. копие от акта за създаване на лечебното заведение - за лечебните заведения по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ;

4. копие на удостоверение с регистриран в ИАМН/РЗИ адрес, на който лечебното заведение осъществява дейността си, на територията, обслужвана от РЗОК - за лечебните заведения за СИМП с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа;

5. документи, удостоверяващи обстоятелствата по чл. 290, ал. 1, т. 5 (за всички лекари, които ще оказват медицинска помощ по КП, АПр и КПр в изпълнение на договор с НЗОК);

6. копие от трудов договор по чл. 290, ал. 1, т. 6 и ал. 2;

7. копие на договора по чл. 290, ал. 1, т. 8;

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

9. документи, удостоверяващи обстоятелствата по чл. 290, ал. 1, т. 10 и 11;

10. удостоверение за актуално членство в БЛС с номер от Националния регистър (УИН) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от ЗСОЛЛДМ, издадено от съответната РК на БЛС или генерирано и отпечатано от електронната система на Националния регистър, съдържащо уникален буквено-цифров код, баркод и сканиран подпис - за лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение;

11. декларация по образец съгласно приложение № 20 "Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ" за функционираща и изправна налична медицинска апаратура и оборудване и декларация за функционираща документална система за проследяване на лекарствените продукти, заплащани от НЗОК извън стойността на КП и АПр - за всички видове лечебни заведения;

12. декларация по образец съгласно приложение № 20 "Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ" за наличен програмен продукт за извършване на медико-диагностични изследвания;

13. декларация по образец съгласно приложение № 20 "Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ" за наличие на специализиран фармацевтичен софтуер, отговарящ на изисквания за свързване с Българската система за верификация на лекарствата и

предоставяне възможността да се дезактивира уникалният идентификационен белег в системата от регистри по реда на глава VI от Делегиран регламент (ЕС) 2016/161;

14. декларация по приложение № 20 "Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ" за наличие и поддържане на софтуер за въвеждане и отчитане на договорената и извършена болнична медицинска дейност по този НРД;

15. копие на сертификат от участие в национална или чуждестранна нетърговска система за външна оценка на качеството по медицински стандарт "Клинична лаборатория" и/или копие на сертификат за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на НСВОК по клинична лаборатория, микробиология, вирусология, медицинска паразитология, микология и клинична имунология - в случаите, когато в структурата на лечебното заведение има съответния вид/видове лаборатории;

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

17. копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специалност, издадени от министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации - за лекарите чужденци;

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

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

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

21. приложение № 1б "Списък на лекари, оказващи консултативна медицинска помощ в съответствие с чл. 395";

22. приложение № 1в "Общопрактикуващи лекари";

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

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

25. копия от договор/договори по чл. 290, ал. 1, т. 14;

26. декларация от управляващия лечебното заведение за наличие на видеоконтрол на входа и изхода на ангиографските зали и в болничните структури, в които се осъществяват съдови инвазивни и интервенционални процедури.

(2) Допълнителна професионална квалификация след придобиване на специалност, необходима за изпълнение на КП, АПр и КПр, може да се удостовери и с документ, издаден от държава - членка на ЕС (извън Република България), и признат от европейска асоциация по съответната специалност.

Чл. 296. Лечебните заведения, сключили договор/допълнително споразумение с НЗОК за оказване на БМП в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г., представят:

1. документи по чл. 295, ал. 1, т. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 17 и 25 и ал. 2 - само в случай на настъпили промени в обстоятелствата, отразени в тях, или декларация за липса на промени;

2. документи по чл. 295, ал. 1, т. 7, 10, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23 и 24;

3. декларации по чл. 295, ал. 1, т. 11, 12, 13, 14, 16 и 26.

Чл. 297. Директорът на РЗОК разглежда подадените документи и сключва, респ. отказва сключване на договор по реда на глава седма.

Чл. 298. (1) Общият брой на леглата, с които лечебните заведения сключват договор, не може да надвишава общия брой легла, посочен в договора през 2022 г., сключен в съответствие с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г.

(2) В случаите, в които лечебните заведения по ал. 1 са преминали през процедурата по чл. 37б от ЗЛЗ до влизане в сила на този НРД и не са били изпълнители на новите дейности, общият брой на леглата за тези дейности, с които сключват договор, не може да надвишава броя на леглата, посочени по реда на чл. 37б от ЗЛЗ.

(3) За лечебните заведения, които до влизане в сила на този НРД не са били изпълнители на медицинска помощ, общият брой на леглата, с които сключват договор, не може да надвишава общия брой легла, посочени по реда на чл. 37а от ЗЛЗ.

(4) В областите, в които броят на леглата за болнично лечение надвишава конкретните потребности по брой легла по видове, определени с Националната здравна карта, директорът на РЗОК сключва договори след осъществен избор по реда на Наредбата за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори.

(5) (Изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) При необходимост лечебните заведения могат да превишават с до 10 на 100 леглата в дадена клиника/отделение от един и същ вид (интензивни; акушеро-гинекологични; педиатрични; терапевтични и хирургични легла и легла за физиотерапия и рехабилитация), при наличие на свободни такива.

Чл. 299. (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) (1) През 2024 г. общият брой на леглата, с които лечебното заведение сключва допълнително споразумение по чл. 23б, не може да надвишава общия брой легла, посочен в договора през 2023 г., с изключение на случаите, в които лечебните заведения са преминали през процедурата по чл. 37б от ЗЛЗ.

(2) За лечебните заведения, които до влизане в сила на този договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. не са били изпълнители на медицинска помощ, общият брой на леглата, с които се сключва договор/допълнително споразумение, не може да надвишава общия брой легла, посочени по реда на чл. 37а и 37б от ЗЛЗ.

Чл. 299а. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) (1) През 2025 г. общият брой на леглата, с които лечебното заведение сключва допълнително споразумение по чл. 23г, не може да надвишава общия брой легла, посочен в договора през 2024 г., с изключение на случаите, в които лечебните заведения са преминали през процедурата по чл. 37б от ЗЛЗ.

(2) За лечебните заведения, които до влизане в сила на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. не са били изпълнители на медицинска помощ, общият брой на леглата, с които се сключва договор/допълнително споразумение, не може да надвишава общия брой легла, посочени по реда на чл. 37а и 37б от ЗЛЗ.

Чл. 300. При наличие на сключен договор изпълнителят на БМП е длъжен:

1. при промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл. 295, да уведоми РЗОК и да представи в срок до 14 работни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ;

2. при промяна на всяко от обстоятелствата, удостоверени с документи по чл. 295, ал. 1, т. 6, да уведоми РЗОК и да представи в срок до 5 работни дни от настъпване на промяната копие от съответния документ;

3. ежемесечно през отчетния период да представя в РЗОК отработен за предходния месец

график на специалистите, работещи по КП, АПр и КПр;

4. при всяко изтичане на срока на валидност на документа по чл. 295, ал. 1, т. 15 да предоставя в РЗОК актуален сертификат в срок до 14 работни дни от издаването му.

Чл. 301. (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) (1) Индивидуалните договори по чл. 59, ал. 1 от ЗЗО, допълнителните споразумения към тях и документите, свързани със сключването, изменението и прекратяването им, могат да се съставят и като електронен документ и се подписват от страните с КЕП.

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

Чл. 302. Районната здравноосигурителна каса съхранява в досие на съответното лечебно заведение всички документи, приложени към заявлението за сключване на договор.

Чл. 303. В случаите, когато лечебно заведение едновременно кандидатства за извършване на дейности по КП, АПр и КПр, изискуемите документи за сключване на договор, които се дублират, се представят в един екземпляр.

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

Управление на болничния прием

Чл. 304. (1) За да бъде хоспитализиран/приет пациент за лечение по дадена КП, АПр и КПр, следва да е с непрекъснати здравноосигурителни права и да са налице следните обстоятелства:

1. индикациите за хоспитализация/лечение, включени КП, АПр и КПр;

2. лицето да е със заболяване, предвидено в блок "Кодове на болести за заболявания по МКБ 10" на съответната КП, когато този блок е част от съдържанието на КП;

3. приемът на пациенти да е съобразен с капацитета на лечебното заведение, разписан като брой и вид болнични легла (съгласно правилника за устройството и дейността на лечебното заведение), посочени в договора на лечебното заведение, с които ще се осигури изпълнението му.

(2) В случаите, когато лицето е с прекъснати здравноосигурителни права, същото се хоспитализира/приема, като му се оказва БМП, ако възстанови правата си при условията и по реда на ЗЗО.

(3) При неизпълнение на условието по ал. 2 се прилага чл. 109, ал. 1 ЗЗО.

(4) При хоспитализация/лечение на осигурените лица в друга държава членка, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност, както и лицата по международни спогодби за социално осигуряване, по които Република България е страна, представят копие от съответния удостоверителен документ за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, а при ползване на права на спешна и неотложна помощ - ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК.

(5) В случаите по ал. 1, т. 3 изпълнителят на БМП е длъжен да осигурява не по-малко от 10 на сто от общия брой болнични легла за активно лечение във всяка болнична структура, с изключение на болничните структури по медицинска онкология, лъчелечение и нуклеарна медицина, за прием на пациенти в спешно състояние.

Чл. 305. (1) На основание чл. 50 от ЗЗО при всяко ползване на БМП осигурените лица са

длъжни да представят документ, удостоверяващ самоличността им съгласно Закона за българските лични документи.

(2) От лицата, на които не се издават документи по ал. 1, се представят документи, удостоверяващи самоличността им съгласно националното законодателство на държавата, чиито граждани са лицата.

(3) Лицата в производство за предоставяне на статут на бежанец или право на убежище представят удостоверяващ самоличността им документ, издаден от Държавната агенция за бежанците.

(4) Лицата в процедура по издаване на документ, удостоверяващ самоличността им, поради изгубване, кражба, повреждане, унищожаване, подмяна и промяна в данните представят декларация по чл. 17, ал. 1 от Правилника за издаване на българските лични документи или друг документ, удостоверяващ изброените обстоятелства, издаден от съответните компетентни органи.

(5) В случаите, когато лицата постъпват в лечебно заведение - изпълнител на БМП, в животозастрашаващо състояние и документ по ал. 1 - 4 не може да бъде представен, същият се представя до момента на напускане на лечебното заведение.

(6) Лечебното заведение - изпълнител на БМП, събира данните от документа за самоличност по ал. 1 и 4, както и информация за датата и часа на постъпване и на напускане на лечебното заведение - изпълнител на БМП, в клиентската част на информационна система на НЗОК "Регистрационна система на събития по хоспитализация и дехоспитализация". Данните от документите с машинночитаема зона се събират чрез електронен четец, а тези от документите без машинночитаема зона се въвеждат ръчно.

(7) При оказване на БМП на малолетно лице лечебното заведение - изпълнител на БМП, събира в клиентската част на информационната система по ал. 6 трите имена и единния граждански номер на лицето, както и данните от документа по ал. 1 на лицето, което може да изразява информирано съгласие за осъществяване на медицински дейности, съгласно изискванията на ЗЗ.

(8) Информационната система по ал. 6 на база събраните от лечебното заведение - изпълнител на БМП, данни за всяко лице генерира електронен документ, който се подписва от упълномощено от изпълнителя на БМП лице чрез валидно удостоверение за квалифициран електронен подпис по смисъла на чл. 13, ал. 3 от ЗЕДЕУУ. Удостоверението следва да бъде издадено от акредитиран доставчик на удостоверителни услуги и да съдържа ЕИК по чл. 23 от Закона за търговския регистър и регистъра на юридическите лица с нестопанска цел/код по БУЛСТАТ, наименование на лечебното заведение, ЕГН/ЛНЧ и трите имена на упълномощеното лице.

(9) Лечебното заведение - изпълнител на БМП, незабавно изпраща чрез клиентската част на информационната система по ал. 6 електронния документ по ал. 8 в сървърната част на системата, разположена в ЦУ на НЗОК.

(10) Националната здравноосигурителна каса изготвя и публикува на интернет страницата си инструкции за ползване на клиентската част на информационната система по ал. 6.

(11) При прием на новородени деца, на които не е издаден ЕГН, от приемащото лечебно заведение се извършва служебно вписване.

Чл. 306. (1) Изпълнителят на БМП предоставя на РЗОК и обявява на достъпно място работния график на кабинетите в ДКБ/ПК, както и информация в журнал/папка за цените на медицинските изделия, които лечебното заведение осигурява по КП и АПр съгласно чл. 82б ЗЗ, за които НЗОК заплаща/не заплаща.

(2) Изпълнителят на БМП обявява на общодостъпно място: имената на договорените КП, АПр и КПр, цените, които НЗОК заплаща за тях, както и видовете медицински изделия и цените, до които НЗОК заплаща за същите (в случаите, когато медицинското изделие е включено при изпълнение на диагностично-лечебния алгоритъм в КП/АПр).

(3) Здравноосигурените лица заплащат потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО за всеки ден болнично лечение, но не повече от 10 дни годишно.

(4) За оказаната БМП потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО не се заплаща от категориите лица по чл. 37, ал. 4 ЗЗО, както и от лицата със заболявания, посочени в приложение № 11 "Списък на заболяванията, при които ЗОЛ са освободени от потребителска такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО".

(5) Районната здравноосигурителна каса и нейните поделения по общини предоставят информацията по ал. 1 на:

1. изпълнителите на извънболнична помощ - при поискване;

2. здравноосигурените лица - при поискване.

Чл. 307. (1) Изпълнителят на БМП се задължава:

1. да осигурява на пациентите непрекъснатост на болничната помощ и грижите, както и координация между специалистите, които ги осъществяват;

2. при дехоспитализация на пациента за довършване на лечебния процес да издава епикриза и се насочва при необходимост към лечебни заведения за извънболнична или болнична помощ;

3. да спазва условията за управление на плановия прием;

4. да съобразява приема на пациенти по договора с НЗОК с капацитета на лечебното заведение, разписан като брой и вид болнични легла (съгласно правилника за устройството и дейността на лечебното заведение и за срока на договора), посочени в договора на лечебното заведение, с които ще се осигури изпълнението му.

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

(3) Изпълнителят на БМП не може необосновано да отказва прием на пациенти (насочени от център за спешна медицинска помощ или на самонасочили се) при наличие на медицински показания за диагностика и лечение в болнични условия, като насочва същите тези пациенти към друго лечебно заведение, без предварителното му съгласие.

(4) Изпълнителят на БМП може да увеличава временно броя на болничните легла в съответната клиника/отделение при възникване на бедствие и при обявяване на извънредна епидемична обстановка, при условията и по реда на Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи (Наредба № 49 от 2010 г.).

Чл. 308. Районната здравноосигурителна каса и съответните поделения по общини:

1. предоставят на изпълнителите на извънболнична помощ информация за изпълнителите на БМП в съответната област, сключили договор с НЗОК, както и за договорените с тях КП, АПр и КПр;

2. своевременно уведомяват изпълнителите на извънболнична помощ за промяна на предмета на договорите с изпълнителите на болнична помощ;

3. при поискване предоставя на ЗОЛ информация по т. 1.

Чл. 309. Изпълнителят на БМП в процеса на диагностика, лечение и обслужване на пациента прилага утвърдени начини на действие, съобразени с указанията за клинично поведение в КП, АПр и КПр.

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

1. промяна на приемната диагноза или настъпило усложнение, което лечебното заведение не може да лекува;

2. възникнал проблем с медицинската апаратура и оборудване;

3. липса на съответно квалифициран медицински персонал.

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

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

Чл. 311. (1) Лекар без специалност, посочен в приложение № 1а, може да извършва лечебни дейности и манипулации под ръководство и по разпореждане на лекар с придобита специалност, който извършва медицинска дейност в същото лечебно заведение по договор с НЗОК и носи отговорност за това. В тези случаи лекарят без специалност се посочва в медицинската документация, която се подписва от него, както и от лекаря със специалност и/или от завеждащия клиника/отделение.

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

Чл. 312. (1) Клиничните пътеки, АПр и КПр, заплащани от НЗОК в полза на ЗОЛ, съдържат изисквания и правила за клинично поведение при провеждане на диагностика, лечение и рехабилитация на заболяванията, включени в тях, както и за структурни звена, апаратура и необходимите специалисти.

(1а) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) Времевият график за извършване на определени основни процедури, посочени в диагностично-лечебния алгоритъм на съответната КП/АПр/КПр, обхваща само тези процедури, които са задължителни за изпълнение и със същите се завършва КП/АПр/КПр.

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

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

Чл. 313. Броят на пролежаните леглодни се изчислява, като денят на постъпване и денят на изписване се броят за един леглоден, а всеки ден между тях се брои като пролежан.

Чл. 314. Лечебните заведения, изпълнители на болнична медицинска помощ, задължително осъществяват видеоконтрол в ангиографските зали и болничните структури, в които се осъществяват съдови инвазивни и интервенционални процедури, като в обхвата на видеокамерите влиза наблюдение само на входовете и изходите на същите. Записите от видеокамерите се съхраняват за срок не по-малко от един месец от датата на извършване на интервенция.

Чл. 315. (1) При осъществяване на съдови инвазивни и интервенционални процедури задължително се прави видеозапис на същите. Образните изследвания се регистрират и съхраняват в PACS система (picture archiving and communication system) за срока на съхранение на "История на заболяването" съгласно Наредба № 9 от 2018 г. за утвърждаване на медицински стандарт по "Образна диагностика".

(2) При поискване от контролните органи на НЗОК лечебното заведение предоставя видеоинформация за съдови инвазивни и интервенционални процедури, конвенционални рентгенови изследвания, рентгенологични изследвания на гърда, ултразвукови изследвания чрез специализирани ехографски методи, компютърно-томографски изследвания, магнитнорезонансни томографски образни изследвания и хибридни образни изследвания на електронен носител. При получаване на електронния носител се изготвя приемно-предавателен протокол.

Чл. 316. (1) Всички медицински изделия, използвани за осъществяването на основни диагностични и оперативни процедури, посочени в диагностично-лечебния алгоритъм на КП/КПр/АПр, които НЗОК не заплаща извън стойността на КП/КПр/АПр, се доставят от лечебното заведение, заприходяват се и се отпускат от болничната аптека.

(2) В случаите, когато няма открита аптека в структурата си, лечебното заведение се снабдява от аптека на друго лечебно заведение по чл. 222, ал. 4 от ЗЛПХМ, с което е сключило договор, при условия и по ред, определени с Наредба № 28 от 9.12.2008 г. за устройството, реда и организацията на работата на аптеките и номенклатурата на лекарствените продукти (Наредба № 28 от 2008 г.).

(3) Осигуряването на медицинските изделия от лечебните заведения, изпълнители на КП/КПр/АПр, както и заприходяването и отпускането на същите от болничната аптека, се доказва със съответните документи.

(4) (Отм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.)

(5) (Отм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.)

Чл. 316а. (Нов - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) (1) Лечебните заведения за болнична помощ отчитат медицинските изделия от списъците по чл. 387, ал. 3, които НЗОК заплаща извън стойността на КП/АПр/КПр, като в отчетните файлове отразяват - код на производител или търговец на едро с медицински изделия или техни упълномощени представители и код на медицинското изделие.

(2) При грешно отчетен от лечебното заведение код на производител/и или търговец/ци на едро с медицински изделия или техни упълномощени представители и/или код на медицинско/и изделие/я в отчетните файлове НЗОК/РЗОК извършва проверка в лечебното заведение.

Условия и ред за диагностика и лечение по клинични пътеки

Чл. 317. (1) Клинична пътека е система от изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности по отношение на пациенти със заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой не по-кратък от 48 часа.

(2) Дейностите и услугите в обхвата на диагностичните, лечебните и рехабилитационните дейности и услуги по време на хоспитализацията съгласно ДЛА на съответната КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

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

(4) Клинични пътеки № 90, 92 - 97, 112, 199.1, 199.2, 240, 241, 242, 243, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252 и 253 се изпълняват само в условията на комплексно лечение по чл. 355.

Чл. 318. (1) В случаите, когато диагностичната и/или лечебната дейност не може да бъде постигната в условията на извънболничната помощ, ЗОЛ може да бъде насочено съгласно Наредбата

за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ с "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) за хоспитализация в лечебно заведение - изпълнител на БМП.

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

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

(4) Амбулаторният лист към "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) се предоставя на лечебното заведение за болнична помощ чрез пациента и става неразделна част от неговата медицинска документация.

(5) За организиране на плановия прием в лечебните заведения - изпълнители на БМП, се поддържа листа на планов прием. В листата за планов прием се включват всички подлежащи на хоспитализация лица, с изключение на тези, които се нуждаят от незабавен прием в лечебното заведение.

(6) Управлението на плановия прием се осъществява в съответствие с Наредбата за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ.

(7) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) При електронно издаване на "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) по реда на чл. 232, ал. 3, чл. 406, ал. 2 и електронно издаване на амбулаторния лист от извършения преглед на пациента по реда на чл. 232, ал. 2 първичните медицински документи не се отпечатват на хартиен носител. В тези случаи избраният от ЗОЛ изпълнител на болнична медицинска помощ проверява в НЗИС за наличието на издадено електронно направление по идентификатор на пациента (ЕГН, ЛНЧ, ССН и осигурителен номер на чуждестранно лице), на когото е издадено направлението, и дата на издаване на електронното направление. Електронно издадените документи се разпечатват при поискване от контролните органи и се валидират с подпис и печат от лечебното заведение - изпълнител на БМП.

Чл. 319. (1) При планов прием приемащото лечебно заведение вписва ЗОЛ и издаденото му "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) в амбулаторния журнал в ДКБ на болницата.

(2) При наличието на индикации за хоспитализация, регламентирани в КП, приемащият лекар в болницата осъществява или планува приема на ЗОЛ. Приемащият лекар може да бъде и без специалност.

Чл. 320. (1) При наличие на индикации (клинични и параклинични) за хоспитализация по КП ЗОЛ не може да бъде връщано при изпълнител на извънболнична медицинска помощ за допълнителни консултации и/или изследвания, свързани с основното заболяване, за което пациентът се хоспитализира.

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

(3) Направлението за хоспитализация има срок на валидност до 30 календарни дни от издаването му. По изключение хоспитализирането може да се осъществи след този срок, ако в

посочения 30-дневен срок на пациента е извършен преглед в ДКБ/ПК на изпълнителя на БП, а хоспитализирането е осъществено след този срок.

(4) При хоспитализация (планов прием) по КП или АПр ЗОЛ може да представи предварително извършени изследвания от групата на образната диагностика и клинико-лабораторни изследвания, реализирани от друго лечебно заведение преди датата на хоспитализация, но ако няма, приемащото лечебно заведение не може да ги изисква. Приемащото лечебно заведение може да зачете тези изследвания, както и да ги използва при отчитане на КП като част от диагностично-лечебния алгоритъм на същата. Давността на предварително извършените клинико-лабораторни изследвания е 7 дни, като за тези от групата на образната диагностика може да е и по-дълга (но не повече от 30 дни или по-дълга от посочения в алгоритъма на съответната КП), преди датата на хоспитализация в зависимост от вида им и клиничната преценка на лекуващия лекар. Изключение от последното се прави за МДИ по КП/АПр за диагностика и лечение на пациенти със злокачествени заболявания и муковисцидоза, като всички необходими МДИ се правят от приемащото лечебно заведение.

(5) При хоспитализация по спешност ЗОЛ може да представи предварително извършени изследвания от групата на клинико-лабораторни изследвания, реализирани от друго лечебно заведение, като изследванията трябва да са от същия ден.

(6) При последващи планови хоспитализации по КП № 240, 241.3, 241.4, 241.5 и 241.6 "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) се издава от лечебните заведения, в които се извършва дейността.

(7) При хоспитализации - планов прием, изпълнителите за извънболнична медицинска помощ издават само "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) и приемащите лечебни заведения не могат да изискват от тях да назначават допълнителни консултации и/или изследвания, изискуеми за изпълнение на КП.

Чл. 321. Клиничните пътеки се състоят от следните основни компоненти, които са задължителни за изпълнение от лечебните заведения:

1. задължителен минимален болничен престой за осъществяване на посочените в КП дейности и процедури във времеви план; конкретният болничен престой за всеки пациент зависи от състоянието му при изписването;

2.1. кодове на болести по МКБ 10;

2.2. основни диагностични процедури;

2.3. терапевтични процедури - за всяка терапевтична КП; процедурите в тези КП - по вид, обем, сложност, съответстват на процедурите - по вид, обем, сложност, посочени в утвърдените медицински стандарти и/или договорени;

3. основни кодове на процедури за всяка хирургична/интервенционална КП; процедурите в тези КП - по вид, обем, сложност, начин на осъществяване и условия за провеждане, съответстват на изискванията, посочени в утвърдените медицински стандарти, а при липса на стандарти за посочените специалности - в подписаните или приети от научните дружества за тях консенсусни протоколи за лечение;

4. условия за сключване на договор и изпълнение на КП, включващи:

а) задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, необходими за изпълнение на алгоритъма на КП;

б) необходими специалисти за изпълнение на КП и изисквания за допълнителна квалификация;

5. индикации за хоспитализация, диагностично-лечебен алгоритъм, поставяне на окончателна диагноза и критерии за дехоспитализация, включващи:

а) индикации за хоспитализация, включващи задължително обективни критерии за

заболяването, диагностично доказани и аргументиращи необходимостта от хоспитализация;

б) диагностично-лечебен алгоритъм: диагностично-лечебният алгоритъм е съобразен с утвърдените медицински стандарти или консенсусни протоколи и е задължителен за изпълнение, както и фармако-терапевтичните ръководства (съгласно чл. 264, ал. 1, т. 4 ЗЛПХМ), за тези, които са приети;

6. поставяне на окончателна диагноза;

7. дехоспитализация при определяне на следболничен режим; обективните критерии за дехоспитализация се съпоставят с обективните критерии при хоспитализация и съгласно алгоритъма на всяка КП;

8. документиране на дейностите по съответната КП.

Чл. 322. (1) При дехоспитализация изпълнителят на БМП предоставя на пациента епикриза с машинен текст, която се издава в три еднообразни екземпляра, подписва се от пациента, или на членовете на семейството му, или на придружаващите го лица, като:

1. първият екземпляр от епикризата се предоставя на пациента или на членовете на семейството му, или на придружаващите го лица;

2. вторият екземпляр от епикризата се оформя и изпраща чрез пациента или чрез членовете на семейството му, или чрез придружаващите го лица на ОПЛ;

3. третият екземпляр от епикризата се добавя към "История на заболяването" (ИЗ) и се съхранява на електронен или хартиен носител в лечебното заведение.

(2) При необходимост се издава ново копие от епикризата по цени, утвърдени от лечебното заведение.

(3) Епикризата съдържа следните реквизити:

1. паспортна част;

2. окончателна диагноза, заболяване с код по МКБ 10 и номер на КП - наименование;

3. придружаващи заболявания с изписано наименование на диагнозата с код по МКБ 10;

4. анамнеза;

5. обективно състояние с локален, соматичен и специализиран статус;

6. параклинични изследвания; хистологичен резултат, потвърждаващ окончателната диагноза;

7. консултативни прегледи;

8. терапевтична схема - задължително вписване на използваните в хода на лечението на ЗОЛ вид лекарства;

9. задължително вписване на използваните в хода на лечението на ЗОЛ лекарства, които НЗОК заплаща извън цената на КП и АПр (вид, доза - еднократна и/или дневна, продължителност курс на лечение), назначени от лекуващия лекар и/или лекар консултант;

10. ход на заболяването;

11. настъпили усложнения;

12. проведени инвазивни диагностични и терапевтични процедури;

13. дата на оперативната интервенция с оперативна диагноза;

14. извадка от оперативния протокол - вид анестезия, находка, извършена интервенция;

15. постоперативен статус и ход на заболяването след операцията;

16. статус при изписването;

17. изход от заболяването;

18. препоръки за хигиенно-диетичен режим след изписването и назначено медикаментозно лечение след изписването и препоръки за такова;

19. необходимост от контролни прегледи в болницата след изписването;

20. препоръки към ОПЛ на пациента;

21. описание на съпровождащите епикризата изследвания и други документи за служебно ползване;

22. имена и подписи на лекуващия лекар и началника на съответното отделение или негов заместник, като лекуващият лекар може и да не бъде изписващият лекар;

23. печат на лечебното заведение върху екземплярите на епикризите, предоставени на пациента и/или ОПЛ.

(4) Копия от изследванията, резултатът от които се получава след изписването на пациента, при поискване му се предоставят в писмен вид лично или на членове на семейството, или на упълномощени от пациента лица.

(5) Лечебното заведение удостоверява за платените от пациента услуги и медицински изделия, както и получена потребителска такса със съответните финансовоотчетни документи, които се представят при поискване от лечебното заведение на контролните органи на НЗОК - за дейности, заплащани от НЗОК.

(6) В случаите на изчакване на резултати от проведени изследвания, касаещи потвърждаване на окончателна диагноза, епикризата се предоставя на пациента след получаване на резултата.

Чл. 323. (1) Клиничното проследяване на състоянието на пациента и извършените диагностично-лечебни дейности се вписват в ИЗ.

(2) Извършването на дейности по КП се отразява в медицинската болнична документация и в следните документи:

1. документ № 2 "Предоперативна анестезиологична консултация" е задължителен за всяка КП с оперативна дейност, извършена с обща или регионална анестезия, и е неразделна част от ИЗ на пациента; документ № 2 "Предоперативна анестезиологична консултация" се попълва от този, който изпълнява локалната (инфилтративна) анестезия - оператор или анестезиолог;

2. документ № 4 "Информация за пациента" (родителя/настойника/попечителя); документът се предоставя на пациента (родителя/настойника/попечителя) в хода на лечебно-диагностичния процес за запознаване и не е част от медицинско-финансовата документация;

3. декларация за информирано съгласие от страна на пациента по отношение провежданите процедури в хода на лечебно-диагностичния процес - изготвя се от изпълнителя на БМП и се прилага към ИЗ на пациента, като става неразделна част от него;

4. документ "Физиопроцедурна карта" (бл. МЗ № 509-89) за физикална терапия и рехабилитация за КП № 112 и КП № 257 - 265 включително, в който се регистрират само процедурите, отразени като основни в "Блок основни терапевтични процедури" във всяка КП; извършените процедури по КП се кодират съобразно посочените в "Блок основни диагностични/терапевтични процедури" кодове и следва да съответстват на заложения обем и сложност в същата КП, както и на процедурите по обем и сложност, посочени в съответните утвърдени медицински стандарти или консенсусни протоколи за лечение; този документ се прилага към ИЗ на пациента и стават неразделна част от него.

(3) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) Документите по ал. 2, в които е предвиден подпис на пациента, се подписват от него по един от следните начини:

1. чрез подписване от пациента във формата на електронен документ с КЕП;

2. посредством генериран от НЗИС и изпратен на посочен от пациента телефонен номер еднократен код, който има силата на положен електронен подпис от лицето;

3. чрез техническо средство за полагане на електронен подпис (електронна писалка, таблет, който пренася подписа в цифров вид върху електронен документ и подписът може да се приравни на саморъчно положен такъв, и др.);

4. чрез подписване от пациента на отпечатан на хартиен носител документ.

Чл. 324. Документиране в хода на хоспитализацията:

1. в диагностично-консултативния блок/приемен кабинет се води журнал, приет на хартиен или електронен носител, с данни за преминаващите през ДКБ/ПК ЗОЛ; данните от електронния носител могат да се разпечатват при поискване от контролните органи и да се валидират с подпис и печат от лечебното заведение за БМП;

2. хоспитализацията на пациента се документира в ИЗ (съгласно изисквания и реквизити, посочени в приложение № 2) и в част II на "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7);

3. в медицинската документация - в ИЗ се отразява дата и час на постъпването на ЗОЛ в лечебното заведение - изпълнител на БМП;

4. изпълнението на диагностично-лечебния алгоритъм задължително се документира в ИЗ;

5. резултатите от извършените изследвания и процедури, използваните лекарствени продукти, проведените консултации и други обстоятелства се вписват в болничната медицинска документация съгласно изискванията на министъра на здравеопазването и утвърдените в лечебното заведение правила;

6. резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика съгласно медицински стандарт "Образна диагностика" и се прилагат към ИЗ; в случай че оригиналните рентгенови филми или друг носител на рентгенови образи са необходими на пациента за продължение на лечебно-диагностичния процес или за експертиза на здравословното му състояние, същите се предоставят на пациента срещу подпис, като това обстоятелство се вписва в ИЗ и в епикризата;

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

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

9. при извършване на ЕКГ изследване електрокардиограмата и интерпретация на същата се прилагат в ИЗ, като същата съдържа апаратна дата и час на извършването, име на пациента и собственоръчно положено име и подпис или (е-подпис) автентификация на осъществилия изследването;

10. при извършване на изследвания с графично изображение - ЕМГ, ЕЕГ и др., същите съдържат апаратната дата на извършването, име на пациента и собственоръчно положено име и подпис или (е-подпис) автентификация на специалиста, разчел изследването;

11. всички извършени изследвания с графично изображение се прилагат задължително към ИЗ;

12. при извършване на инвазивни/интервенционални процедури се изготвя и се прилага в ИЗ документ "Протокол за инвазивна/интервенционална процедура", който съдържа описанието на находката, име на пациента, час и дата на извършване, собственоръчно положено име и подпис или (е-подпис) автентификация на специалиста, осъществил изследването;

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

14. при взет материал за хистологично изследване в медицинската документация се прилага резултатът (със собственоръчно положено име и подпис или (е-подпис) автентификация от специалиста, осъществил изследването) с посочената диагноза и пореден номер от патоанатомичния журнал;

15. използваните в хода на лечението на ЗОЛ лекарства, осигурени от изпълнителя на БМП (вид, доза - еднократна и/или дневна, курс на лечение), задължително се отбелязват в лекарствен и температурен и/или реанимационен лист на пациента и в ИЗ; в епикризата се отразява информация за проведеното лекарствено лечение;

16. с "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клинична процедура" ("Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр) се отчитат медицинските изделия, вложени при лечението на ЗОЛ по определени КП/АПр/КПр, заплащани извън цената на същите; екземпляр от формуляра става неразделна част от ИЗ, а друг екземпляр се представя и се съхранява в РЗОК; по един стикер от вложените медицински изделия по КП/АПр/КПр се поставя върху първия лист на "История на заболяването", който се разпечатва, на екземпляра на епикризата за пациента върху "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр"; в случай че са налични неизползвани стикери от вложеното медицинско изделие (съгласно подадените от производител/търговец на едро общ брой стикери за конкретното медицинско изделие върху оригиналната опаковка), същите се поставят върху "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр";

17. превеждането към друго лечебно заведение се документира в ИЗ, в част III на "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) и в епикризата, съдържаща причините за превеждане;

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

19. дехоспитализацията/превеждането към друго лечебно заведение на пациента се документира в ИЗ, в част III на "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) и в епикриза или етапна епикриза;

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

21. при извършване на алогенна трансплантация на тъкани в ИЗ на пациента задължително се поставя стикер с уникалния номер на импланта; в ИЗ се отбелязва видът на импланта, датата на поставяне и анатомичната част, където е имплантиран, както и наименованието на тъканната банка, от която е получен;

22. контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение - изпълнител на БМП.

Чл. 325. (1) Изпълнителят на КП по приложение № 17 "Клинични пътеки" задължително сключва договор и за изпълнение на АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП..." по приложение № 18.

(2) Алинея първа не се прилага за изпълнителя на БП, сключващ договор само за КП, които не могат да бъдат приключени като АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП..." по приложение № 18.

Условия и ред за извършване на амбулаторни процедури

Чл. 326. (1) Амбулаторна процедура е система от определени с този НРД изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности по отношение на пациенти, чието състояние не налага непрекъснат престой в лечебното заведение.

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

(3) (Изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) Амбулаторни процедури № 5, 6, 7, 8, 9, 16, 17, 27, 39, 42 и 49 се изпълняват само в условията на комплексно лечение по чл. 355.

Чл. 327. Лечебните заведения попълват документ № 2 "Предоперативна анестезиологична консултация", който е задължителен за всяка АПр с оперативна дейност, извършена с обща или регионална анестезия. Този документ се прикрепва към ИЗ и е неразделна част от същата.

Чл. 328. (1) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г., изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) Амбулаторни процедури № 1, 2, 3, 6, 8, 10, 27, 32, 45, 46, 47, 48 и 49 се изпълняват в полза на ЗОЛ, на които е издадено "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8).

(2) Амбулаторни процедури № 7, 9, 39, 40, 41, 42 и 43 се извършват в полза на ЗОЛ, на които е издаден "Лист за диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 9) от лекар от лечебно заведение, изпълнител на АПр.

(3) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) Амбулаторни процедури № 4, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 31 и 34 се извършват в полза на ЗОЛ, на които е издадено "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7).

(4) Амбулаторни процедури № 25, 26, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37 и 44 се извършват в полза на ЗОЛ, на които е издадено "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А).

Чл. 329. (1) За АПр № 1 направлението по чл. 328, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват всички проведени хрониохемодиализни процедури по брой, дата и час на започване и завършване на всяка отделна АПр.

(2) За АПр № 2 и № 3 направлението по чл. 328, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразява броят дни.

Чл. 330. (1) Амбулаторна процедура № 5 приключва с "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" съгласно съответните медицински стандарти. Изготвя се план за поведение в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства.

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

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

Чл. 331. (1) За АПр № 6 направлението по чл. 328, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват всички проведени процедури по брой.

(2) При последващи планови приеми по АПр № 6 "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) се издава от лечебните заведения, в които се извършва дейността.

Чл. 332. (1) Дейностите по АПр № 7 се извършват на ЗОЛ, на които е издадено решение

от обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология.

(2) Диспансеризацията/диспансерното наблюдение при лица с онкологични заболявания започва след приключване на активното лечение (системно лекарствено лечение или лъчелечение, или оперативно лечение) по повод на основната диагноза. При рецидив на основното заболяване и при преминаване на заболяването в по-напреднал стадий диспансеризацията/диспансерното наблюдение на пациента започва отново от първото мероприятие, предвидено за случаите на първоначална диспансеризация/диспансерно наблюдение.

(3) Обемите и честотата на диспансерното наблюдение на лица със злокачествени заболявания са съгласно приложение № 18 от Наредба № 8 от 2016 г.

(4) При смяна на лечебното заведение, което извършва диспансеризацията на лицата по ал. 1, медицинската документация или копие от нея се предава чрез диспансеризираното лице на новоизбраното лечебно заведение.

Чл. 333. За АПр № 8 направлението по чл. 328, ал. 1 се издава при необходимост от експертна оценка на терапевтичния отговор след приключени три курса на лечение с проследяване при пациенти, провеждащи домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия.

Чл. 334. (1) Дейностите по АПр № 9 се извършват на ЗОЛ, на които е издадена епикриза с диагноза "Муковисцидоза".

(2) Диспансерното наблюдение на лица с поставена диагноза "Муковисцидоза" се извършва на всеки три месеца, но не повече от четири пъти за една календарна година.

Чл. 335. (1) Амбулаторни процедури № 16 и № 17, за които в Наредба № 9 от 2019 г. е предвидена възможност за повтаряне на същата в съответствие с утвърдената схема, се извършват повече от веднъж месечно.

(2) За процедурите по ал. 1 направлението по чл. 328, ал. 3 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват всички проведени процедури.

Чл. 336. (1) За АПр № 25 направлението по чл. 328, ал. 4 се издава еднократно за дейност в срок от 30 дни, като в същото се отразяват не повече от две процедури.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) За АПр № 26 направлението по чл. 328, ал. 4 се издава еднократно за извършване на дейност в срок от 30 дни, като в същото се отразяват не повече от три процедури. За дейност с кодове 31500-00 или 31500-01 (биопсия на гърда) направлението по чл. 328, ал. 4 се издава еднократно за всяка една гърда (млечна жлеза) от чифтния орган.

(3) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) За АПр № 27 направлението по чл. 328, ал. 1 се издава еднократно за месеца, като в същото се отразяват не повече от три процедури.

(4) За АПр № 29 направлението по чл. 328, ал. 4 се издава еднократно за дейност в срок от 30 дни, като в същото се отразяват не по-малко от десет процедури.

(5) За АПр № 32 и 45 направлението по чл. 328, ал. 1 се издава не повече от два пъти за една календарна година.

(6) За АПр № 44 направлението по чл. 328, ал. 4 за дейност с кодове 31500-00 или 31500-01 (биопсия на гърда) се издава един път за една календарна година за всяка една гърда (млечна жлеза) от чифтния орган.

Чл. 337. (1) С направлението по чл. 328, ал. 4 за изпълнение на АПр № 36 и № 37 пациентите се насочват към ЛКК, сформирана на основание чл. 77 ЗЛЗ в структурите по нуклеарна медицина в лечебното заведение - изпълнител на същите.

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

Чл. 338. Амбулаторна процедура № 38 приключва с "Решение на специализирана комисия по специалност" (бл. МЗ-НЗОК № 13) по специалности за пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 от ЗЗО, в което е отразено първоначално кандидатстване или кандидатстване за продължаване на лечението или смяна на терапията, което се представя в случаите по чл. 63, ал. 1.

Чл. 339. Амбулаторна процедура № 39 се предоставя на ЗОЛ до четири пъти за една календарна година при извършени до четири клинични прегледа.

Чл. 340. Амбулаторни процедури № 40 и № 41 се предоставят на ЗОЛ до три пъти за една календарна година при извършени до три клинични прегледа.

Чл. 341. Амбулаторна процедура № 42 се предоставя на ЗОЛ до четири пъти за една календарна година при извършени до четири клинични прегледа, но не по-малко от два през период от пет до седем месеца.

Чл. 342. (1) Амбулаторни процедури по приложение № 18, за които в Наредба № 9 от 2019 г. не е предвидена възможност за повтаряне на процедурата в съответствие с утвърдена схема, се извършват не повече от веднъж месечно, в зависимост от диагностично-лечебния алгоритъм на същите.

(2) Изпълнители на БМП, които извършват диагностика и лечение на пациенти със заболявания, влизащи в обхвата на АПр, имат право да издават документите по чл. 328.

Чл. 343. Амбулаторните процедури се извършват в съответствие с алгоритмите по приложение № 18 и се отразяват в посочените в тези алгоритми документи.

Чл. 344. (1) Лечебните заведения за болнична помощ, КОЦ и ЦКВЗ, изпълнители на АПр по приложение № 18, сключват договор и за изпълнение на КП "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" от приложение № 17.

(2) Лечебните заведения за СИМП с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа, изпълнители на АПр по приложение № 18, при необходимост от наблюдение на пациента до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура съгласно диагностично-лечебния алгоритъм на АПр задължително превеждат пациента в лечебно заведение за болнична помощ, КОЦ или ЦКВЗ, сключило договор за изпълнение на КП "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" от приложение № 17.

Условия и ред за извършване на клинични процедури

Чл. 345. (1) Клинична процедура е система от определени с този НРД изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти в специализирани структури на лечебни заведения за болнична помощ при изпълнението по отношение на пациента на определени по вид и обхват дейности самостоятелно и/или преди, по време на или след болнично лечение по КП. Клиничната процедура е с продължителност до 24 часа.

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

Чл. 346. (1) Клинична процедура № 1 "Диализно лечение при остри състояния" се извършва в полза на ЗОЛ, на които е издадено "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) от лекар от лечебно заведение - изпълнител на същата.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за месеца на ЗОЛ с остри състояния, налагащи провеждане на диализно лечение.

(3) Нова процедура се провежда при наличие на показания за провеждане на диализно лечение.

Чл. 347. (1) Клинична процедура № 2 "Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане" се извършва в полза на ЗОЛ, на които е издадено "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) от лекар от лечебно заведение - изпълнител на същата.

(2) Направлението по ал. 1 се издава еднократно за месеца при показания за продължаване на интензивното лечение след приключване на лечението по КП от приложение № 17.

(3) Започната процедура не може да бъде прекратена преди изтичане на продължителността ѝ. Нова процедура се провежда при наличие на показания за продължаване на интензивното лечение.

(4) Прекратяване на процедурата по ал. 1 (дехоспитализация или превеждане в профилно отделение) се предприема само ако пациентът излезе от моделите на прием (в т.ч. обективни данни за отпадане на необходимостта от механична вентилация или от асистирано дишане с назален CPAP) и при него не се появят нови приемни критерии в продължение на 24 последователни часа. Посочените 24 часа, в които пациентът се наблюдава, се считат за една процедура.

Чл. 348. (1) Клинични процедури № 3 "Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене" и № 4 "Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене" се извършват в полза на пациенти, на които е издадено "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А) от лекар от лечебно заведение - изпълнител на процедурите.

(2) Нови процедури се провеждат при наличие на показания за продължаване на интензивното лечение.

Чл. 349. (1) Клинична процедура № 5 "Лечение на новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели сърдечна оперативна интервенция до навършване на 1-годишна възраст" се извършва в полза на ЗОЛ, на които е издадено "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А) от лекар от лечебно заведение - изпълнител на процедурата. Нови процедури се провеждат при наличие на показания за продължаване на лечението.

(2) Клинична процедура № 6 "Ендоваскуларно лечение на нетравматични мозъчни кръвоизливи, аневризми и артериовенозни малформации на мозъчните съдове" се извършва в полза на ЗОЛ, на които е издадено "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) от лекар от лечебно заведение - изпълнител на същата.

(3) Клинична процедура № 7 "Ендоваскуларно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им" се извършва в полза на ЗОЛ, на които е издадено "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) от лекар от лечебно заведение - изпълнител на същата.

Чл. 350. Процедурите по чл. 346, ал. 1, чл. 347, ал. 1, чл. 348, ал. 1 и чл. 349 се извършват в съответствие с алгоритмите по приложение № 19 и се отразяват в посочените в тези алгоритми документи.

Условия и ред за извършване на клинична пътека "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура"

Чл. 351. В случай че към момента на приключване на дейностите по АПр по приложение

№ 18, с изключение на АПр № 5, 30, 31 и 38, се установи от медицински специалист необходимост от наблюдение на пациента в стационарни условия с цел предотвратяване на медицински риск от усложнения в резултат на проведената АПр, той може да бъде хоспитализиран по КП с наименование КП "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" и съдържание съгласно приложение № 17, но за период не по-дълъг от 48 часа.

Чл. 352. (1) В случаите по чл. 351 изпълнителят на АПр превежда пациента от АПр по КП към същото или друго лечебно заведение, изпълняващо КП "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" по приложение № 17, като попълва "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7).

(2) Изпращащият изпълнител на АПр задължително предоставя на приемащия изпълнител на КП "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" писмена информация, отразена в амбулаторен лист за клиничното състояние на пациента и оказаните му диагностично-лечебни процедури, както и мотивите за превеждане в приемащото лечебно заведение, изпълняващо КП "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" по приложение № 17.

Чл. 353. Клинична пътека "Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура" по приложение № 17 се извършва в съответствие с алгоритъма на същото и се отразява в съответните документи.

Условия и ред за извършване на амбулаторна процедура "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП..."

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

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

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

Чл. 355. (1) Комплексно лечение на заболяванията по приложение № 12 "Заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение)" към чл. 1 и 4 от Наредба № 9 от 2019 г. се осигурява за:

1. злокачествени заболявания:

а) злокачествени заболявания при лица до 18 години;

б) злокачествени солидни тумори при лица над 18 години;

в) злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години;

2. кожно-венерически болести;

3. тежкопротичащи възпалителни ставни заболявания;

4. редки болести - муковисцидоза.

(2) За заболяванията, посочени в ал. 1, отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на КП и АПр, изчерпателно посочени в приложение № 12 от Наредба № 9 от 2019 г.

Чл. 356. Националната здравноосигурителна каса сключва договори за оказване на медицинска помощ за заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) само с лечебни заведения или техни обединения, които са осигурили комплексното лечение на тези заболявания.

Чл. 357. (1) Националната здравноосигурителна каса сключва договор за изпълнение на АПр № 5 по чл. 355, ал. 1, т. 1, букви "а" и "б" само с лечебни заведения, които са създали клинична онкологична комисия (обща или по локализации) в съответствие с медицински стандарт "Медицинска онкология"/"Детска клинична хематология и онкология" и притежават собствени структури по медицинска онкология/детска клинична хематология и онкология от минимум 2-ро ниво на компетентност и структура по лъчелечение или нуклеарна медицина от минимум 2-ро ниво на компетентност и хирургия. Когато АПр № 5 се изпълнява от клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология за лица под 18 г., тя включва в своя състав лекари с призната специалност ДКХО и други специалисти, имащи отношение към диагностично-лечебния процес при деца със злокачествени заболявания; клиничната комисия може да включва при необходимост в редовния си състав на функционален принцип и специалисти от други лечебни заведения.

(2) Всички лечебни заведения, които изпълняват по договор с НЗОК дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкологични заболявания само след заключение от клинична онкологична комисия по АПр № 5, с изключение на случаите, когато лечението се провежда в условията на спешност.

(3) В случаите, когато лечебното заведение по ал. 2 няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр № 5, дейностите на клиничната онкологична комисия се осигуряват по договор с лечебно заведение по ал. 1.

(4) Договор за отделни дейности по чл. 355, ал. 1, т. 1, букви "а" и "б" могат да сключат лечебни заведения, които представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по чл. 355, ал. 1, т. 1, букви "а" и "б".

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

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

Чл. 358. (1) (Изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.06.2025 г.) Националната здравноосигурителна каса заплаща извън цената на КП и/или АПр лекарствени продукти, предназначени за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, и лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с коагулопатии, които на основание чл. 45, ал. 20 ЗЗО са включени в пакета, определен с Наредба № 9 от 2019 г., както следва:

1. противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания (в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства) по КП № 240, 242, 243, 245, 246, 248, 249, 250, 251 и 252, необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други

лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение;

2. еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия за хематологични заболявания, прилагани в КП № 244 за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване или лечение;

3. противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания по АПр № 6 на необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение;

4. опиоидни аналгетици, предписвани за лечение на пациентите със злокачествени заболявания при диспансерното им наблюдение по АПр № 7;

5. (изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.06.2025 г.) лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с коагулопатии.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща извън цената на КП и/или АПр лекарствените продукти по ал. 1 при наличие на извършени изследвания на предиктивни и прогностични биомаркери (изискуеми при определени лекарствени продукти) в лечебно заведение с лабораторна структура, сключило договор с НЗОК, за осъществяване на дейности по медицински специалности по обща и клинична патология и медицинска генетика на територията на Република България.

(3) (Изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.06.2025 г.) Лекарствените продукти по ал.1 , т. 1 - 4 са включени в Списък на противотуморните лекарствени продукти за лечение на АПр № 6 "Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания" и № 7 "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при хематологични заболявания" и КП № 240, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 249, 250.1, 250.2, 251.1, 251.2 и 252, необходимите еритро- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори и бифосфонати. Лекарствените продукти по ал. 1, т. 5 са включени в Списък на лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции на пациенти с коагулопатии в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги.

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

(5) Изпълнителят на БМП подава в ежедневния файл по чл. 405 към НЗОК верификационните данни (индивидуален идентификационен белег съгласно Регламент (ЕС) 2016/161) на лекарствените продукти от списъците по ал. 3. Националната здравноосигурителна каса заплаща лекарствени продукти само на дезактивирани индивидуални идентификационни белези от болничната аптека на съответното лечебно заведение.

Чл. 359. (1) Лекарствените продукти по чл. 358, ал. 1 се предписват от изпълнителите на съответната КП и АПр при условията и по реда на глава трета, раздел V от Наредба № 4 от 2009 г. съгласно терапевтичните показания, отразени в приложение № 2 на ПЛС, кратките характеристики на продуктите (КХП), а когато е приложимо, и в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства (ФТР), и се отпускат при условията и по реда на глава четвърта, раздел V от Наредба № 4 от 2009 г.

(2) Лекарствените продукти за перорална прицелна противотуморна терапия и перорална химиотерапия за домашно лечение по чл. 358, ал. 1 се предписват в лечебните заведения за БМП и КОЦ на рецептурна бланка (образец МЗ-НЗОК № 6 по приложение № 8г от Наредба № 4 от 2009 г.). Рецептурната бланка се издава в два екземпляра, първият от които се предава чрез пациента на

аптеката на лечебното заведение със стационар, а вторият се съхранява от лекуващия лекар/лекар по дентална медицина. Болничната аптека отпуска на пациента лекарствените продукти срещу подпис и собственоръчно положено име на получилия лекарствата.

Чл. 360. (1) Лечебното заведение, което оказва медицинска помощ по КП и АПр от областта на онкологията и хематологията, следва да разполага на територията си с аптека, която трябва да има разрешение - "Аптека за задоволяване нуждите на лечебно заведение по чл. 222, ал. 4 ЗЛПХМ за лекарствени продукти, включително и приготвяни по магистрална и фармакопейна рецептура, на лекарствени форми за очи и разтвори за парентерално приложение и хранене", за лекарствените продукти, които НЗОК заплаща извън цената на КП и/или АПр.

(2) Лекарствените продукти по чл. 358, ал. 1, т. 1 и 2 за системно лечение на злокачествени заболявания се приготвят в аптеката на съответното лечебно заведение във вид за директно приложение на пациента съгласно чл. 37а, ал. 1 и 2 от Наредба № 28 от 2008 г. и правилата за добра фармацевтична практика в онкологията.

(3) Болничната аптека води журнал за разтваряне на лекарствени продукти за лечение на онкологични/онкохематологични заболявания по образец съгласно приложение № 8д от Наредба № 4 от 2008 г., в който данните се регистрират ежедневно.

(4) В случай че след приготвяне на индивидуалните дози на ЗОЛ от количеството за деня се формира остатък от даден лекарствен продукт, който не може да бъде приложен в срока му на годност, посочен в КХП на лекарствения продукт (и са използвани всички възможности за съхранението му чрез системи за съхранение или други технически средства), остатъкът се отразява в опис на неизползваемите остатъци от лекарствени продукти за лечението на онкологични/онкохематологични заболявания по образец съгласно приложение № 8е от Наредба № 4 от 2008 г. Лекарствените продукти, предназначени за лечение на онкологични/онкохематологични заболявания, които формират остатък, са тези, чиято първична опаковка съдържа доза от активното вещество, която не осигурява предписаната индивидуална терапевтична доза по протокол, съобразно дозировката по утвърдената КХП.

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща неизползваеми остатъчни количества от лекарствени продукти, формирани в случаите по ал. 4, които са отразени в приложение № 8е от Наредба № 4 от 2008 г., в размер до 5 % от приложеното на всички здравноосигурени лица от изпълнителя общо количество активно вещество за дадените лекарствени продукти по АТС код за съответния месец.

(6) Заплащането по ал. 5 се извършва при задължително подаване на верификационните данни (индивидуален идентификационен белег съгласно Регламент (ЕС) 2016/161) на приложените лекарствени продукти и формирани, използвани или неизползваеми остатъци от същите, за всеки пациент и само за дезактивирани индивидуални идентификационни белези от болничната аптека на съответното лечебно заведение.

(7) Формираните неизползваеми остатъци от лекарствени продукти подлежат на унищожаване по установения ред.

Чл. 361. (1) Лекарствените продукти по чл. 358, ал. 1 се предписват от комисиите по чл. 30г, ал. 3, 4 и 5 от Наредба № 4 от 2009 г. с протоколи по образец съгласно приложения № 8б и № 8в от чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

(2) В протоколите на комисиите по ал. 1 се попълват задължително всички реквизити.

(3) Протоколите на комисиите по ал. 1 се предоставят на НЗОК/РЗОК в електронен формат при започване или промяна на лекарственото лечение.

(4) Районната здравноосигурителна каса задължително преди заплащане на лекарствените продукти извършва проверка за съответствие на предписаното лекарствено лечение във всеки протокол с отразени в колона терапевтични показания спрямо приложение № 2 на ПЛС съгласно

КХП, а когато е приложимо, и в съответствие с утвърдените ФТР.

Чл. 362. (1) Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания, се прилагат по назначените схеми, като пациентите се приемат във времеви график, който гарантира най-малък излишък на формите за инфузия. Този график се утвърждава от завеждащия клиниката/отделението, където се осъществява терапията с инфузионни противотуморни лекарствени продукти.

(2) Националната здравноосигурителна каса задължително преди заплащане на лекарствените продукти по ал. 1 прави проверка за коректността на отчитането в ежедневните файлове, които съдържат информация за индивидуалните дози, приложени на пациентите, и информация за остатъчните количества.

Чл. 363. (Изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.06.2025 г.) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнителите на БМП приложените лекарствени продукти (вкл. биологични) за лечение на злокачествени заболявания извън цената на КП и АПр.

Чл. 364. (1) За всеки от лекарствените продукти, прилагани в БМП, които се заплащат от НЗОК извън стойността на оказваните медицински услуги, НЗОК заплаща съответна стойност, определена съгласно чл. 45, ал. 29 и 29а от ЗЗО.

(2) Националната здравноосигурителна каса не може да заплаща на изпълнителите на БМП и на притежателите на разрешение за търговия на дребно за лекарствените продукти стойност, която е по-висока от максималната стойност, определена за заплащане с публични средства по реда на наредбата по чл. 261а, ал. 5 от ЗЛПХМ.

Чл. 365. (1) (Изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.06.2025 г.) Националната здравноосигурителна каса заплаща извън цената на КП, АПр лекарствени продукти, които на основание чл. 45, ал. 20 ЗЗО са включени в пакета, определен с Наредба № 9 от 2019 г., при животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с коагулопатии.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.06.2025 г.) Лекарствените продукти по ал. 1 се предписват, отпускат и прилагат в условията на болничната помощ при спазване на диагностично-лечебния алгоритъм на АПр № 38 (лекарствени продукти, прилагани при животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с коагулопатии), както и на следните изисквания:

1. пациентът е с установено заболяване и лекарственият продукт е включен в списъка по чл. 262, ал. 6, т. 2 от ЗЛПХМ (приложение № 2 на Позитивния лекарствен списък);

2. необходимостта от приложение на лекарствени продукти по ал. 1 се заявява от приемащото лечебно заведение; лекарствените продукти се осигуряват и отпускат от лечебно заведение - изпълнител на АПр № 38;

3. отпуснатите лекарствени продукти по ал. 1 се прилагат от лечебното заведение, провеждащо лечението на основното заболяване;

4. приложените лекарствени продукти се отчитат и заплащат на лечебното заведение, провело АПр № 38, като при отчитането им в РЗОК се представят и посочените в алгоритъма на амбулаторната процедура документи.

Раздел V.
Критерии за качество и достъпност на болнична медицинска помощ

Чл. 366. (1) Критериите за качество и достъпност са тези, включени в утвърдените медицински стандарти.

(2) Критериите за качество и достъпност подлежат на мониторинг и контрол.

Раздел VI.
Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности в болничната медицинска помощ

Чл. 367. (1) Националната здравноосигурителна каса закупува, респ. заплаща, медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО при условията и по реда на НРД, определена като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба № 9 от 2019 г.

(2) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят обеми и цени на видовете медицинска помощ по ал. 1, определени по реда на настоящия раздел.

(3) Договорените обеми и цени от 1.09.2023 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2023 г. по ЗБНЗОК за 2023 г. съгласно чл. 368, 369 и 370.

(3а) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) Договорените обеми и цени от 1.01.2024 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2024 г. по ЗБНЗОК за 2024 г. съгласно чл. 368а, 369а и 370а.

(3б) (Нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Договорените обеми и цени от 1.01.2025 г. обхващат дейностите по реда на този НРД и подлежат на заплащане през 2025 г. по ЗБНЗОК за 2025 г. съгласно чл. 368б, 369б и 370б.

(4) Цените и обемите в настоящия раздел подлежат на промяна по реда на чл. 371.

Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности по клинични пътеки

Чл. 368. (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.09. - 31.12.2023 г. закупуването на следните обеми за дейностите по КП, включени в приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
001	Стационарни грижи при бременност с повишен риск	8 120	795,71
002	Пренатална инвазивна диагностика на бременността и интензивни грижи при бременност с реализиран риск	1 909	1 242,00
003	Оперативни процедури за задържане на бременност	123	378,00
004	Преждевременно прекъсване на бременността		
004.1	Преждевременно прекъсване на бременността до 13 гест. с. включително	1 746	383,89
004.2	Преждевременно прекъсване на бременността над 13 гест. с.	304	581,37
005	Раждане		
005.1	Нормално раждане	7 010	1 566,00
005.2	Раждане чрез цезарово сечение	8 060	1 080,00
006	Грижи за здраво новородено дете	10 439	648,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
007	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, първа степен на тежест	4 734	1 478,58
008	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, втора степен на тежест	1 280	2 202,79
009	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, първа степен на тежест	912	1 807,50
010	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, втора степен на тежест	915	2 383,84
011	Диагностика и лечение на новородени с тегло под 1499 грама	228	6 548,02
012	Диагностика и лечение на дете с вродени аномалии	988	2 383,84
013	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, първа степен на тежест	565	3 651,20
014	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, втора степен на тежест	288	6 306,62
015	Диагностика и интензивно лечение на новородени с приложение на сърфактант		
015.1	Диагностика и интензивно лечение на новородени с еднократно приложение на сърфактант	99	6 502,76
015.2	Диагностика и интензивно лечение на новородени с многократно приложение на сърфактант	414	11 602,36
016	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис/остър миокарден инфаркт без инвазивно изследване и/или интервенционално лечение	947	702,00
017	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания		
017.1	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания при лица над 18 години	5 777	1 134,00
017.2	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания при лица под 18 години	36	1 458,00
018	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания с механична вентилация		
018.1	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания с механична вентилация за лица над 18 години	8	1 944,00
018.2	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания с механична вентилация при лица под 18 години	15	2 592,00
019	Постоянна електрокардиостимулация		
019.1	Постоянна електрокардиостимулация - с имплантация на антибрадикарден пейсмейкър - еднокамерен или двукамерен	1 459	1 080,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
019.2	Постоянна електрокардиостимулация - с имплантация на ресинхронизираща система за стимулация или автоматичен кардиовертер дефибрилатор	381	1 836,00
020	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания		
020.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания при лица над 18 години	5 993	4 536,00
020.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания при лица под 18 години	1	5 940,00
021	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии		
021.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии при лица над 18 години	545	4 438,10
021.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии при лица под 18 години	6	5 400,00
022	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации		
022.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации за лица над 18 години	3	4 438,10
022.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации при лица под 18 години	2	5 940,00
023	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация		
023.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация при лица над 18 години	1	4 300,56
023.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация при лица под 18 години	9	6 372,00
024	Ендоваскуларно лечение на екстракраниални съдове	1	1 620,00
025	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване	7 948	1 404,00
026	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение	5 680	4 320,00
027	Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с фибринолитик	8	3 304,80
028	Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение	3 141	5 724,00
029	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна	22	1

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	недостатъчност без механична вентилация	244	004,40
030	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация		
030.1	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация при лица над 18 години	352	2 294,17
030.2	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация за лица под 18 години	1	2 642,25
031	Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит		
031.1	Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит за лица над 18 години	118	6 480,00
031.2	Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит за лица под 18 години	1	7 560,00
032	Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда		
032.1	Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда при лица над 18 години	1 225	928,11
032.2	Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда при лица под 18 години	13	1 067,10
033	Диагностика и лечение на ритъмни и проводни нарушения	9 838	702,00
034	Диагностика и лечение на артериална хипертония в детската възраст	75	1 188,00
035	Диагностика и лечение на хипоксемични състояния при вродени сърдечни малформации в детска възраст	8	2 488,09
036	Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм без фибринолитик	1 042	1 150,63
037	Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм с фибринолитик	107	3 949,21
038	Диагностика и лечение на хронична обструктивна белодробна болест - остра екзацербация	3 338	1 080,00
039	Диагностика и лечение на бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18-годишна възраст	12 796	1 404,00
040	Диагностика и лечение на бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп		
040.1	Диагностика и лечение на бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица над 18-годишна възраст	2 327	972,00
040.2	Диагностика и лечение на бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица под 18-годишна възраст	922	1 188,00
041	Диагностика и лечение на алергични и инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система		

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
041.1	Диагностика и лечение на алергични и инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система при лица над 18 години	394	669,60
041.2	Диагностика и лечение на алергични и инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система при лица под 18 години	5 427	885,60
042	Диагностика и лечение на гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система		
042.1	Диагностика и лечение на гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица над 18 години	4 107	1 546,48
042.2	Диагностика и лечение на гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица под 18 години	15	2 455,30
043	Бронхоскопски процедури с неголям обем и сложност в пулмологията	431	525,02
044	Високоспециализирани интервенционални процедури в пулмологията	1 457	1 404,00
045	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система	3 804	1 154,87
046	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система в детска възраст	2	2 105,27
047	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация		
047.1	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация при лица над 18 години	77	2 700,00
047.2	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация при лица под 18 години	4	3 135,91
048	Диагностика и лечение на бронхопневмония в детска възраст	11 173	1 512,00
049	Диагностика и лечение на бронхиолит в детската възраст	5 446	1 226,33
050	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза		
050.1	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза при лица над 18 години	13 900	1 404,00
050.2	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза при лица под 18 години	2	1 674,00
051	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с тромболиза		
051.1	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с тромболиза	348	3 768,84
051.2	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с интервенционално лечение	27	4 034,96
052	Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив		

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
052.1	Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив при лица над 18 години	627	2 268,00
052.2	Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив при лица под 18 години	1	2 673,51
053	Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив		
053.1	Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив при лица над 18 години	69	2 268,00
053.2	Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив при лица под 18 години	1	2 808,94
054	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре)		
054.1	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) при лица над 18 години	48	8 640,00
054.2	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) при лица под 18 години	1	10 260,00
055	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация		
055.1	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация при лица над 18 години	1	11 016,00
055.2	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация при лица под 18 години	1	13 284,00
056	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми		
056.1	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми при лица над 18 години	28 427	864,00
056.2	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми при лица под 18 години	201	1 080,00
057	Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити		
057.1	Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при лица над 18 години	422	3 240,00
057.2	Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при лица под 18 години	36	3 888,00
058	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на		

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	нервната система, засягащи ЦНС с начало в детска възраст		
058.1	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система, засягащи ЦНС с начало в детска възраст при лица над 18 години	0	1 298,00
058.2	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система, засягащи ЦНС с начало в детска възраст при лица под 18 години	113	1 478,57
059	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система при възрастни пациенти, засягащи централна нервна система и моторния неврон (ЛАС)	2 182	1 026,00
060	Диагностика и лечение на невро-мускулни заболявания и болести на предните рога на гръбначния мозък	189	1 026,15
061	Диагностика и лечение на мултипленна склероза	771	1 100,73
062	Диагностика и лечение на епилепсия и епилептични пристъпи		
062.1	Диагностика и лечение на епилепсия и епилептични пристъпи при лица над 18 години	2 381	860,57
062.2	Диагностика и лечение на епилепсия и епилептични пристъпи при лица под 18 години	822	976,99
063	Лечение на епилептичен статус		
063.1	Лечение на епилептичен статус при лица над 18 години	350	1 404,00
063.2	Лечение на епилептичен статус при лица под 18 години	59	1 728,00
064	Диагностика и лечение на миастения гравис и миастенни синдроми		
064.1	Диагностика и лечение на миастения гравис и миастенни синдроми при лица над 18 години	138	895,29
064.2	Диагностика и лечение на миастения гравис и миастенни синдроми при лица под 18 години	10	1 348,93
065	Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация		
065.1	Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация при лица над 18 години	2	10 476,00
065.2	Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация при лица под 18 години	1	12 420,00
066	Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация		
066.1	Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация при лица над 18 години	1	10 800,00
066.2	Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация	1	12

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	при лица под 18 години		960,00
067	Диагностика и лечение на паркинсонова болест	103	594,00
068	Диагностика и лечение на заболявания на горния гастроинтестинален тракт		
068.1	Диагностика и лечение на заболявания на горния гастроинтестинален тракт за лица над 18-годишна възраст	3 672	572,40
068.2	Диагностика и лечение на заболявания на горния гастроинтестинален тракт за лица под 18-годишна възраст	880	658,80
069	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт		
069.1	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт за лица над 18-годишна възраст	4 341	885,60
069.2	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт за лица под 18-годишна възраст	3	1 026,00
070	Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит		
070.1	Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит за лица над 18-годишна възраст	1 578	2 209,82
070.2	Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит за лица под 18-годишна възраст	85	2 744,42
071	Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво		
071.1	Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво за лица над 18-годишна възраст	4 593	561,60
071.2	Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво за лица под 18-годишна възраст	799	699,84
072	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт		
072.1	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт за лица над 18-годишна възраст	6 513	1 080,00
072.2	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт за лица под 18-годишна възраст	9	1 425,99
073	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума		
073.1	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума за лица над 18-годишна възраст	10 953	2 423,16
073.2	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума за лица под 18-годишна възраст	10	2 827,08
074	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система,		

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	панкреаса и перитонеума		
074.1	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума за лица над 18-годишна възраст	16 920	1 350,00
074.2	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума за лица под 18-годишна възраст	103	1 401,84
075	Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза)		
075.1	Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза) за лица над 18-годишна възраст	5 032	1 989,55
075.2	Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза) за лица под 18-годишна възраст	62	2 322,00
076	Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания		
076.1	Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания за лица над 18-годишна възраст	4 907	1 188,00
076.2	Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания за лица под 18-годишна възраст	88	1 612,79
077	Диагностика и лечение на хронични диарии с начало в детската възраст	1	642,60
078	Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет		
078.1	Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години	12 631	1 115,22
078.2	Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет при лица под 18 години	520	1 206,69
079	Диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза		
079.1	Диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза при лица над 18 години	1 136	558,96
079.2	Диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза при лица под 18 години	53	649,25
080	Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека		
080.1	Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица над 18 години	1 379	864,00
080.2	Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица под 18 години	451	1 404,21
081	Лечение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна		
081.1	Лечение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица над 18 години	243	810,00
081.2	Лечение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица под 18 години	48	1 059,32
082	Диагностика на лица с метаболитни нарушения		

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
082.1	Диагностика на лица с метаболитни нарушения при лица над 18 години	2 131	772,20
082.2	Диагностика на лица с метаболитни нарушения при лица под 18 години	231	1 092,96
083	Лечение на лица с метаболитни нарушения		
083.1	Лечение на лица с метаболитни нарушения при лица над 18 години	82	772,20
083.2	Лечение на лица с метаболитни нарушения при лица под 18 години	179	1 092,96
084	Диагностика и лечение на остър и хроничен обострен пиелонефрит	9 507	1 080,00
085	Диагностика и лечение на гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - новооткрити		
085.1	Диагностика и лечение на гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - новооткрити - при лица над 18 години	616	1 695,60
085.2	Диагностика и лечение на гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - новооткрити - при лица под 18 години	31	1 942,70
086	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания		
086.1	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - при лица над 18 години	3 214	1 695,60
086.2	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - при лица под 18 години	202	2 236,14
087	Диагностика и лечение на остра бъбречна недостатъчност		
087.1	Диагностика и лечение на остра бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	1 620	1 660,34
087.2	Диагностика и лечение на остра бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	21	2 130,79
088	Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност		
088.1	Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	1 365	899,08
088.2	Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	72	1 008,37
089	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан		
089.1	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години	1 826	831,49
089.2	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан при лица под 18 години	134	1 083,35
089.3	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години - с усложнения	10	997,81

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
090	Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания		
090.1	Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години	11 718	1 080,00
090.2	Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания при лица под 18 години	324	1 355,40
091	Диагностика и лечение на дегенеративни и обменни ставни заболявания	1 746	838,26
092	Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози	143	1 075,53
093	Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата	2 024	767,84
094	Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис - обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен	441	814,17
095	Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем	234	664,48
096	Лечение на кожни прояви при съединително-тъканни заболявания и васкулити	78	709,62
097	Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин	9	540,00
098	Диагностика и лечение на остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром	4 128	1 209,60
099	Диагностика и лечение на инфекциозни и паразитни заболявания, предавани чрез ухапване от членестоноги	295	1 072,56
100	Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит A и E	214	2 026,70
101	Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит B, C и D	125	2 308,13
102	Диагностика и лечение на паразитози	1	1 248,97
103	Диагностика и лечение на покривни инфекции	20	1 248,97
104	Диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални заболявания - остро протичащи, с усложнения	6 255	1 512,00
105	Диагностика и лечение на вирусни хеморагични трески	2	1 728,00
106	Диагностика и лечение на токсоалергични реакции		
106.1	Диагностика и лечение на токсоалергични реакции при лица над 18 години	1 288	873,47
106.2	Диагностика и лечение на токсоалергични реакции при лица под 18 години	1 652	1 008,90
107	Диагностика и лечение на отравяния и токсични ефекти от лекарства и битови отрови	2 617	1 190,05

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
108	Диагностика и лечение на фалоидно гъбно отравяне	3	4 126,71
109	Диагностика и лечение на токсична епидермална некролиза (болест на Лайел)	7	3 413,72
110	Лечение на доказани първични имунодефицити		
110.1	Лечение на доказани първични имунодефицити при лица над 18 години	18	3 424,00
110.2	Лечение на доказани първични имунодефицити при лица под 18 години	87	4 164,12
111	Диагностика и лечение на остри внезапно възникнали състояния в детската възраст	4 170	648,00
112	Диагностика и лечение на муковисцидоза	27	2 700,00
113	Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип		
113.1	Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип с минимален болничен престой 48 часа	70	335,31
113.2	Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип с минимален болничен престой 4 дни	5 599	678,92
114	Интензивно лечение на коматозни състояния, неиндицирани от травма	650	3 402,00
115	Интензивно лечение при комбинирани и/или съчетани травми	230	4 644,00
116	Оперативно лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години	503	11 448,00
117	Оперативно лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение при лица от 0 до 18 години. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица от 0 до 18 години	41	20 412,00
118	Оперативно лечение на деца до 1 година с критични вродени сърдечни малформации в условията на екстракорпорално кръвообращение	14	30 780,00
119	Оперативни процедури при комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условия на екстракорпорално кръвообращение	1 152	18 360,00
120	Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция		
120.1	Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция	111	19 440,00
120.2	Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция, с	12	22

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	продължителна механична вентилация		356,00
121	Оперативно лечение на заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица над 18 години	155	4 320,00
122	Оперативно лечение на заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица под 18 години	9	5 508,00
123	Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им		
123.1	Оперативно лечение на аневризми на абдоминална аорта	80	5 292,00
123.2	Оперативно лечение на руптурирали аневризми на абдоминална аорта	100	5 292,00
123.3	Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им	3 147	5 292,00
123.4	Диагностика и лечение след провеждане на КПр № 7 Ендоваскуларно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им	40	2 646,00
124	Оперативно лечение на хронична съдова недостатъчност във феморо-поплитеалния и аксило-брахиалния сегмент	1 639	2 916,00
125	Оперативно лечение на клонове на аортната дъга	212	2 808,00
126	Спешни оперативни интервенции без съдова реконструкция при болни със съдови заболявания (тромбектомии, емболектомии, ампутации и симпатектомии)	393	2 160,00
127	Консервативно лечение на съдова недостатъчност	1 600	1 032,31
128	Консервативно лечение с простагландинови/простациклинови деривати при съдова недостатъчност	1	638,79
129	Оперативно лечение при варикозна болест и усложненията ѝ	27	756,00
130	Оперативни процедури върху придатъците на окото с голям обем и сложност	1 459	540,00
131	Други операции на очната ябълка с голям обем и сложност	567	939,81
132	Кератопластика	84	1 296,00
133	Консервативно лечение на глаукома, съдови заболявания на окото и неперфоративни травми	4 590	432,03
134	Консервативно лечение при инфекции и възпалителни заболявания на окото и придатъците му	2 102	403,52
135	Оперативно лечение при заболявания на ретина, стъкловидно тяло и травми, засягащи задния очен сегмент	871	1 349,98
136	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с много голям обем и сложност	1 833	3 942,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
137	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с голям обем и сложност	5 473	2 052,00
138	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото със среден обем и сложност	3 601	924,36
139	Високотехнологична диагностика при ушно-носно-гърлени болести	1 421	767,50
140	Консервативно парентерално лечение при ушно-носно-гърлени болести		
140.1	Консервативно парентерално лечение при ушно-носно-гърлени болести при лица над 18 години	219	269,54
140.2	Консервативно парентерално лечение при ушно-носно-гърлени болести при лица под 18 години	84	307,55
141	Трансуретрално оперативно лечение при онкологични заболявания на пикочния мехур	1 980	1 535,46
142	Радикална цистопростатектомия с ортотопичен пикочен мехур	9	5 646,82
143	Трансуретрална простатектомия	1 097	1 657,95
144	Отворени оперативни процедури при доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза и нейните усложнения	104	1 904,74
145	Ендоскопски процедури при обструкции на горните пикочни пътища	7 055	1 206,82
146	Оперативни процедури при вродени заболявания на пикочо-половата система	353	4 131,90
147	Оперативни процедури върху мъжка полова система	4 664	1 026,00
148	Оперативни процедури на долните пикочни пътища с голям обем и сложност	159	3 684,00
149	Оперативни процедури на долните пикочни пътища със среден обем и сложност	476	1 723,90
150	Оперативни процедури при инконтиненция на урината	32	1 089,05
151	Реконструктивни операции в урологията	395	1 798,92
152	Ендоскопски процедури при обструкции на долните пикочни пътища	5 568	912,20
153	Оперативни процедури при травми на долните пикочни пътища	277	1 652,59
154	Оперативни процедури на бъбрека и уретера с голям и много голям обем и сложност	2 490	4 260,84
155	Оперативни процедури на бъбрека и уретера със среден обем и сложност	671	1 620,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
156	Радикална цистектомия. Радикална цистопростатектомия	67	4 910,26
157	Радикална простатектомия	87	3 781,78
158	Оперативни интервенции при инфекции на меките и костни тъкани	10 575	842,40
159	Артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	2 616	1 708,16
160	Нерадикално отстраняване на матката	2 238	1 620,00
161	Радикално отстраняване на женски полови органи	329	2 324,79
162	Оперативни интервенции чрез коремен достъп за отстраняване на болестни изменения на женските полови органи	2 213	1 350,00
163	Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или инвазивно изследване на женските полови органи	9 208	718,11
164	Корекции на тазова (перинеална) статика и/или на незадържане на урината при жената	463	1 296,00
165	Диагностични процедури и консервативно лечение на токсо-инфекциозен и анемичен синдром от акушеро-гинекологичен произход	3 350	810,00
166	Корекции на проходимост и възстановяване на анатомия при жената	49	1 296,00
167	Системна радикална ексцизия на лимфни възли (тазови и/или парааортални и/или ингвинални) като самостоятелна интервенция или съчетана с радикално отстраняване на женски полови органи. Тазова екзентерация	247	3 780,00
168	Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания		
168.1	Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания в акушерството и гинекологията	153	8 661,60
168.2	Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания в коремната хирургия, гръдната хирургия, детската хирургия и урологията	303	8 661,60
169	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок	174	3 024,00
170	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок, с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването	3	12 704,76
171	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	1 103	4 428,00
172	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	9	7 408,21
173	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и	101	3

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	сложност, при лица над 18 години		269,95
174	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица под 18 години	24	4 187,71
175	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	5 594	4 715,38
176	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	81	6 130,90
177	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица над 18 години	1 459	1 944,00
178	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица под 18 години	25	2 900,51
179	Оперативни процедури върху апендикс	802	1 188,00
180	Хирургични интервенции за затваряне на стома	36	1 107,56
181	Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство	3 742	804,24
182	Оперативни процедури при хернии	4 491	1 134,00
183	Оперативни процедури при хернии с инкарцерация	1 061	1 333,42
184	Конвенционална холецистектомия	131	1 922,11
185	Лапароскопска холецистектомия	1 423	1 490,40
186	Оперативни процедури върху екстрахепаталните жлъчни пътища	412	3 748,53
187	Оперативни процедури върху черен дроб	1 052	5 031,57
188	Оперативни процедури върху черен дроб при ехинококова болест	23	2 530,74
189	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, с голям и много голям обем и сложност	291	6 946,02
190	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, със среден обем и сложност	2	2 599,69
191	Оперативни процедури върху далака		
191.1	Оперативни процедури върху далака при лица над 18 години	53	1 795,32

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
191.2	Оперативни процедури върху далака при лица под 18 години	6	2 431,62
192	Оперативни интервенции при диабетно стъпало, без съдово-реконструктивни операции	2 091	1 928,66
193	Оперативно лечение на онкологично заболяване на гърдата: стадии Tis 1-4 N 0-2 M0-1	1 509	2 379,95
194	Оперативни интервенции върху гърда с локална ексцизия и биопсия	1 329	644,03
195	Оперативно лечение при остър перитонит	1 201	3 685,96
196	Оперативно лечение на интраабдоминални абсцеси	77	2 595,56
197	Консервативно лечение при остри коремни заболявания	7 530	939,60
198	Хирургично лечение при животозастрашаващи инфекции на меките и костни тъкани	4 348	3 240,00
199	Лечение на тумори на кожа и лигавици - злокачествени и доброкачествени новообразувания		
199.1	Лечение на тумори на кожа и лигавици - злокачествени новообразувания	1 866	958,54
199.2	Лечение на тумори на кожа и лигавици - доброкачествени новообразувания	1 929	463,69
200	Реконструктивни операции на гърдата по медицински показания след доброкачествени и злокачествени тумори, вродени заболявания и последици от травми и изгаряния	108	1 620,00
201	Оперативни процедури върху щитовидна и паращитовидни жлези, с голям и много голям обем и сложност	352	2 127,05
202	Оперативни процедури върху щитовидна и паращитовидни жлези, със среден обем и сложност	243	1 389,30
203	Хирургично лечение при надбъбречни заболявания	27	2 585,25
204	Тежка черепно-мозъчна травма - оперативно лечение	188	5 890,24
205	Тежка черепно-мозъчна травма - консервативно поведение	173	2 359,26
206	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)		
206.1	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)	590	4 752,00
206.2	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация)	335	6 201,36
206.3	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невроендоскопия и интраоперативен ултразвук), след клинична процедура	121	2 550,18

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	"Ендоваскуларно лечение на нетравматични мозъчни кръвоизливи, аневризми и артериовенозни малформации на мозъчните съдове"		
207	Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин	358	3 412,80
208	Консервативно поведение при леки и средно тежки черепно-мозъчни травми	4 145	664,66
209	Хирургично лечение при травма на главата	501	1 732,57
210	Периферни и черепно-мозъчни нерви (екстракраниална част) - оперативно лечение	913	1 305,58
211	Гръбначни и гръбначномозъчни оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност		
211.1	Гръбначни и гръбначномозъчни оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност	1 737	3 996,00
211.2	Гръбначни и гръбначномозъчни оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност - с невронавигация и интраоперативен 3D контрол	170	4 428,00
212	Гръбначни и гръбначномозъчни оперативни интервенции с малък и среден обем и сложност	1 988	2 700,00
213	Оперативно лечение на тумори на бял дроб, медиастинум, плевра и гръдна стена	724	3 888,00
214	Разширени (големи) операции с пълно или частично отстраняване на повече от един интраторакален орган, включително медиастинален тумор или гръдна стена. Едноетапни операции при белодробни болести, засягащи двата бели дроба при болести със съчетана белодробна и друга локализация	427	5 022,00
215	Оперативно лечение на болести на бял дроб, медиастинум, плевра и гръдна стена, без онкологични заболявания	985	2 718,74
216	Спешни състояния в гръдната хирургия	892	981,48
217	Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник		
217.1	Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник	5 275	3 240,00
217.2	Оперативни процедури с много голям обем и сложност на таза, тазобедрената и колянната става	484	6 480,00
217.3	Оперативни процедури при множествени счупвания и/или луксации на таза, горни и долни крайници	147	7 128,00
218	Оперативни процедури с алопластика на тазобедрена и колянна става	5 107	1 890,00
219	Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност	5 662	1 404,00
220	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност		

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
220.1	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност	4 936	1 512,00
220.2	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност при повече от един пръст (лъч)	87	1 728,00
221	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с много голям обем и сложност	210	2 160,00
222	Средни оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	3 356	756,00
223	Оперативни процедури при заболявания на гръдния кош	143	1 056,42
224	Септични (бактериални) артрити и остеомиелити при лица под 18 години	13	3 056,40
225	Хирургично лечение в лицево-челюстната област с много голям обем и сложност	161	2 052,00
226	Оперативно лечение в лицево-челюстната област с голям обем и сложност	219	1 180,88
227	Оперативни процедури в лицево-челюстната област със среден обем и сложност	3 282	1 188,00
228	Оперативно лечение на възпалителни процеси в областта на лицето и шията	1 181	918,00
229	Консервативно лечение при заболявания на лицево-челюстната област	859	533,84
230	Оперативно лечение на вродени малформации в лицево-челюстната област	36	1 746,47
231	Лечение на фрактури на лицевите и челюстните кости	231	1 134,00
232	Хирургично лечение на изгаряния с площ от 5 % до 10 % при възрастни и до 3 % при деца	38	873,90
233	Хирургично лечение при необширни изгаряния с площ от 1 % до 19 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции	1 045	4 743,65
234	Хирургично лечение при обширни изгаряния над 20 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции	129	12 960,00
235	Оперативно лечение на поражения, предизвикани от ниски температури (измръзване)	1	846,33
236	Оперативно лечение на последствията от изгаряне и травма на кожата и подкожната тъкан	1 337	2 592,00
237	Оперативно лечение на кожни дефекти от различно естество, налагащи пластично възстановяване	795	1 404,00
238	Реплантация и реконструкции с микросъдова хирургия	72	10 260,00
239	Оперативно лечение на деца до 1 година с вродени аномалии в областта на торакалната и абдоминалната област	92	15 600,96

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
240	Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения	30 126	680,40
241	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания		
241.3	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с КТ на минимум две зони или костномозъчно изследване с МКБ - код 41.31 (30081-00, 30087-00), при лица над 18 години	17 129	648,00
241.4	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с КТ на минимум две зони или костномозъчно изследване с МКБ - код 41.31 (30081-00, 30087-00), при лица под 18 години	8	864,00
241.5	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с МРТ при лица над 18 години	3 068	942,09
241.6	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с МРТ при лица под 18 години	3	1 142,87
242	Диагностика и лечение на левкемии	3 434	1 956,33
243	Диагностика и лечение на лимфоми	4 007	1 519,57
244	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии		
244.1	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии. За лица над 18 години	5 113	978,53
244.2	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии. За лица под 18 години	649	1 122,28
245	Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст	559	2 376,00
246	Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности	908	1 026,00
247	Брахитерапия с ниски активности	18	556,89
248	Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия		
248.1	Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни	1	1 052,77
248.2	Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни	1	1 052,77

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
249	Триизмерна конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници	132	1 566,00
250	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания		
250.1	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни	1 361	2 592,00
250.2	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни	153	4 428,00
251	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания		
251.1	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни	1 222	3 240,00
251.2	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни	2 432	6 696,00
252	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания		
252.1	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания	545	5 400,00
252.2	Роботизирана радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания	88	9 936,00
253	Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания	5 972	162,00
254	Продължително лечение и ранна рехабилитация след острия стадий на исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт с остатъчни проблеми за здравето	6 344	86,40
255	Продължително лечение и ранна рехабилитация след инфаркт на миокарда и след сърдечни интервенции	533	85,02
256	Продължително лечение и ранна рехабилитация след оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност с остатъчни проблеми за здравето	13 285	129,37
257	Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи при персистиращо/хронично/вегетативно състояние	100	144,82
258	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на централна нервна система	1 899	62,85
259	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на периферна нервна система	715	62,85
260	Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа		
260.1	Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа	11 140	108,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
260.2	Робот-асистирана рехабилитация при детска церебрална парализа	2	108,00
261	Физикална терапия и рехабилитация при първични мускулни увреждания и спинална мускулна атрофия	17	614,79
262	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система	2 936	741,85
263	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система		
263.1	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система	22 128	486,37
263.2	Физикална терапия и рехабилитация с комплексна подводно-екстензионна терапия при болести на периферна нервна система с увреждания на гръбначния стълб	2	486,37
264	Физикална терапия и рехабилитация след преживян/стар инфаркт на миокарда и след оперативни интервенции	99	700,87
265	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат		
265.1	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат	46 114	486,37
265.2	Физикална терапия и рехабилитация с комплексна подводно-екстензионна терапия при болести на гръбначния стълб	2	486,37
266	Речева рехабилитация след ларингектомия	14	476,03
267	Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи след лечение от COVID-19	6	540,00
999	Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура	574	217,81

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

(3) За случай по КП, отчетен като АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП..." по приложение № 11 на Наредба № 9 от 2019 г., се заплаща 80 % от цената на съответната КП, с изключение на КП № 240, 241, 242, 243 и 245, за които се заплаща 60 % от цената на съответната КП.

(4) За случай по КП № 16, 17.1, 17.2, 19.1, 20.1, 20.2, 25, 27 и 33, отчетен като АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП..." по приложение № 11 на Наредба № 9 от 2019 г., се заплаща цената на съответната КП № 16, 17.1, 17.2, 19.1, 20.1, 20.2, 25, 27 и 33.

(5) В случаите, когато пациентът е приет по КП № 50 (КП № 50.1 и 50.2) и са извършени всички основни диагностични и терапевтични процедури, а след това се насочва към друго лечебно заведение за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация, на първото лечебно заведение се заплаща 62 % от цената на съответната КП № 50.1 или КП № 50.2, а на другото лечебно заведение, в което се извършва тромболиза, се заплаща цената за КП № 51.1. В случаите, когато се извърши и тромбекстракция/тромбаспирация, се заплаща цена по КП № 51 (равна на сумата от цената на КП № 51.1 и 65 % от цената на КП № 51.2). При насочване на пациенти, на които е извършена тромболиза в друго лечебно заведение за извършване на тромбектомия/тромбаспирация, на първото лечебно заведение се заплаща 87 % от цената по КП № 51.1, а на извършващото КП № 51.2 лечебно

заведение се заплаща цената на КП № 51.2.

(6) При изпълнение на всички дейности в едно и също лечебно заведение по КП № 51 (КП № 51.1 и 51.2) цената на КП № 51 е равна на сумата от цената на КП № 51.1 и 65 % от цената на КП № 51.2. При изпълнение на дейностите само по КП № 51.1 се заплаща цената на КП № 51.1. При изпълнение на дейността само по КП № 51.2 се заплаща цената на КП № 51.2. Клинична пътека № 51.2 може да се изпълнява след осъществяване на тромболиза или без предходна тромболиза (КП № 51.1). Лечебни заведения, които не могат да осъществят тромболиза и/или тромбектомия (нямат договор за КП № 51.1 и КП № 51.2), са задължени да извършат образно изследване (КТ или МРТ) до първия час на болничния прием, като насочват и осигуряват хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация, към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51. Задължително се спазва и златният стандарт от 4,5 до 6 часа за осъществяване на тромболиза и тромбектомия/тромбаспирация.

(7) Случаите, отчетени по КП № 17.1, 17.2, 18.1, 18.2 и 25 с липса на патологична находка над 30 % от месечния брой за всяка КП за дадено лечебно заведение за предходния отчетен период, се заплащат 70 % от цената на съответната КП.

(8) При надвишаване обема над 25 % на КП № 206.2 от сбора на случаите от КП № 206.1, КП № 206.2 и КП № 206.3 за предходния отчетен период за дадено лечебно заведение случаите над 25 % от КП № 206.2 се заплащат на цената на КП № 206.1.

(9) В случай на настъпил екзитус леталис преди 16-ия ден или 384-тия час от хоспитализацията на пациент по КП № 120.2, при условие че са изпълнени основни диагностични и терапевтични процедури по същата, случаят се заплаща по цената на КП № 120.1.

(10) В случай че по КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1, КП № 244.2 или КП № 245 е отчетен само терапевтичен код - 13750-00 (плазмафереза), се заплаща цена 1420 лв. В случай че КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1, КП № 244.2 или КП № 245 е отчетена освен с терапевтичен код 13750-00 за плазмафереза и с други изискуеми от ДЛА диагностични и терапевтични процедури, необходими за завършена съответната КП, се заплаща цената на съответната КП по ал. 1, увеличена с 1420 лв.

(11) В случай че по КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1 или КП № 244.2 е отчетен само терапевтичен код - 13750-04/13750-01/13750-02/13750-03 (клетъчна афереза), се заплаща цена 1020 лв. В случай че КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1 или КП № 244.2 е отчетена освен с код за клетъчна афереза и с други изискуеми от ДЛА диагностични и терапевтични процедури, се заплаща цената на съответната КП по ал. 1, увеличена с 1020 лв.

(12) В случай че по КП № 245 е отчетен само терапевтичен код - 13750-01/13750-02/13750-03/13750-04 (клетъчна афереза), се заплаща цена 1020 лв. В случай че КП № 245 е отчетена освен с код за клетъчна афереза и с други изискуеми от ДЛА диагностични и терапевтични процедури, се заплаща цената на КП № 245 по ал. 1, увеличена с 1020 лв.

(13) В случай че по КП № 241.4, КП № 241.6 или КП № 244.2 е отчетен пациент на възраст 18 - 25 години ("млади възрастни"), се заплаща на цената съответно на КП № 241.3, КП № 241.5 или КП № 244.1 (за лица над 18 години).

(14) В случай че по КП № 245 е отчетен пациент на възраст 18 - 25 години ("млади възрастни"), се заплаща 40 % от цената на КП № 245. По този ред се определя и цената по ал. 1 на КП № 245 при прилагане на ал. 3, 10 и 12.

(15) При надвишаване обема над 25 % на КП № 211.2 от сбора на случаите от КП № 211.1 и КП № 211.2 за предходния отчетен период за дадено лечебно заведение случаите над 25 % от КП № 211.2 се заплащат на цената на КП № 211.1.

(16) Потвърждаването на цената, която следва да бъде заплатена за всяка КП по ал. 10 - 15, се извършва с контрол преди заплащане.

(17) Медицинските изделия и консумативи, необходими за изпълнение на ДЛА на КП по

ал. 10 - 15, са включени в цената на същите.

(18) Цената на КП по ал. 1 включва и основните диагностични процедури с код 92191-00 и 92191-01 "Изследване за различни инфекциозни причинители".

(19) Националната здравноосигурителна каса не заплаща за използваните консумативи в случаите на приложим метод на лапароскопска или роботасистирана хирургия, с изключение на случаите по КП № 168.1 и КП № 168.2.

(20) Националната здравноосигурителна каса заплаща на лечебното заведение, изпълнител на болнична медицинска помощ, за КП № 120.1 и № 120.2 съгласно ДЛА за не повече от 5 %, съответно 2,5 % от броя на случаите по КП № 116, 117, 118, 119, 121 и 122.

(21) Националната здравноосигурителна каса заплаща на лечебно заведение, изпълнител на болнична медицинска помощ, за КП № 89.3 не повече от 15 % от общия брой преминали ЗОЛ по КП № 89.1 в същото лечебно заведение.

(22) В случай че по КП № 84 е отчетен пациент на възраст под 18 години, се заплащат 114 % от цената на КП № 84.

(23) В случай че КП № 135 е завършена само с код 42809-00, същата може да бъде отчетена едновременно с КП № 8, 10, 11, 14, 15.1 и 15.2 и се заплащат 25 % от цената на КП № 135.

(24) Когато от сбора на новородените, отчетени по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, отнасящи се за деца с тегло под 2500 g, са отчетени повече от 20 % от общия брой деца, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от второ ниво на компетентност, случаите по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, надвишаващи посочения процент, се заплащат 65 % от цената на съответната КП.

(25) Когато от сбора на новородените по КП № 7 и 8, отнасящи се за деца с тегло над 2500 g, са отчетени повече от 40 % от общия брой деца с тегло над 2500 g, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от второ ниво на компетентност, случаите по КП № 7 и 8, надвишаващи посочения процент, се заплащат 65 % от цената на съответната КП.

(26) Когато от сбора на новородените по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, отнасящи се за деца с тегло под 2500 g, са отчетени повече от 50 % от общия брой новородени, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от трето ниво на компетентност, случаите по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, надвишаващи посочения процент, се заплащат 65 % от цената на съответната КП.

(27) Когато от сбора на новородените по КП № 7 и 8, отнасящи се за деца с тегло над 2500 g, са отчетени повече от 50 % от общия брой деца с тегло над 2500 g, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от трето ниво на компетентност, случаите по КП № 7 и 8, надвишаващи посочения процент, се заплащат 65 % от цената на съответната КП.

(28) Алинеи 24, 25, 26 и 27 не се прилагат за лечебни заведения за болнична помощ, в които има разкрита само клиника/отделение по неонатология, но не притежават клиника/отделение по акушерство и гинекология.

(29) Когато случаите по КП № 69.1, отчетени с кодове 32087-00 и 32093-00 (полипектомии), са над 20 % от всички случаи по същата КП, случаите над 20 % се заплащат на цената на КП № 68.1. Когато случаите по КП № 69.2, отчетени с кодове 32087-00 и 32093-00 (полипектомии), са над 25 % от всички случаи по същата КП, случаите над 25 % се заплащат на цената на КП № 68.2.

(30) За случаите по КП № 195, отчетени с диагноза с код К65.0 и К65.9 (перитонит), над 25 % от общия брой случаи, отчетени като случаи, подлежащи на оперативни процедури от обхвата на коремната хирургия - остър холецистит (К81.0), остър апендицит (К35.0 и К35.1), остър панкреатит (К85) и при заклещена херния (К40-, К41-, К42-, К43- и К44-), се заплаща 60 % от цената

на КП № 195.

(31) Лечебни заведения, които притежават I и II ниво на компетентност, изпълняват по спешност оперативни процедури от коремна хирургия, за които е необходимо по-високо ниво в не повече от 25 % от всички случаи с оперативни хирургични процедури от коремната хирургия в същото лечебно заведение.

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

Чл. 368а. (Нов - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода 1.01 - 31.12.2024 г. закупуването на следните обеми за дейностите по КП, посочени по приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
001	Стационарни грижи при бременност с повишен риск	24 165	795,71	836,00
002	Пренатална инвазивна диагностика на бременността и интензивни грижи при бременност с реализиран риск	5 137	1 242,00	1 310,00
003	Оперативни процедури за задържане на бременност	381	378,00	410,00
004	Преждевременно прекъсване на бременността			
004.1	Преждевременно прекъсване на бременността до 13 гест. с. включително	5 194	383,89	403,00
004.2	Преждевременно прекъсване на бременността над 13 гест. с.	961	581,37	611,00
005	Раждане			
005.1	Нормално раждане	18 926	1 566,00	1 847,88
005.2	Раждане чрез цезарово сечение	22 951	1 080,00	1 296,00
006	Грижи за здраво новородено дете	27 949	648,00	842,40
007	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, първа степен на тежест	13 467	1 478,58	1 553,00
008	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, втора степен на тежест	3 849	2 202,79	2 313,00
009	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, първа степен на тежест	2 669	1 807,50	1 900,00
010	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, втора степен на тежест	2 650	2 383,84	2 510,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
011	Диагностика и лечение на новородени с тегло под 1499 грама	627	6 548,02	7 202,82
012	Диагностика и лечение на дете с вродени аномалии	2 965	2 383,84	2 622,22
013	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, първа степен на тежест	1 719	3 651,20	3 834,00
014	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, втора степен на тежест	843	6 306,62	6 700,00
015	Диагностика и интензивно лечение на новородени с приложение на сърфактант			
015.1	Диагностика и интензивно лечение на новородени с еднократно приложение на сърфактант	272	6 502,76	8 453,59
015.2	Диагностика и интензивно лечение на новородени с многократно приложение на сърфактант	1 309	11 602,36	15 083,07
016	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис/остър миокарден инфаркт без инвазивно изследване и/или интервенционално лечение	2 959	702,00	780,00
017	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания			
017.1	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания при лица над 18 години	16 854	1 134,00	1 247,40
017.2	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания при лица под 18 години	92	1 458,00	1 676,70
018	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания с механична вентилация			
018.1	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания с механична вентилация за лица над 18 години	18	1 944,00	2 235,60
018.2	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболяванияс механична вентилация при лица под 18 години	62	2 592,00	2 980,80
019	Постоянна електрокардиостимулация			
019.1	Постоянна електрокардиостимулация - с имплантация на антибрадикарден пейсмейкър - еднокамерен или двукамерен	4 342	1 080,00	1 188,00
019.2	Постоянна електрокардиостимулация - с имплантация на ресинхронизираща система за стимулация или автоматичен кардиовертер дефибрилатор	1 137	1 836,00	2 019,60
020	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания			
020.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични	19	4 536,00	4 626,72

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
	катетеризации при сърдечно-съдови заболявания при лица над 18 години	170		
020.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания при лица под 18 години	2	5 940,00	7 128,00
021	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии			
021.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии при лица над 18 години	1 908	4 438,10	4 526,86
021.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии при лица под 18 години	17	5 400,00	5 508,00
022	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации			
022.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации за лица над 18 години	2	4 438,10	5 325,72
022.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации при лица под 18 години	1	5 940,00	7 128,00
023	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация			
023.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация при лица над 18 години	2	4 300,56	5 160,67
023.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация при лица под 18 години	39	6 372,00	7 646,40
024	Ендоваскуларно лечение на екстракраниални съдове	2	1 620,00	2 025,00
025	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване	25 179	1 404,00	1 474,20
026	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение	16 421	4 320,00	4 536,00
027	Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с фибринолитик	28	3 304,80	3 470,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
028	Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение	8 824	5 724,00	6 010,00
029	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация	66 926	1 004,40	1 034,53
030	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация			
030.1	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация при лица над 18 години	1 037	2 294,17	2 753,00
030.2	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация за лица под 18 години	2	2 642,25	3 170,70
031	Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит			
031.1	Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит за лица над 18 години	306	6 480,00	8 100,00
031.2	Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит за лица под 18 години	1	7 560,00	9 450,00
032	Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда			
032.1	Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда при лица над 18 години	3 822	928,11	980,00
032.2	Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда при лица под 18 години	55	1 067,10	1 173,81
033	Диагностика и лечение на ритъмни и проводни нарушения	30 069	702,00	723,06
034	Диагностика и лечение на артериална хипертония в детската възраст	181	1 188,00	1 306,80
035	Диагностика и лечение на хипоксемични състояния при вродени сърдечни малформации в детска възраст	27	2 488,09	2 736,90
036	Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм без фибринолитик	3 124	1 150,63	1 323,22
037	Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм с фибринолитик	267	3 949,21	5 133,97
038	Диагностика и лечение на хронична обструктивна белодробна	10	1 080,00	1 188,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
	болест - остра екзацербация	147		
039	Диагностика и лечение на бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18-годишна възраст	38 495	1 404,00	1 516,32
040	Диагностика и лечение на бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп			
040.1	Диагностика и лечение на бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица над 18-годишна възраст	7 325	972,00	1 049,76
040.2	Диагностика и лечение на бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица под 18-годишна възраст	2 194	1 188,00	1 306,80
041	Диагностика и лечение на алергични и инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система			
041.1	Диагностика и лечение на алергични и инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система при лица над 18 години	1 339	669,60	736,56
041.2	Диагностика и лечение на алергични и инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система при лица под 18 години	15 780	885,60	974,16
042	Диагностика и лечение на гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система			
042.1	Диагностика и лечение на гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица над 18 години	12 880	1 546,48	1 701,13
042.2	Диагностика и лечение на гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица под 18 години	61	2 455,30	3 191,89
043	Бронхоскопски процедури с неголям обем и сложност в пулмологията	1 165	525,02	682,53
044	Високоспециализирани интервенционални процедури в пулмологията	3 976	1 404,00	1 516,32
045	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система	12 046	1 154,87	1 270,36
046	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система в детска възраст	19	2 105,27	2 736,85
047	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация			
047.1	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с	261	2 700,00	3 510,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
	механична вентилация при лица над 18 години			
047.2	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация при лица под 18 години	9	3 135,91	4 076,68
048	Диагностика и лечение на бронхопневмония в детска възраст	33 999	1 512,00	1 663,20
049	Диагностика и лечение на бронхиолит в детската възраст	16 937	1 226,33	1 348,96
050	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза			
050.1	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза при лица над 18 години	41 997	1 404,00	1 404,00
050.2	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза при лица под 18 години	10	1 674,00	1 841,40
ВР050.1	Допълнително заплащане за КП 050.1 по реда на НРД	18 199	-	280,80
ВР050.2	Допълнително заплащане за КП 050.1 по реда на НРД	1	-	368,28
051	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с тромболиза			
051.1	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с тромболиза	1 265	3 768,84	4 711,05
051.2	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с интервенционално лечение	71	4 034,96	5 043,70
052	Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив			
052.1	Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив при лица над 18 години	1 974	2 268,00	2 721,60
052.2	Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив при лица под 18 години	1	2 673,51	3 341,89
053	Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив			
053.1	Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив при лица над 18 години	191	2 268,00	2 835,00
053.2	Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив при лица под 18 години	1	2 808,94	3 511,18
054	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре)			

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
054.1	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) при лица над 18 години	165	8 640,00	12 960,00
054.2	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) при лица под 18 години	9	10 260,00	13 338,00
055	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация			
055.1	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация при лица над 18 години	2	11 016,00	16 524,00
055.2	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация при лица под 18 години	1	13 284,00	16 605,00
056	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми			
056.1	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми при лица над 18 години	78 412	864,00	907,20
056.2	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми при лица под 18 години	567	1 080,00	1 188,00
057	Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити			
057.1	Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при лица над 18 години	1 439	3 240,00	3 888,00
057.2	Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при лица под 18 години	134	3 888,00	4 860,00
058	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система, засягащи ЦНС с начало в детска възраст			

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
058.1	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система, засягащи ЦНС с начало в детска възраст при лица над 18 години	13	1 298,00	1 622,50
058.2	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система, засягащи ЦНС с начало в детска възраст при лица под 18 години	293	1 478,57	1 774,28
059	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система при възрастни пациенти, засягащи централна нервна система и моторния неврон (ЛАС)	6 515	1 026,00	1 120,00
060	Диагностика и лечение на невро-мускулни заболявания и болести на предните рога на гръбначния мозък	480	1 026,15	1 128,77
061	Диагностика и лечение на мултипленна склероза	2 200	1 100,73	1 210,80
062	Диагностика и лечение на епилепсия и епилептични пристъпи			
062.1	Диагностика и лечение на епилепсия и епилептични пристъпи при лица над 18 години	6 965	860,57	945,00
062.2	Диагностика и лечение на епилепсия и епилептични пристъпи при лица под 18 години	2 435	976,99	1 075,00
063	Лечение на епилептичен статус			
063.1	Лечение на епилептичен статус при лица над 18 години	935	1 404,00	1 614,60
063.2	Лечение на епилептичен статус при лица под 18 години	155	1 728,00	1 987,20
064	Диагностика и лечение на миастения гравис и миастенни синдроми			
064.1	Диагностика и лечение на миастения гравис и миастенни синдроми при лица над 18 години	353	895,29	1 253,41
064.2	Диагностика и лечение на миастения гравис и миастенни синдроми при лица под 18 години	17	1 348,93	1 888,50
065	Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация			
065.1	Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация при лица над 18 години	7	10 476,00	13 095,00
065.2	Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация при лица под 18 години	1	12 420,00	15 525,00
066	Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация			
066.1	Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и	3	10 800,00	13 500,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
	апаратна вентилация при лица над 18 години			
066.2	Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация при лица под 18 години	1	12 960,00	16 200,00
067	Диагностика и лечение на паркинсонова болест	294	594,00	1 000,00
068	Диагностика и лечение на заболявания на горния гастроинтестинален тракт			
068.1	Диагностика и лечение на заболявания на горния гастроинтестинален тракт за лица над 18-годишна възраст	9 921	572,40	629,64
068.2	Диагностика и лечение на заболявания на горния гастроинтестинален тракт за лица под 18-годишна възраст	1 816	658,80	724,68
069	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт			
069.1	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт за лица над 18-годишна възраст	12 293	885,60	974,16
069.2	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт за лица под 18-годишна възраст	42	1 026,00	1 231,20
070	Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит			
070.1	Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит за лица над 18-годишна възраст	4 331	2 209,82	2 762,28
070.2	Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит за лица под 18-годишна възраст	325	2 744,42	3 430,53
071	Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво			
071.1	Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво за лица над 18-годишна възраст	12 851	561,60	645,84
071.2	Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво за лица под 18-годишна възраст	1 920	699,84	804,82
072	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт			
072.1	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт за лица над 18-годишна възраст	16 326	1 080,00	1 350,00
072.2	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт за лица под 18-годишна възраст	48	1 425,99	1 782,49

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
073	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума			
073.1	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума за лица над 18-годишна възраст	29 681	2 423,16	2 617,01
073.2	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума за лица под 18-годишна възраст	13	2 827,08	3 053,25
074	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума			
074.1	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума за лица над 18-годишна възраст	50 032	1 350,00	1 418,00
074.2	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума за лица под 18-годишна възраст	252	1 401,84	1 542,02
075	Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза)			
075.1	Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза) за лица над 18-годишна възраст	14 640	1 989,55	2 089,00
075.2	Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза) за лица под 18-годишна възраст	207	2 322,00	2 600,00
076	Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания			
076.1	Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания за лица над 18-годишна възраст	14 483	1 188,00	1 306,80
076.2	Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания за лица под 18-годишна възраст	252	1 612,79	1 774,07
077	Диагностика и лечение на хронични диарии с начало в детската възраст	1	642,60	803,25
078	Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет			
078.1	Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години	37 097	1 115,22	1 249,05
078.2	Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет при лица под 18 години	1 146	1 206,69	1 327,36

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
079	Диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза			
079.1	Диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза при лица над 18 години	3 509	558,96	698,70
079.2	Диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза при лица под 18 години	154	649,25	811,56
080	Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека			
080.1	Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица над 18 години	4 099	864,00	1 209,60
080.2	Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица под 18 години	1 372	1 404,21	1 544,63
081	Лечение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна			
081.1	Лечение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица над 18 години	849	810,00	1 012,50
081.2	Лечение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица под 18 години	97	1 059,32	1 325,00
082	Диагностика на лица с метаболитни нарушения			
082.1	Диагностика на лица с метаболитни нарушения при лица над 18 години	6 174	772,20	850,00
082.2	Диагностика на лица с метаболитни нарушения при лица под 18 години	627	1 092,96	1 203,00
083	Лечение на лица с метаболитни нарушения			
083.1	Лечение на лица с метаболитни нарушения при лица над 18 години	303	772,20	1 003,86
083.2	Лечение на лица с метаболитни нарушения при лица под 18 години	566	1 092,96	1 421,00
084	Диагностика и лечение на остър и хроничен обострен пиелонефрит	26 682	1 080,00	1 160,00
085	Диагностика и лечение на гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - новооткрити			
085.1	Диагностика и лечение на гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - новооткрити - при лица над 18 години	1 828	1 695,60	2 204,28
085.2	Диагностика и лечение на гломерулонефрити - остри и	123	1 942,70	2 525,51

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
	хронични, първични и вторични при системни заболявания - новооткрити - при лица под 18 години			
086	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания			
086.1	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - при лица над 18 години	9 940	1 695,60	1 949,94
086.2	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - при лица под 18 години	415	2 236,14	2 571,56
087	Диагностика и лечение на остра бъбречна недостатъчност			
087.1	Диагностика и лечение на остра бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	4 560	1 660,34	2 075,43
087.2	Диагностика и лечение на остра бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	49	2 130,79	2 663,49
088	Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност			
088.1	Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	3 763	899,08	1 123,85
088.2	Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	215	1 008,37	1 260,46
089	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан			
089.1	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години	4 863	831,49	956,21
089.2	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан при лица под 18 години	494	1 083,35	1 245,85
089.3	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години - с усложнения	20	997,81	1 396,93
090	Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания			
090.1	Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години	33 188	1 080,00	1 166,40
090.2	Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания при лица под 18 години	838	1 355,40	1 463,83
091	Диагностика и лечение на дегенеративни и обменни ставни заболявания	4 906	838,26	1 005,91

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
092	Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози	419	1 075,53	1 290,64
093	Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата	5 848	767,84	921,41
094	Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис - обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен	1 439	814,17	977,00
095	Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем	681	664,48	830,60
096	Лечение на кожни прояви при съединително-тъканни заболявания и васкулити	254	709,62	851,54
097	Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин	18	540,00	675,00
098	Диагностика и лечение на остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром	12 322	1 209,60	1 330,56
099	Диагностика и лечение на инфекциозни и паразитни заболявания, предавани чрез ухапване от членестоноги	1 122	1 072,56	1 287,07
100	Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит A и E	636	2 026,70	2 432,04
101	Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит B, C и D	502	2 308,13	2 769,76
102	Диагностика и лечение на паразитози	17	1 248,97	1 498,76
103	Диагностика и лечение на покривни инфекции	50	1 248,97	1 498,76
104	Диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални заболявания - остро протичащи, с усложнения	12 623	1 512,00	1 663,20
105	Диагностика и лечение на вирусни хеморагични трески	9	1 728,00	2 160,00
106	Диагностика и лечение на токсоалергични реакции			
106.1	Диагностика и лечение на токсоалергични реакции при лица над 18 години	3 921	873,47	1 004,49
106.2	Диагностика и лечение на токсоалергични реакции при лица под 18 години	4 476	1 008,90	1 160,24
107	Диагностика и лечение на отравяния и токсични ефекти от лекарства и битови отрови	6 160	1 190,05	1 309,06
108	Диагностика и лечение на фалоидно гъбно отравяне	4	4 126,71	5 364,72
109	Диагностика и лечение на токсична епидермална некролиза (болест на Лайел)	29	3 413,72	4 608,52

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
110	Лечение на доказани първични имунодефицити			
110.1	Лечение на доказани първични имунодефицити при лица над 18 години	54	3 424,00	3 600,00
110.2	Лечение на доказани първични имунодефицити при лица под 18 години	251	4 164,12	4 373,00
111	Диагностика и лечение на остри внезапно възникнали състояния в детската възраст	9 277	648,00	745,20
112	Диагностика и лечение на муковисцидоза	72	2 700,00	3 240,00
113	Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип			
113.1	Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип с минимален болничен престой 48 часа	160	335,31	400,00
113.2	Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип с минимален болничен престой 4 дни	15 545	678,92	746,81
114	Интензивно лечение на коматозни състояния, неиндицирани от травма	1 889	3 402,00	3 912,30
115	Интензивно лечение при комбинирани и/или съчетани травми	633	4 644,00	5 340,60
116	Оперативно лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години	1 501	11 448,00	12 030,00
117	Оперативно лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение при лица от 0 до 18 години. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица от 0 до 18 години	114	20 412,00	22 453,20
118	Оперативно лечение на деца до 1 година с критични вродени сърдечни малформации в условията на екстракорпорално кръвообращение	58	30 780,00	38 475,00
119	Оперативни процедури при комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условия на екстракорпорално кръвообращение	3 457	18 360,00	19 280,00
120	Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция			
120.1	Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след	274	19 440,00	21 384,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
	сърдечна операция			
120.2	Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция, с продължителна механична вентилация	52	22 356,00	24 591,60
121	Оперативно лечение на заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица над 18 години	524	4 320,00	4 700,00
122	Оперативно лечение на заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица под 18 години	21	5 508,00	6 885,00
123	Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им			
123.1	Оперативно лечение на аневризми на абдоминална аорта	473	5 292,00	7 938,00
123.2	Оперативно лечение на руптурирали аневризми на абдоминална аорта	46	5 292,00	15 000,00
123.3	Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им	9 405	5 292,00	5 400,00
123.4	Диагностика и лечение след провеждане на КПр № 7 "Ендоваскуларно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им"	10	2 646,00	2 650,00
124	Оперативно лечение на хронична съдова недостатъчност във феморо-поплитеалния и аксило-брахиалния сегмент	4 972	2 916,00	3 207,60
125	Оперативно лечение на клонове на аортната дъга	665	2 808,00	3 510,00
126	Спешни оперативни интервенции без съдова реконструкция при болни със съдови заболявания (тромбектомии, емболектомии, ампутации и симпатектомии)	1 028	2 160,00	2 376,00
127	Консервативно лечение на съдова недостатъчност	4 431	1 032,31	1 135,54
128	Консервативно лечение с простагландинови/простациклинови деривати при съдова недостатъчност	4	638,79	702,67
129	Оперативно лечение при варикозна болест и усложненията ѝ	98	756,00	880,00
130	Оперативни процедури върху придатъците на окото с голям обем и сложност	4 852	540,00	650,00
131	Други операции на очната ябълка с голям обем и сложност	1 608	939,81	1 033,79
132	Кератопластика	264	1 296,00	1 555,20
133	Консервативно лечение на глаукома, съдови заболявания на окото и неперфоративни травми	13 278	432,03	500,00
134	Консервативно лечение при инфекции и възпалителни	5 688	403,52	500,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
	заболявания на окото и придатъците му			
135	Оперативно лечение при заболявания на ретина, стъкловидно тяло и травми, засягащи задния очен сегмент	2 574	1 349,98	1 687,48
136	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с много голям обем и сложност	5 254	3 942,00	4 927,50
137	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с голям обем и сложност	18 177	2 052,00	2 257,20
138	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото със среден обем и сложност	10 960	924,36	971,00
139	Високотехнологична диагностика при ушно-носно-гърлени болести	3 799	767,50	806,00
140	Консервативно парентерално лечение при ушно-носно-гърлени болести			
140.1	Консервативно парентерално лечение при ушно-носно-гърлени болести при лица над 18 години	570	269,54	500,00
140.2	Консервативно парентерално лечение при ушно-носно-гърлени болести при лица под 18 години	330	307,55	500,00
141	Трансуретрално оперативно лечение при онкологични заболявания на пикочния мехур	6 090	1 535,46	1 635,00
142	Радикална цистопростатектомия с ортотопичен пикочен мехур	16	5 646,82	7 058,53
143	Трансуретрална простатектомия	3 033	1 657,95	1 745,00
144	Отворени оперативни процедури при доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза и нейните усложнения	269	1 904,74	2 190,45
145	Ендоскопски процедури при обструкции на горните пикочни пътища	21 203	1 206,82	1 268,00
146	Оперативни процедури при вродени заболявания на пикочо-половата система	1 003	4 131,90	4 751,69
147	Оперативни процедури върху мъжка полова система	12 872	1 026,00	1 128,60
148	Оперативни процедури на долните пикочни пътища с голям обем и сложност	473	3 684,00	4 236,60
149	Оперативни процедури на долните пикочни пътища със среден обем и сложност	1 572	1 723,90	1 896,29
150	Оперативни процедури при инконтиненция на урината	105	1 089,05	1 361,31

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
151	Реконструктивни операции в урологията	771	1 798,92	2 248,65
152	Ендоскопски процедури при обструкции на долните пикочни пътища	14 920	912,20	958,00
153	Оперативни процедури при травми на долните пикочни пътища	813	1 652,59	1 900,48
154	Оперативни процедури на бъбрека и уретера с голям и много голям обем и сложност	6 726	4 260,84	5 113,01
155	Оперативни процедури на бъбрека и уретера със среден обем и сложност	2 392	1 620,00	1 863,00
156	Радикална цистектомия. Радикална цистопростатектомия	248	4 910,26	6 628,85
157	Радикална простатектомия	324	3 781,78	5 105,40
158	Оперативни интервенции при инфекции на меките и костни тъкани	29 059	842,40	886,00
159	Артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	7 171	1 708,16	1 794,00
160	Нерадикално отстраняване на матката	6 056	1 620,00	1 790,00
161	Радикално отстраняване на женски полови органи	886	2 324,79	3 022,23
162	Оперативни интервенции чрез коремен достъп за отстраняване на болестни изменения на женските полови органи	6 681	1 350,00	1 485,00
163	Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или инвазивно изследване на женските полови органи	25 555	718,11	755,00
164	Корекции на тазова (перинеална) статика и/или на незадържане на урината при жената	1 166	1 296,00	1 740,00
165	Диагностични процедури и консервативно лечение на токсо-инфекциозен и анемичен синдром от акушеро-гинекологичен произход	9 199	810,00	891,00
166	Корекции на проходимост и възстановяване на анатомия при жената	103	1 296,00	1 740,00
167	Системна радикална ексцизия на лимфни възли (тазови и/или парааортални и/или ингвинални) като самостоятелна интервенция или съчетана с радикално отстраняване на женски полови органи. Тазова екзентерация	716	3 780,00	5 103,00
168	Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания			

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
168.1	Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания в акушерството и гинекологията	466	8 661,60	10 827,00
168.2	Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания в коремната хирургия, гръдната хирургия, детската хирургия и урологията	1 125	8 661,60	11 260,08
169	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок	509	3 024,00	3 628,80
170	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок, с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването	16	12 704,76	15 246,00
171	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	2 892	4 428,00	5 093,00
172	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	24	7 408,21	9 630,67
173	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица над 18 години	251	3 269,95	4 087,44
174	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица под 18 години	67	4 187,71	5 234,64
175	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	15 012	4 715,38	5 422,69
176	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	207	6 130,90	7 970,17
177	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица над 18 години	3 932	1 944,00	2 235,60
178	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица под 18 години	96	2 900,51	3 625,64
179	Оперативни процедури върху апендикс	2 252	1 188,00	1 340,00
180	Хирургични интервенции за затваряне на стома	112	1 107,56	1 384,45
181	Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство	11 236	804,24	884,66
182	Оперативни процедури при хернии	11 589	1 134,00	1 240,00
183	Оперативни процедури при хернии с инкарцерация	2 584	1 333,42	1 465,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
184	Конвенционална холецистектомия	329	1 922,11	2 115,00
185	Лапароскопска холецистектомия	4 054	1 490,40	1 710,00
186	Оперативни процедури върху екстрахепаталните жлъчни пътища	1 206	3 748,53	4 311,00
187	Оперативни процедури върху черен дроб	708	5 031,57	
187.1	Оперативни процедури върху черен дроб с много голям обем и сложност	437	-	8 000,00
187.2	Оперативни процедури върху черен дроб с голям обем и сложност	1 965	-	3 500,00
188	Оперативни процедури върху черен дроб при ехинококова болест	69	2 530,74	3 164,00
189	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, с голям и много голям обем и сложност	866	6 946,02	8 335,22
190	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, със среден обем и сложност	7	2 599,69	3 249,61
191	Оперативни процедури върху далака			
191.1	Оперативни процедури върху далака при лица над 18 години	156	1 795,32	2 065,00
191.2	Оперативни процедури върху далака при лица под 18 години	27	2 431,62	3 039,53
192	Оперативни интервенции при диабетно стъпало, без съдово-реконструктивни операции	6 030	1 928,66	2 121,53
193	Оперативно лечение на онкологично заболяване на гърдата: стадии Tis 1-4 N 0-2 M0-1	4 343	2 379,95	2 975,00
194	Оперативни интервенции върху гърда с локална ексцизия и биопсия	3 818	644,03	708,43
195	Оперативно лечение при остър перитонит	3 187	3 685,96	4 423,15
196	Оперативно лечение на интраабдоминални абсцеси	194	2 595,56	2 855,12
197	Консервативно лечение при остри коремни заболявания	23 100	939,60	1 033,56
198	Хирургично лечение при животозастрашаващи инфекции на меките и костни тъкани	10 212	3 240,00	4 050,00
199	Лечение на тумори на кожа и лигавици - злокачествени и доброкачествени новообразувания			
199.1	Лечение на тумори на кожа и лигавици - злокачествени новообразувания	4 818	958,54	1 010,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
199.2	Лечение на тумори на кожа и лигавици - доброкачествени новообразувания	5 475	463,69	480,00
200	Реконструктивни операции на гърдата по медицински показания след доброкачествени и злокачествени тумори, вродени заболявания и последици от травми и изгаряния	362	1 620,00	1 945,00
201	Оперативни процедури върху щитовидна и паращитовидни жлези, с голям и много голям обем и сложност	968	2 127,05	2 450,00
202	Оперативни процедури върху щитовидна и паращитовидни жлези, със среден обем и сложност	623	1 389,30	1 530,00
203	Хирургично лечение при надбъбречни заболявания	90	2 585,25	2 973,04
204	Тежка черепно-мозъчна травма - оперативно лечение	590	5 890,24	6 479,26
205	Тежка черепно-мозъчна травма - консервативно поведение	491	2 359,26	2 548,00
206	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)			
206.1	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологиии (невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)	1 915	4 752,00	5 464,80
206.2	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологиии (невронавигация)	731	6 201,36	7 751,70
206.3	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологиии (невроендоскопия и интраоперативен ултразвук), след клинична процедура "Ендоваскуларно лечение на нетравматични мозъчни кръвоизливи, аневризми и артериовенозни малформации на мозъчните съдове"	373	2 550,18	2 600,00
207	Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин	867	3 412,80	3 590,00
208	Консервативно поведение при леки и средно тежки черепно-мозъчни травми	11 440	664,66	700,00
209	Хирургично лечение при травма на главата	1 198	1 732,57	2 079,08
210	Периферни и черепно-мозъчни нерви (екстракраниална част) - оперативно лечение	2 762	1 305,58	1 390,00
211	Гръбначни и гръбначномозъчни оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност			
211.1	Гръбначни и гръбначномозъчни оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност	5 151	3 996,00	4 596,00
211.2	Гръбначни и гръбначномозъчни оперативни интервенции с	555	4 428,00	5 757,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
	голям и много голям обем и сложност - с невронавигация и интраоперативен 3D контрол			
212	Гръбначни и гръбначномозъчни оперативни интервенции с малък и среден обем и сложност	5 233	2 700,00	2 900,00
213	Оперативно лечение на тумори на бял дроб, медиастинум, плевра и гръдна стена	1 937	3 888,00	4 665,60
214	Разширени (големи) операции с пълно или частично отстраняване на повече от един интраторакален орган, включително медиастинален тумор или гръдна стена. Едноетапни операции при белодробни болести, засягащи двата бели дроба при болести със съчетана белодробна и друга локализация	1 737	5 022,00	6 026,40
215	Оперативно лечение на болести на бял дроб, медиастинум, плевра и гръдна стена, без онкологични заболявания	2 750	2 718,74	3 126,55
216	Спешни състояния в гръдната хирургия	2 747	981,48	1 100,00
217	Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник			
217.1	Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник	15 402	3 240,00	3 304,80
217.2	Оперативни процедури с много голям обем и сложност на таза, тазобедрената и колянната става	1 294	6 480,00	7 452,00
217.3	Оперативни процедури при множествени счупвания и/или луксации на таза, горни и долни крайници	438	7 128,00	8 910,00
218	Оперативни процедури с алопластика на тазобедрена и колянна става	13 815	1 890,00	2 079,00
219	Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност	16 977	1 404,00	1 474,00
220	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност			
220.1	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност	14 778	1 512,00	1 587,60
220.2	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност при повече от един пръст (лъч)	278	1 728,00	2 160,00
221	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния	674	2 160,00	2 700,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
	крайник с много голям обем и сложност			
222	Средни оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	9 624	756,00	794,00
223	Оперативни процедури при заболявания на гръдния кош	405	1 056,42	1 267,70
224	Септични (бактериални) артрити и остеомиелити при лица под 18 години	28	3 056,40	3 973,32
225	Хирургично лечение в лицево-челюстната област с много голям обем и сложност	176	2 052,00	2 800,00
226	Оперативно лечение в лицево-челюстната област с голям обем и сложност	624	1 180,88	1 417,06
227	Оперативни процедури в лицево-челюстната област със среден обем и сложност	8 111	1 188,00	1 250,00
228	Оперативно лечение на възпалителни процеси в областта на лицето и шията	3 389	918,00	970,00
229	Консервативно лечение при заболявания на лицево-челюстната област	2 635	533,84	561,00
230	Оперативно лечение на вродени малформации в лицево-челюстната област	101	1 746,47	2 357,73
231	Лечение на фрактури на лицевите и челюстните кости	578	1 134,00	1 247,40
232	Хирургично лечение на изгаряния с площ от 5 % до 10 % при възрастни и до 3 % при деца	94	873,90	1 092,38
233	Хирургично лечение при необширни изгаряния с площ от 1 до 19 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции	3 045	4 743,65	5 028,27
234	Хирургично лечение при обширни изгаряния над 20 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции	294	12 960,00	15 552,00
235	Оперативно лечение на поражения, предизвикани от ниски температури (измръзване)	16	846,33	1 057,91
236	Оперативно лечение на последствията от изгаряне и травма на кожата и подкожната тъкан	4 141	2 592,00	2 773,44
237	Оперативно лечение на кожни дефекти от различно естество, налагащи пластично възстановяване	2 194	1 404,00	1 614,60
238	Реплантация и реконструкции с микросъдова хирургия	210	10 260,00	12 312,00
239	Оперативно лечение на деца до 1 година с вродени аномалии в областта на торакалната и абдоминалната област	252	15 600,96	19 501,20

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
240	Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения	95 579	680,40	714,42
241	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания			
241.3	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с КТ на минимум две зони или костномозъчно изследване с МКБ - код 41.31 (30081-00, 30087-00) при лица над 18 години	50 862	648,00	680,40
241.4	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с КТ на минимум две зони или костномозъчно изследване с МКБ - код 41.31 (30081-00, 30087-00) при лица под 18 години	33	864,00	1 209,60
241.5	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с МРТ при лица над 18 години	9 224	942,09	989,19
241.6	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с МРТ при лица под 18 години	10	1 142,87	1 600,02
242	Диагностика и лечение на левкемии	11 237	1 956,33	2 054,15
243	Диагностика и лечение на лимфоми	13 112	1 519,57	1 600,00
244	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии			
244.1	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии. За лица над 18 години	16 502	978,53	1 027,46
244.2	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии. За лица под 18 години	1 877	1 122,28	1 571,19
245	Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст	1 772	2 376,00	3 400,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
246	Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности	2 511	1 026,00	1 077,30
247	Брахитерапия с ниски активности	38	556,89	590,00
248	Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия			
248.1	Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни	3	1 052,77	4 000,00
248.2	Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни	3	1 052,77	7 700,00
249	Триизмерна конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници	134	1 566,00	1 644,30
250	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания			
250.1	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни	4 024	2 592,00	2 721,60
250.2	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни	344	4 428,00	4 700,00
251	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания			
251.1	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни	3 984	3 240,00	3 402,00
251.2	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни	7 615	6 696,00	7 030,80
252	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания			
252.1	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания	1 667	5 400,00	5 670,00
252.2	Роботизирана радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания	296	9 936,00	10 432,80
253	Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания	17	162,00	210,60

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
		329		
254	Продължително лечение и ранна рехабилитация след острия стадий на исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт с остатъчни проблеми за здравето	17 841	86,40	99,36
255	Продължително лечение и ранна рехабилитация след инфаркт на миокарда и след сърдечни интервенции	1 453	85,02	97,77
256	Продължително лечение и ранна рехабилитация след оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност с остатъчни проблеми за здравето	37 440	129,37	136,00
257	Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи при персистиращо/хронично/вегетативно състояние	53	144,82	173,78
258	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на централна нервна система	5 305	62,85	66,00
259	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на периферна нервна система	2 286	62,85	66,00
260	Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа			
260.1	Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа	28 755	108,00	120,00
260.2	Робот-асистирана рехабилитация при детска церебрална парализа	2 941	108,00	220,00
261	Физикална терапия и рехабилитация при първични мускулни увреждания и спинална мускулна атрофия	49	614,79	829,97
262	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система	1 799	741,85	
262.1	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система	5 413		780,00
262.2	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система като последици от мозъчно-съдова болест, след непосредствена дехоспитализация от профилирана клиника/отделение за активно лечение на основното заболяване	601	-	900,00
263	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система			
263.1	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна	50	486,37	500,96

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
	нервна система	311		
263.2	Физикална терапия и рехабилитация с комплексна подводно-екстензионна терапия при болести на периферна нервна система с увреждания на гръбначния стълб	1 440	486,37	900,00
264	Физикална терапия и рехабилитация след преживян/стар инфаркт на миокарда и след оперативни интервенции	343	700,87	740,00
265	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат			
265.1	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат	133 720	486,37	500,96
265.2	Физикална терапия и рехабилитация с комплексна подводно-екстензионна терапия при болести на гръбначния стълб	1 921	486,37	900,00
265.3	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат след непосредствена дехоспитализация от профилирана клиника/отделение за активно лечение на основното заболяване	184	-	650,00
266	Речева рехабилитация след ларингектомия	57	476,03	571,24
267	Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи след лечение от COVID-19	2	540,00	570,00
999	Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура	2 082	217,81	220,00

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

(3) За случай по КП, отчетен като АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП..." по приложение № 11 на Наредба № 9 от 2019 г., се заплаща 80 % от цената на съответната КП, с изключение на КП № 240, 241, 242, 243 и 245, за които се заплаща 60 % от цената на съответната КП.

(4) За случай по КП № 16, 17.1, 17.2, 19.1, 20.1, 20.2, 25, 27 и 33, отчетен като АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП..." по приложение № 11 на Наредба № 9 от 2019 г., се заплаща цената на съответната КП № 16, 17.1, 17.2, 19.1, 20.1, 20.2, 25, 27 и 33.

(5) В случаите, когато пациентът е приет по КП № 50 (КП № 50.1 и 50.2) и са извършени всички основни диагностични и терапевтични процедури, а след това се насочва към друго лечебно заведение за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация, на първото лечебно заведение се заплаща 62 % от цената на съответната КП № 50.1 или КП № 50.2, а на другото лечебно заведение, в което се извършва тромболиза, се заплаща цената за КП № 51.1. В случаите, когато се извърши и тромбекстракция/тромбаспирация, се заплаща цена по КП № 51 (равна на сумата от цената на КП № 51.1 и 65 % от цената на КП № 51.2). При насочване на пациенти, на които е извършена тромболиза в друго лечебно заведение за извършване на тромбектомия/тромбаспирация, на първото лечебно

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

(6) При изпълнение на всички дейности в едно и също лечебно заведение по КП № 51 (КП № 51.1 и 51.2) цената на КП № 51 е равна на сумата от цената на КП № 51.1 и 65 % от цената на КП № 51.2. При изпълнение на дейностите само по КП № 51.1 се заплаща цената на КП № 51.1. При изпълнение на дейността само по КП № 51.2 се заплаща цената на КП № 51.2. Клинична пътека № 51.2 може да се изпълнява след осъществяване на тромболиза или без предходна тромболиза (КП № 51.1). Лечебни заведения, които не могат да осъществят тромболиза и/или тромбектомия (нямат договор за КП № 51.1 и КП № 51.2), са задължени да извършат образно изследване (КТ или МРТ) до първия час на болничния прием, като насочват и осигуряват хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация, към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51. Задължително се спазва и златният стандарт от 4,5 до 6 часа за осъществяване на тромболиза и тромбектомия/тромбаспирация.

(7) Случаите, отчетени по КП № 17.1, 17.2, 18.1, 18.2 и 25 с липса на патологична находка над 30 % от месечния брой за всяка КП за дадено лечебно заведение за предходния отчетен период, се заплащат 70 % от цената на съответната КП.

(8) При надвишаване обема над 25 % на КП № 206.2 от сбора на случаите от КП № 206.1, КП № 206.2 и КП № 206.3 за предходния отчетен период за дадено лечебно заведение случаите над 25 % от КП № 206.2 се заплащат на цената на КП № 206.1.

(9) В случай на настъпил екзитус леталис преди 16-ия ден или 384-тия час от хоспитализацията на пациент по КП № 120.2, при условие че са изпълнени основни диагностични и терапевтични процедури по същата, случаят се заплаща по цената на КП № 120.1.

(10) В случай че по КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1, КП № 244.2 или КП № 245 е отчетен само терапевтичен код - 13750-00 (плазмафереза), се заплаща цена 1420 лв. В случай че КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1, КП № 244.2 или КП № 245 е отчетена освен с терапевтичен код 13750-00 за плазмафереза и с други изискуеми от ДЛА диагностични и терапевтични процедури, необходими за завършена съответната КП, се заплаща цената на съответната КП по ал. 1, увеличена с 1420 лв.

(11) В случай че по КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1 или КП № 244.2 е отчетен само терапевтичен код - 13750-04/13750-01/13750-02/13750-03 (клетъчна афереза), се заплаща цена 1020 лв. В случай че КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1 или КП № 244.2 е отчетена освен с код за клетъчна афереза и с други изискуеми от ДЛА диагностични и терапевтични процедури, се заплаща цената на съответната КП по ал. 1, увеличена с 1020 лв.

(12) В случай че по КП № 245 е отчетен само терапевтичен код - 13750-01/13750-02/13750-03/13750-04 (клетъчна афереза), се заплаща цена 1020 лв. В случай че КП № 245 е отчетена освен с код за клетъчна афереза и с други изискуеми от ДЛА диагностични и терапевтични процедури, се заплаща цената на КП № 245 по ал. 1, увеличена с 1020 лв.

(13) В случай че по КП № 241.4, КП № 241.6 или КП № 244.2 е отчетен пациент на възраст 18 - 25 години ("млади възрастни"), се заплаща на цената съответно на КП № 241.3, КП № 241.5 или КП № 244.1 (за лица над 18 години).

(14) В случай че по КП № 245 е отчетен пациент на възраст 18 - 25 години ("млади възрастни"), се заплаща 40 % от цената на КП № 245. По този ред се определя и цената по ал. 1 на КП № 245 при прилагане на ал. 3, 10 и 12.

(15) При надвишаване обема над 25 % на КП № 211.2 от сбора на случаите от КП № 211.1 и КП № 211.2 за предходния отчетен период за дадено лечебно заведение случаите над 25 % от КП № 211.2 се заплащат на цената на КП № 211.1.

(16) Медицинските изделия и консумативи, необходими за изпълнение на ДЛА на КП по ал. 10 - 15, са включени в цената на същите.

(17) Цената на КП по ал. 1 включва и основните диагностични процедури с код 92191-00 и 92191-01 "Изследване за различни инфекциозни причинители".

(18) Националната здравноосигурителна каса не заплаща за използваните консумативи в случаите на приложим метод на лапароскопска или робот-асистирана хирургия, с изключение на случаите по КП № 168.1 и КП № 168.2.

(19) Националната здравноосигурителна каса заплаща на лечебното заведение, изпълнител на болнична медицинска помощ, за КП № 120.1 и № 120.2 съгласно ДЛА за не повече от 5 %, съответно 2,5 % от броя на случаите по КП № 116, 117, 118, 119, 121 и 122.

(20) Националната здравноосигурителна каса заплаща на лечебно заведение, изпълнител на болнична медицинска помощ, за КП № 89.3 не повече от 15 % от общия брой преминали ЗОЛ по КП № 89.1 в същото лечебно заведение.

(21) В случай че по КП № 84 е отчетен пациент на възраст под 18 години, се заплащат 114 % от цената на КП № 84.

(22) В случай че КП № 135 е завършена само с код 42809-00, същата може да бъде отчетена едновременно с КП № 8, 10, 11, 14, 15.1 и 15.2 и се заплащат 25 % от цената на КП № 135.

(23) Когато от сбора на новородените, отчетени по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, отнасящи се за деца с тегло под 2500 g, са отчетени повече от 20 % от общия брой деца, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от второ ниво на компетентност, случаите по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, надвишаващи посочения процент, се заплащат 65 % от цената на съответната КП.

(24) Когато от сбора на новородените по КП № 7 и 8, отнасящи се за деца с тегло над 2500 g, са отчетени повече от 40 % от общия брой деца с тегло над 2500 g, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от второ ниво на компетентност, случаите по КП № 7 и 8, надвишаващи посочения процент, се заплащат 65 % от цената на съответната КП.

(25) Когато от сбора на новородените по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, отнасящи се за деца с тегло под 2500 g, са отчетени повече от 50 % от общия брой новородени, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от трето ниво на компетентност, случаите по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, надвишаващи посочения процент, се заплащат 65 % от цената на съответната КП.

(26) Когато от сбора на новородените по КП № 7 и 8, отнасящи се за деца с тегло над 2500 g, са отчетени повече от 50 % от общия брой деца с тегло над 2500 g, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от трето ниво на компетентност, случаите по КП № 7 и 8, надвишаващи посочения процент, се заплащат 65 % от цената на съответната КП.

(27) Алинеи 23, 24, 25 и 26 не се прилагат за лечебни заведения за болнична помощ, в които има разкрита само клиника/отделение по неонатология, но не притежават клиника/отделение по акушерство и гинекология.

(28) Когато случаите по КП № 69.1, отчетени с кодове 32087-00 и 32093-00 (полипектомии), са над 20 % от всички случаи по същата КП, случаите над 20 % се заплащат на цената на КП № 68.1. Когато случаите по КП № 69.2, отчетени с кодове 32087-00 и 32093-00 (полипектомии), са над 25 % от всички случаи по същата КП, случаите над 25 % се заплащат на цената на КП № 68.2.

(29) За случаите по КП № 195, отчетени с диагноза с код К65.0 и К65.9 (перитонит), над 25 % от общия брой случаи, отчетени като случаи, подлежащи на оперативни процедури от обхвата на коремната хирургия - остър холецистит (К81.0), остър апендицит (К35.0 и К35.1), остър панкреатит (К85) и при заклещена херния (К40-, К41-, К42-, К43- и К44-), се заплаща 60 % от цената на КП № 195.

(30) Лечебни заведения, които притежават I и II ниво на компетентност, изпълняват по спешност оперативни процедури от коремна хирургия, за които е необходимо по-високо ниво в не повече от 25 % от всички случаи с оперативни хирургични процедури от коремната хирургия в същото лечебно заведение.

(31) (В сила от 01.03.2024 г.) При надвишаване на случаите по КП № 198 над 20 % от сбора на случаите от КП № 158 и КП № 198 за дадено лечебно заведение случаите над 20 % се заплащат 80 % от цената на КП № 198. Този начин на заплащане не се прилага за лечебните заведения, в които е разкрита клиника/отделение по гнойно-септична хирургия.

(32) (В сила от 01.03.2024 г.) Допълнително заплащане за случаи по КП № 50.1 и КП № 50.2 се определя за отчетен леглоден над определения минимален болничен престой, но за не повече от 10 дни общ болничен престой на пациента. Заплащането за един леглоден допълнителен болничен престой се определя равно на 80 % от цената на съответната КП № 50.1 и КП № 50.2, разделена на броя дни минимален болничен престой.

(33) (В сила от 01.03.2024 г.) Когато случаите по отчетени КП № 262.2 надвишават 10 % от сбора на случаите от КП № 262.1 и КП № 262.2, случаите над 10 % се заплащат на цената на КП № 262.1.

(34) (В сила от 01.03.2024 г.) Когато случаите по отчетени КП № 263.2 надвишават 10 % от сбора на случаите от КП № 263.1 и КП № 263.2, случаите над 10 % се заплащат на цената на КП № 263.1.

(35) (В сила от 01.03.2024 г.) Когато случаите по отчетени КП № 265.2 надвишават 10 % от сбора на случаите от КП № 265.1 и КП № 265.2, случаите над 10 % се заплащат на цената на КП № 265.1.

(36) (В сила от 01.03.2024 г.) Когато случаите по отчетени КП № 265.3, надвишават 1 % от сбора на случаите от КП № 265.1 и КП № 265.3, случаите над 1 % се заплащат на цената на КП № 265.1.

(37) Изчислението и проследяването на % случаи по ал. 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35 и 36 се извършва два пъти за календарна година и се смята на 6-месечен период на дейност (януари - юни, юли - декември). За ал. 31 - 36 първият период се счита периодът на дейност: м. март - юни 2024 г.

(38) Потвърждаването на цената, която следва да бъде заплатена за всяка КП по ал. 5 - 37, се извършва с контрол преди заплащане.

Чл. 368б. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода 1.01 - 31.12.2025 г. закупуването на следните обеми за дейностите по КП, посочени по приложение № 9 към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
001	Стационарни грижи при бременност с повишен риск	24 806	836,00
002	Пренатална инвазивна диагностика на бременността и интензивни грижи при бременност с реализиран риск	4 994	1 310,00
003	Оперативни процедури за задържане на бременност	423	410,00
004	Преждевременно прекъсване на бременността		
004.1	Преждевременно прекъсване на бременността до 13 гест. с. включително	5 141	403,00
004.2	Преждевременно прекъсване на бременността над 13 гест. с.	992	611,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
005	Раждане		
005.1	Нормално раждане	18 788	1 847,88
005.2	Раждане чрез цезарово сечение	22 959	1 296,00
006	Грижи за здраво новородено дете	27 491	842,40
007	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, първа степен на тежест	13 931	1 553,00
008	Диагностика и лечение на новородени с тегло над 2500 грама, втора степен на тежест	4 039	2 313,00
009	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, първа степен на тежест	2 681	1 900,00
010	Диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама, втора степен на тежест	2 630	2 510,00
011	Диагностика и лечение на новородени с тегло под 1499 грама	638	7 202,82
012	Диагностика и лечение на дете с вродени аномалии	3 431	2 622,22
013	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, първа степен на тежест	1 965	3 834,00
014	Диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, втора степен на тежест	853	6 700,00
015	Диагностика и интензивно лечение на новородени с приложение на сърфактант		
015.1	Диагностика и интензивно лечение на новородени с еднократно приложение на сърфактант	337	8 453,59
015.2	Диагностика и интензивно лечение на новородени с многократно приложение на сърфактант	1 541	15 083,07
016	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис/остър миокарден инфаркт без инвазивно изследване и/или интервенционално лечение	3 277	780,00
017	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания		
017.1	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания при лица над 18 години	21 000	1 247,40
017.2	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания при лица под 18 години	130	1 676,70
018	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания с механична вентилация		

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
018.1	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания с механична вентилация за лица над 18 години	7	2 235,60
018.2	Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболяванияс механична вентилация при лица под 18 години	53	2 980,80
019	Постоянна електрокардиостимулация		
019.1	Постоянна електрокардиостимулация - с имплантация на антибрадикарден пейсмейкър - еднокамерен или двукамерен	4 444	1 188,00
019.2	Постоянна електрокардиостимулация - с имплантация на ресинхронизираща система за стимулация или автоматичен кардиовертер дефибрилатор	1 399	2 019,60
020	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания		
020.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания при лица над 18 години	24 108	4 626,72
020.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания при лица под 18 години	8	7 128,00
021	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии		
021.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии при лица над 18 години	2 593	4 526,86
021.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечни аритмии при лица под 18 години	18	5 508,00
022	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации		
022.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации за лица над 18 години	2	5 325,72
022.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации при лица под 18 години	2	7 128,00
023	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация		
023.1	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация при лица над 18 години	1	5 160,67
023.2	Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при вродени сърдечни малформации с механична вентилация при лица под 18 години	56	7 646,40
024	Ендоваскуларно лечение на екстракраниални съдове	4	2 025,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
025	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване	23 940	1 474,20
026	Диагностика и лечение на нестабилна форма на ангина пекторис с интервенционално лечение	17 010	4 536,00
027	Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с фибринолитик	24	3 470,00
028	Диагностика и лечение на остър коронарен синдром с персистираща елевация на ST сегмент с интервенционално лечение	9 323	6 010,00
029	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация	72 119	1 034,53
030	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация		
030.1	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация при лица над 18 години	1 010	2 753,00
030.2	Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност с механична вентилация за лица под 18 години	7	3 170,70
031	Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит		
031.1	Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит за лица над 18 години	359	8 100,00
031.2	Диагностика и лечение на инфекциозен ендокардит за лица под 18 години	1	9 450,00
032	Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда		
032.1	Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда при лица над 18 години	4 978	980,00
032.2	Диагностика и лечение на заболявания на миокарда и перикарда при лица под 18 години	69	1 173,81
033	Диагностика и лечение на ритъмни и проводни нарушения	32 353	723,06
034	Диагностика и лечение на артериална хипертония в детската възраст	206	1 306,80
035	Диагностика и лечение на хипоксемични състояния при вродени сърдечни малформации в детска възраст	14	2 736,90
036	Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм без фибринолитик	3 792	1 323,22
037	Диагностика и лечение на белодробен тромбоемболизъм с фибринолитик	348	5 133,97
038	Диагностика и лечение на хронична обструктивна белодробна болест - остра екзацербация	10 856	1 188,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
039	Диагностика и лечение на бронхопневмония и бронхиолит при лица над 18-годишна възраст	45 411	1 516,32
040	Диагностика и лечение на бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп		
040.1	Диагностика и лечение на бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица над 18-годишна възраст	7 921	1 049,76
040.2	Диагностика и лечение на бронхиална астма: среднотежък и тежък пристъп при лица под 18-годишна възраст	2 194	1 306,80
041	Диагностика и лечение на алергични и инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система		
041.1	Диагностика и лечение на алергични и инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система при лица над 18 години	1 635	736,56
041.2	Диагностика и лечение на алергични и инфекциозно-алергични заболявания на дихателната система при лица под 18 години	16 764	974,16
042	Диагностика и лечение на гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система		
042.1	Диагностика и лечение на гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица над 18 години	14 299	1 701,13
042.2	Диагностика и лечение на гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при лица под 18 години	244	3 191,89
043	Бронхоскопски процедури с неголям обем и сложност в пулмологията	1 159	682,53
044	Високоспециализирани интервенционални процедури в пулмологията	4 384	1 516,32
045	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система	12 855	1 270,36
046	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система в детска възраст	9	2 736,85
047	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация		
047.1	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация при лица над 18 години	204	3 510,00
047.2	Лечение на декомпенсирана хронична дихателна недостатъчност при болести на дихателната система с механична вентилация при лица под 18 години	1	4 076,68
048	Диагностика и лечение на бронхопневмония в детска възраст	38 577	1 663,20
049	Диагностика и лечение на бронхиолит в детската възраст	18 564	1 348,96

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
050	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза		
050.1	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза при лица над 18 години	42 465	1 404,00
050.2	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза при лица под 18 години	2	1 841,40
ВР050.1	Допълнително заплащане за КП 050.1 по реда на НРД	26 802	280,80
ВР050.2	Допълнително заплащане за КП 050.1 по реда на НРД	8	368,28
051	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с тромболиза		
051.1	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с тромболиза	1 889	4 711,05
051.2	Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт с интервенционално лечение	134	5 043,70
052	Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив		
052.1	Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив при лица над 18 години	2 076	2 721,60
052.2	Диагностика и лечение на паренхимен мозъчен кръвоизлив при лица под 18 години	3	3 341,89
053	Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив		
053.1	Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив при лица над 18 години	254	2 835,00
053.2	Диагностика и лечение на субарахноиден кръвоизлив при лица под 18 години	1	3 511,18
054	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре)		
054.1	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) при лица над 18 години	226	12 960,00
054.2	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) при лица под 18 години	17	13 338,00
055	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация		
055.1	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация при лица над 18 години	2	16 524,00
055.2	Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация при лица под 18 години	1	16 605,00
056	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на		

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми		
056.1	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми при лица над 18 години	85 627	907,20
056.2	Диагностика и лечение на болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН), на нервните коренчета и плексуси, полиневропатия и вертеброгенни болкови синдроми при лица под 18 години	586	1 188,00
057	Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити		
057.1	Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при лица над 18 години	1 614	3 888,00
057.2	Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при лица под 18 години	157	4 860,00
058	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система, засягащи ЦНС с начало в детска възраст		
058.1	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система, засягащи ЦНС с начало в детска възраст при лица над 18 години	12	1 622,50
058.2	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система, засягащи ЦНС с начало в детска възраст при лица под 18 години	322	1 774,28
059	Диагностика и лечение на наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система при възрастни пациенти, засягащи централна нервна система и моторния неврон (ЛАС)	7 055	1 120,00
060	Диагностика и лечение на невро-мускулни заболявания и болести на предните рога на гръбначния мозък	449	1 128,77
061	Диагностика и лечение на мултипленна склероза	2 291	1 210,80
062	Диагностика и лечение на епилепсия и епилептични пристъпи		
062.1	Диагностика и лечение на епилепсия и епилептични пристъпи при лица над 18 години	8 339	945,00
062.2	Диагностика и лечение на епилепсия и епилептични пристъпи при лица под 18 години	2 582	1 075,00
063	Лечение на епилептичен статус		
063.1	Лечение на епилептичен статус при лица над 18 години	1 059	1

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
			614,60
063.2	Лечение на епилептичен статус при лица под 18 години	159	1 987,20
064	Диагностика и лечение на миастения гравис и миастенни синдроми		
064.1	Диагностика и лечение на миастения гравис и миастенни синдроми при лица над 18 години	350	1 253,41
064.2	Диагностика и лечение на миастения гравис и миастенни синдроми при лица под 18 години	11	1 888,50
065	Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация		
065.1	Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация при лица над 18 години	3	13 095,00
065.2	Лечение на миастенни кризи с кортикостероиди и апаратна вентилация при лица под 18 години	1	15 525,00
066	Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация		
066.1	Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация при лица над 18 години	1	13 500,00
066.2	Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация при лица под 18 години	1	16 200,00
067	Диагностика и лечение на паркинсонова болест	670	1 000,00
068	Диагностика и лечение на заболявания на горния гастроинтестинален тракт		
068.1	Диагностика и лечение на заболявания на горния гастроинтестинален тракт за лица над 18-годишна възраст	9 530	629,64
068.2	Диагностика и лечение на заболявания на горния гастроинтестинален тракт за лица под 18-годишна възраст	1 447	724,68
069	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт		
069.1	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт за лица над 18-годишна възраст	13 703	974,16
069.2	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт за лица под 18-годишна възраст	35	1 231,20
070	Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит		
070.1	Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит за лица над 18-годишна възраст	4 924	2 762,28
070.2	Диагностика и лечение на болест на Крон и улцерозен колит за лица под 18-годишна възраст	422	3 430,53

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
071	Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво		
071.1	Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво за лица над 18-годишна възраст	13 325	645,84
071.2	Диагностика и лечение на заболявания на тънкото и дебелото черво за лица под 18-годишна възраст	1 820	804,82
072	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт		
072.1	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт за лица над 18-годишна възраст	16 273	1 350,00
072.2	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт за лица под 18-годишна възраст	39	1 782,49
073	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума		
073.1	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума за лица над 18-годишна възраст	39 267	2 617,01
073.2	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума за лица под 18-годишна възраст	22	3 053,25
074	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума		
074.1	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума за лица над 18-годишна възраст	57 064	1 418,00
074.2	Диагностика и лечение на заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума за лица под 18-годишна възраст	197	1 542,02
075	Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза)		
075.1	Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза) за лица над 18-годишна възраст	15 162	2 089,00
075.2	Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза) за лица под 18-годишна възраст	233	2 600,00
076	Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания		
076.1	Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания за лица над 18-годишна възраст	17 358	1 306,80
076.2	Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания за лица под 18-годишна възраст	319	1 774,07
077	Диагностика и лечение на хронични диарии с начало в детската възраст	1	803,25

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
078	Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет		
078.1	Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години	42 123	1 249,05
078.2	Диагностика и лечение на декомпенсиран захарен диабет при лица под 18 години	1 127	1 327,36
079	Диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза		
079.1	Диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза при лица над 18 години	3 916	698,70
079.2	Диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза при лица под 18 години	196	811,56
080	Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека		
080.1	Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица над 18 години	5 399	1 209,60
080.2	Лечение на заболявания на хипофизата и надбъбрека при лица под 18 години	1 755	1 544,63
081	Лечение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна		
081.1	Лечение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица над 18 години	1 151	1 012,50
081.2	Лечение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна при лица под 18 години	95	1 325,00
082	Диагностика на лица с метаболитни нарушения		
082.1	Диагностика на лица с метаболитни нарушения при лица над 18 години	6 388	850,00
082.2	Диагностика на лица с метаболитни нарушения при лица под 18 години	856	1 203,00
083	Лечение на лица с метаболитни нарушения		
083.1	Лечение на лица с метаболитни нарушения при лица над 18 години	497	1 003,86
083.2	Лечение на лица с метаболитни нарушения при лица под 18 години	554	1 421,00
084	Диагностика и лечение на остър и хроничен обострен пиелонефрит	27 733	1 160,00
085	Диагностика и лечение на гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - новооткрити		
085.1	Диагностика и лечение на гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - новооткрити - при лица над 18	2 436	2 204,28

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	години		
085.2	Диагностика и лечение на гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - новооткрити - при лица под 18 години	131	2 525,51
086	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания		
086.1	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - при лица над 18 години	11 664	1 949,94
086.2	Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити - остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания - при лица под 18 години	427	2 571,56
087	Диагностика и лечение на остра бъбречна недостатъчност		
087.1	Диагностика и лечение на остра бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	5 079	2 075,43
087.2	Диагностика и лечение на остра бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	53	2 663,49
088	Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност		
088.1	Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност при лица над 18 години	4 483	1 123,85
088.2	Диагностика и лечение на хронична бъбречна недостатъчност при лица под 18 години	294	1 260,46
089	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан		
089.1	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години	5 691	956,21
089.2	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан при лица под 18 години	574	1 245,85
089.3	Диагностика и лечение на системни заболявания на съединителната тъкан при лица над 18 години - с усложнения	34	1 396,93
090	Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания		
090.1	Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания при лица над 18 години	38 403	1 166,40
090.2	Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания при лица под 18 години	960	1 463,83
091	Диагностика и лечение на дегенеративни и обменни ставни заболявания	5 977	1 005,91
092	Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози	490	1 290,64
093	Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на	6 338	921,41

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	кожата		
094	Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис - обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен	1 513	977,00
095	Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем	709	830,60
096	Лечение на кожни прояви при съединително-тъканни заболявания и васкулити	260	851,54
097	Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин	13	675,00
098	Диагностика и лечение на остро протичащи чревни инфекциозни болести с диаричен синдром	16 174	1 330,56
099	Диагностика и лечение на инфекциозни и паразитни заболявания, предавани чрез ухапване от членестоноги	1 456	1 287,07
100	Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит А и Е	582	2 432,04
101	Диагностика и лечение на остър вирусен хепатит В, С и D	554	2 769,76
102	Диагностика и лечение на паразитози	11	1 498,76
103	Диагностика и лечение на покривни инфекции	87	1 498,76
104	Диагностика и лечение на контагиозни вирусни и бактериални заболявания - остро протичащи, с усложнения	12 113	1 663,20
105	Диагностика и лечение на вирусни хеморагични трески	9	2 160,00
106	Диагностика и лечение на токсоалергични реакции		
106.1	Диагностика и лечение на токсоалергични реакции при лица над 18 години	4 084	1 004,49
106.2	Диагностика и лечение на токсоалергични реакции при лица под 18 години	4 540	1 160,24
107	Диагностика и лечение на отравяния и токсични ефекти от лекарства и битови отрови	6 601	1 309,06
108	Диагностика и лечение на фалоидно гъбно отравяне	1	5 364,72
109	Диагностика и лечение на токсична епидермална некролиза (болест на Лайел)	27	4 608,52
110	Лечение на доказани първични имунодефицити		

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
110.1	Лечение на доказани първични имунодефицити при лица над 18 години	70	3 600,00
110.2	Лечение на доказани първични имунодефицити при лица под 18 години	396	4 373,00
111	Диагностика и лечение на остри внезапно възникнали състояния в детската възраст	11 014	745,20
112	Диагностика и лечение на муковисцидоза	89	3 240,00
113	Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип		
113.1	Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип с минимален болничен престой 48 часа	207	400,00
113.2	Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип с минимален болничен престой 4 дни	15 174	746,81
114	Интензивно лечение на коматозни състояния, неиндицирани от травма	2 277	3 912,30
115	Интензивно лечение при комбинирани и/или съчетани травми	565	5 340,60
116	Оперативно лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица над 18 години	1 636	12 030,00
117	Оперативно лечение при сърдечни заболявания в условията на екстракорпорално кръвообращение при лица от 0 до 18 години. Минимално инвазивни сърдечни операции при лица от 0 до 18 години	107	22 453,20
118	Оперативно лечение на деца до 1 година с критични вродени сърдечни малформации в условията на екстракорпорално кръвообращение	40	38 475,00
119	Оперативни процедури при комплексни сърдечни малформации с много голям обем и сложност в условия на екстракорпорално кръвообращение	3 714	19 280,00
120	Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция		
120.1	Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция	318	21 384,00
120.2	Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция, с продължителна механична вентилация	58	24 591,60
121	Оперативно лечение на заболявания на сърцето, без екстракорпорално кръвообращение, при лица над 18 години	525	4 700,00
122	Оперативно лечение на заболявания на сърцето, без екстракорпорално	32	6

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	кръвообращение, при лица под 18 години		885,00
123	Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им		
123.1	Оперативно лечение на аневризми на абдоминална аорта	55	7 938,00
123.2	Оперативно лечение на руптурирали аневризми на абдоминална аорта	26	15 000,00
123.3	Оперативно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им	11 960	5 400,00
123.4	Диагностика и лечение след провеждане на КПр № 7 "Ендоваскуларно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им"	1	2 650,00
124	Оперативно лечение на хронична съдова недостатъчност във феморо-поплитеалния и аксило-брахиалния сегмент	6 118	3 207,60
125	Оперативно лечение на клонове на аортната дъга	827	3 510,00
126	Спешни оперативни интервенции без съдова реконструкция при болни със съдови заболявания (тромбектомии, емболектомии, ампутации и симпатектомии)	1 127	2 376,00
127	Консервативно лечение на съдова недостатъчност	5 096	1 135,54
128	Консервативно лечение с простагландинови/простациклинови деривати при съдова недостатъчност	13	702,67
129	Оперативно лечение при варикозна болест и усложненията ѝ	133	880,00
130	Оперативни процедури върху придатъците на окото с голям обем и сложност	5 044	650,00
131	Други операции на очната ябълка с голям обем и сложност	1 707	1 033,79
132	Кератопластика	288	1 555,20
133	Консервативно лечение на глаукома, съдови заболявания на окото и неперфоративни травми	14 760	500,00
134	Консервативно лечение при инфекции и възпалителни заболявания на окото и придатъците му	6 660	500,00
135	Оперативно лечение при заболявания на ретина, стъкловидно тяло и травми, засягащи задния очен сегмент	2 664	1 687,48
136	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с много голям обем и сложност	6 813	4 927,50
137	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото с	21 219	2

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	голям обем и сложност		257,20
138	Оперативно лечение на заболявания в областта на ушите, носа и гърлото със среден обем и сложност	11 519	971,00
139	Високотехнологична диагностика при ушно-носно-гърлени болести	3 924	806,00
140	Консервативно парентерално лечение при ушно-носно-гърлени болести		
140.1	Консервативно парентерално лечение при ушно-носно-гърлени болести при лица над 18 години	759	500,00
140.2	Консервативно парентерално лечение при ушно-носно-гърлени болести при лица под 18 години	369	500,00
141	Трансуретрално оперативно лечение при онкологични заболявания на пикочния мехур	6 788	1 635,00
142	Радикална цистопростатектомия с ортотопичен пикочен мехур	12	7 058,53
143	Трансуретрална простатектомия	3 298	1 745,00
144	Отворени оперативни процедури при доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза и нейните усложнения	354	2 190,45
145	Ендоскопски процедури при обструкции на горните пикочни пътища	23 648	1 268,00
146	Оперативни процедури при вродени заболявания на пикочо-половата система	1 314	4 751,69
147	Оперативни процедури върху мъжка полова система	14 110	1 128,60
148	Оперативни процедури на долните пикочни пътища с голям обем и сложност	428	4 236,60
149	Оперативни процедури на долните пикочни пътища със среден обем и сложност	1 857	1 896,29
150	Оперативни процедури при инконтиненция на урината	109	1 361,31
151	Реконструктивни операции в урологията	860	2 248,65
152	Ендоскопски процедури при обструкции на долните пикочни пътища	17 330	958,00
153	Оперативни процедури при травми на долните пикочни пътища	1 091	1 900,48
154	Оперативни процедури на бъбрека и уретера с голям и много голям обем и сложност	8 950	5 113,01
155	Оперативни процедури на бъбрека и уретера със среден обем и сложност	2 643	1

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
			863,00
156	Радикална цистектомия. Радикална цистопростатектомия	203	6 628,85
157	Радикална простатектомия	340	5 105,40
158	Оперативни интервенции при инфекции на меките и костни тъкани	31 581	886,00
159	Артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	7 896	1 794,00
160	Нерадикално отстраняване на матката	6 166	1 790,00
161	Радикално отстраняване на женски полови органи	815	3 022,23
162	Оперативни интервенции чрез коремен достъп за отстраняване на болестни изменения на женските полови органи	7 159	1 485,00
163	Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или инвазивно изследване на женските полови органи	27 435	755,00
164	Корекции на тазова (перинеална) статика и/или на незадържане на урината при жената	1 377	1 740,00
165	Диагностични процедури и консервативно лечение на токсо-инфекциозен и анемичен синдром от акушеро-гинекологичен произход	9 602	891,00
166	Корекции на проходимост и възстановяване на анатомия при жената	124	1 740,00
167	Системна радикална ексцизия на лимфни възли (тазови и/или парааортални и/или ингвинални) като самостоятелна интервенция или съчетана с радикално отстраняване на женски полови органи. Тазова екзентерация	627	5 103,00
168	Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания		
168.1	Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания в акушерството и гинекологията	739	10 827,00
168.2	Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания в коремната хирургия, гръдната хирургия, детската хирургия и урологията	1 753	11 260,08
169	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок	543	3 628,80
170	Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок, с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването	22	15 246,00
171	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	3 431	5 093,00
172	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	18	9 630,67

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
173	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица над 18 години	325	4 087,44
174	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица под 18 години	80	5 234,64
175	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	17 202	5 422,69
176	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	278	7 970,17
177	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица над 18 години	4 371	2 235,60
178	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица под 18 години	86	3 625,64
179	Оперативни процедури върху апендикс	2 281	1 340,00
180	Хирургични интервенции за затваряне на стома	116	1 384,45
181	Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство	11 934	884,66
182	Оперативни процедури при хернии	11 621	1 240,00
183	Оперативни процедури при хернии с инкарцерация	2 421	1 465,00
184	Конвенционална холецистектомия	276	2 115,00
185	Лапароскопска холецистектомия	4 067	1 710,00
186	Оперативни процедури върху екстрахепаталните жлъчни пътища	1 348	4 311,00
187	Оперативни процедури върху черен дроб		
187.1	Оперативни процедури върху черен дроб с много голям обем и сложност	494,000	8 000,00
187.2	Оперативни процедури върху черен дроб с голям обем и сложност	1 999,00	3 500,00
188	Оперативни процедури върху черен дроб при ехинококова болест	66	3 164,00
189	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, с голям и много голям обем и сложност	879	8 335,22

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
190	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, със среден обем и сложност	16	3 249,61
191	Оперативни процедури върху далака		
191.1	Оперативни процедури върху далака при лица над 18 години	140	2 065,00
191.2	Оперативни процедури върху далака при лица под 18 години	14	3 039,53
192	Оперативни интервенции при диабетно стъпало, без съдово-реконструктивни операции	6 503	2 121,53
193	Оперативно лечение на онкологично заболяване на гърдата: стадии Tis 1-4 N 0-2 M0-1	4 472	2 975,00
194	Оперативни интервенции върху гърда с локална ексцизия и биопсия	4 138	708,43
195	Оперативно лечение при остър перитонит	3 105	4 423,15
196	Оперативно лечение на интраабдоминални абсцеси	227	2 855,12
197	Консервативно лечение при остри коремни заболявания	26 724	1 033,56
198	Хирургично лечение при животозастрашаващи инфекции на меките и костни тъкани	13 780	4 050,00
199	Лечение на тумори на кожа и лигавици - злокачествени и доброкачествени новообразувания		
199.1	Лечение на тумори на кожа и лигавици - злокачествени новообразувания	5 122	1 010,00
199.2	Лечение на тумори на кожа и лигавици - доброкачествени новообразувания	5 562	480,00
200	Реконструктивни операции на гърдата по медицински показания след доброкачествени и злокачествени тумори, вродени заболявания и последици от травми и изгаряния	475	1 945,00
201	Оперативни процедури върху щитовидна и паращитовидни жлези, с голям и много голям обем и сложност	1 023	2 450,00
202	Оперативни процедури върху щитовидна и паращитовидни жлези, със среден обем и сложност	547	1 530,00
203	Хирургично лечение при надбъбречни заболявания	95	2 973,04
204	Тежка черепно-мозъчна травма - оперативно лечение	489	6 479,26
205	Тежка черепно-мозъчна травма - консервативно поведение	541	2 548,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
206	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)		
206.1	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологиии (невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)	2 382	5 464,80
206.2	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологиии (невронавигация)	921	7 751,70
206.3	Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологиии (невроендоскопия и интраоперативен ултразвук), след клинична процедура "Ендоваскуларно лечение на нетравматични мозъчни кръвоизливи, аневризми и артериовенозни малформации на мозъчните съдове"	392	2 600,00
207	Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин	653	3 590,00
208	Консервативно поведение при леки и среднотежки черепно-мозъчни травми	12 660	700,00
209	Хирургично лечение при травма на главата	1 320	2 079,08
210	Периферни и черепно-мозъчни нерви (екстракраниална част) - оперативно лечение	4 045	1 390,00
211	Гръбначни и гръбначномозъчни оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност		
211.1	Гръбначни и гръбначномозъчни оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност	6 479	4 596,00
211.2	Гръбначни и гръбначномозъчни оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност - с невронавигация и интраоперативен 3D контрол	847	5 757,00
212	Гръбначни и гръбначномозъчни оперативни интервенции с малък и среден обем и сложност	5 928	2 900,00
213	Оперативно лечение на тумори на бял дроб, медиастинум, плевра и гръдна стена	1 814	4 665,60
214	Разширени (големи) операции с пълно или частично отстраняване на повече от един интраторакален орган, включително медиастинален тумор или гръдна стена. Едноетапни операции при белодробни болести, засягащи двата бели дроба при болести със съчетана белодробна и друга локализация	2 657	6 026,40
215	Оперативно лечение на болести на бял дроб, медиастинум, плевра и гръдна стена, без онкологични заболявания	2 853	3 126,55
216	Спешни състояния в гръдната хирургия	3 085	1 100,00
217	Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник		
217.1	Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник	17 211	3 304,80

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
217.2	Оперативни процедури с много голям обем и сложност на таза, тазобедрената и колянната става	1 406	7 452,00
217.3	Оперативни процедури при множествени счупвания и/или луксации на таза, горни и долни крайници	511	8 910,00
218	Оперативни процедури с алопластика на тазобедрена и колянна става	15 137	2 079,00
219	Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност	17 926	1 474,00
220	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност		
220.1	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност	15 507	1 587,60
220.2	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с голям обем и сложност при повече от един пръст (лъч)	344	2 160,00
221	Оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник с много голям обем и сложност	933	2 700,00
222	Средни оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	9 642	794,00
223	Оперативни процедури при заболявания на гръдния кош	420	1 267,70
224	Септични (бактериални) артрити и остеомиелити при лица под 18 години	50	3 973,32
225	Хирургично лечение в лицево-челюстната област с много голям обем и сложност	250	2 800,00
226	Оперативно лечение в лицево-челюстната област с голям обем и сложност	554	1 417,06
227	Оперативни процедури в лицево-челюстната област със среден обем и сложност	8 736	1 250,00
228	Оперативно лечение на възпалителни процеси в областта на лицето и шията	3 691	970,00
229	Консервативно лечение при заболявания на лицево-челюстната област	2 790	561,00
230	Оперативно лечение на вродени малформации в лицево-челюстната област	109	2 357,73
231	Лечение на фрактури на лицевите и челюстните кости	743	1 247,40
232	Хирургично лечение на изгаряния с площ от 5 % до 10 % при възрастни и до 3 % при деца	107	1 092,38
233	Хирургично лечение при необширни изгаряния с площ от 1 до 19 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции	3 300	5 028,27

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
234	Хирургично лечение при обширни изгаряния над 20 % от телесната повърхност, с хирургични интервенции	349	15 552,00
235	Оперативно лечение на поражения, предизвикани от ниски температури (измръзване)	12	1 057,91
236	Оперативно лечение на последствията от изгаряне и травма на кожата и подкожната тъкан	4 763	2 773,44
237	Оперативно лечение на кожни дефекти от различно естество, налагащи пластично възстановяване	2 587	1 614,60
238	Реплантация и реконструкции с микросъдова хирургия	210	12 312,00
239	Оперативно лечение на деца до 3 години с вродени аномалии в областта на торакалната и абдоминалната област	261	19 501,20
240	Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения	107 722	714,42
241	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания		
241.3	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с КТ на минимум две зони или костномозъчно изследване с МКБ - код 41.31 (30081-00, 30087-00) при лица над 18 години	57 102	680,40
241.4	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с КТ на минимум две зони или костномозъчно изследване с МКБ - код 41.31 (30081-00, 30087-00) при лица под 18 години	72	1 209,60
241.5	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с МРТ при лица над 18 години	13 272	989,19
241.6	Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания с МРТ при лица под 18 години	8	1 600,02
242	Диагностика и лечение на левкемии	12 805	2 054,15
243	Диагностика и лечение на лимфоми	14 907	1 600,00
244	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии		
244.1	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии. За лица над 18 години	22 449	1 027,46
244.2	Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии. За лица под 18	2 017	1

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	години		571,19
245	Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст	2 099	3 400,00
246	Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности	2 513	1 077,30
247	Брахитерапия с ниски активности	60	590,00
248	Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия		
248.1	Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни	6	4 000,00
248.2	Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни	1	7 700,00
249	Триизмерна конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници	18	1 644,30
250	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания		
250.1	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни	4 864	2 721,60
250.2	Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни	354	4 700,00
251	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания		
251.1	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни	4 364	3 402,00
251.2	Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни	8 686	7 030,80
252	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания		
252.1	Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания	2 308	5 670,00
252.2	Роботизирана радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания	485	10 432,80
253	Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания	19 104	210,60

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
254	Продължително лечение и ранна рехабилитация след острия стадий на исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт с остатъчни проблеми за здравето	15 720	99,36
255	Продължително лечение и ранна рехабилитация след инфаркт на миокарда и след сърдечни интервенции	817	97,77
256	Продължително лечение и ранна рехабилитация след оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност с остатъчни проблеми за здравето	42 045	136,00
257	Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи при персистиращо/хронично/вегетативно състояние	205	173,78
258	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на централна нервна система	4 556	66,00
259	Физикална терапия и рехабилитация при родова травма на периферна нервна система	2 315	66,00
260	Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа		
260.1	Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа	28 593	120,00
260.2	Робот-асистирана рехабилитация при детска церебрална парализа	2 605	220,00
261	Физикална терапия и рехабилитация при първични мускулни увреждания и спинална мускулна атрофия	49	829,97
262	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система		
262.1	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система	7 525	780,00
262.2	Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система като последици от мозъчно-съдова болест, след непосредствена дехоспитализация от профилирана клиника/отделение за активно лечение на основното заболяване	171	900,00
263	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система		
263.1	Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система	58 541	500,96
263.2	Физикална терапия и рехабилитация с комплексна подводно-екстензионна терапия при болести на периферна нервна система с увреждания на гръбначния стълб	206	900,00
264	Физикална терапия и рехабилитация след преживян/стар инфаркт на миокарда и след оперативни интервенции	429	740,00
265	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат		

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
265.1	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат	146 068	500,96
265.2	Физикална терапия и рехабилитация с комплексна подводно-екстензионна терапия при болести на гръбначния стълб	470	900,00
265.3	Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат след непосредствена дехоспитализация от профилирана клиника/отделение за активно лечение на основното заболяване	401	650,00
266	Речева рехабилитация след ларингектомия	66	571,24
267	Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи след лечение от COVID-19	1	570,00
999	Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура	2 328	220,00

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

(3) За случай по КП, отчетен като АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ..." по приложение № 11 на Наредба № 9 от 2019 г., се заплаща 80 % от цената на съответната КП, с изключение на КП № 240, 241, 242, 243 и 245, за които се заплаща 60 % от цената на съответната КП.

(4) За случай по КП № 16, 17.1, 17.2, 19.1, 20.1, 20.2, 25, 27 и 33, отчетен като АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП ..." по приложение № 11 на Наредба № 9 от 2019 г., се заплаща цената на съответната КП № 16, 17.1, 17.2, 19.1, 20.1, 20.2, 25, 27 и 33.

(5) В случаите, когато пациентът е приет по КП № 50 (КП № 50.1 и 50.2) и са извършени всички основни диагностични и терапевтични процедури, а след това се насочва към друго лечебно заведение за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация, на първото лечебно заведение се заплаща 62 % от цената на съответната КП № 50.1 или КП № 50.2, а на другото лечебно заведение, в което се извършва тромболиза, се заплаща цената за КП № 51.1. В случаите, когато се извърши и тромбекстракция/тромбаспирация, се заплаща цена по КП № 51 (равна на сумата от цената на КП № 51.1 и 65 % от цената на КП № 51.2). При насочване на пациенти, на които е извършена тромболиза в друго лечебно заведение за извършване на тромбектомия/тромбаспирация, на първото лечебно заведение се заплаща 87 % от цената по КП № 51.1, а на извършващото КП № 51.2 лечебно заведение се заплаща цената на КП № 51.2.

(6) При изпълнение на всички дейности в едно и също лечебно заведение по КП № 51 (КП № 51.1 и 51.2) цената на КП № 51 е равна на сумата от цената на КП № 51.1 и 65 % от цената на КП № 51.2. При изпълнение на дейностите само по КП № 51.1 се заплаща цената на КП № 51.1. При изпълнение на дейността само по КП № 51.2 се заплаща цената на КП № 51.2. Клинична пътека № 51.2 може да се изпълнява след осъществяване на тромболиза или без предходна тромболиза (КП № 51.1). Лечебни заведения, които не могат да осъществят тромболиза и/или тромбектомия (нямат договор за КП № 51.1 и КП № 51.2), са задължени да извършат образно изследване (КТ или МРТ) до първия час на болничния прием, като насочват и осигуряват хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация, към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51. Задължително се спазва и златният стандарт от 4,5 до 6 часа за осъществяване на тромболиза и тромбектомия/тромбаспирация.

(7) Случаите, отчетени по КП № 17.1, 17.2, 18.1, 18.2 и 25 с липса на патологична находка

над 30 % от месечния брой за всяка КП за дадено лечебно заведение за предходния отчетен период, се заплащат 70 % от цената на съответната КП.

(8) При надвишаване обема над 25 % на КП № 206.2 от сбора на случаите от КП № 206.1, КП № 206.2 и КП № 206.3 за предходния отчетен период за дадено лечебно заведение случаите над 25 % от КП № 206.2 се заплащат на цената на КП № 206.1.

(9) В случай на настъпил екзитус леталис преди 16-ия ден или 384-тия час от хоспитализацията на пациент по КП № 120.2, при условие че са изпълнени основни диагностични и терапевтични процедури по същата, случаят се заплаща по цената на КП № 120.1.

(10) В случай че по КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1, КП № 244.2 или КП № 245 е отчетен само терапевтичен код - 13750-00 (плазмафереза), се заплаща цена 1420 лв. В случай че КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1, КП № 244.2 или КП № 245 е отчетена освен с терапевтичен код 13750-00 за плазмафереза и с други изискуеми от ДЛА диагностични и терапевтични процедури, необходими за завършена съответната КП, се заплаща цената на съответната КП по ал. 1, увеличена с 1420 лв.

(11) В случай че по КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1 или КП № 244.2 е отчетен само терапевтичен код - 13750-04/13750-01/13750-02/13750-03 (клетъчна афереза), се заплаща цена 1020 лв. В случай че КП № 86.1, КП № 86.2, КП № 244.1 или КП № 244.2 е отчетена освен с код за клетъчна афереза и с други изискуеми от ДЛА диагностични и терапевтични процедури, се заплаща цената на съответната КП по ал. 1, увеличена с 1020 лв.

(12) В случай че по КП № 245 е отчетен само терапевтичен код - 13750-01/13750-02/13750-03/13750-04 (клетъчна афереза), се заплаща цена 1020 лв. В случай че КП № 245 е отчетена освен с код за клетъчна афереза и с други изискуеми от ДЛА диагностични и терапевтични процедури, се заплаща цената на КП № 245 по ал. 1, увеличена с 1020 лв.

(13) В случай че по КП № 241.4, КП № 241.6 или КП № 244.2 е отчетен пациент на възраст 18 - 25 години ("млади възрастни"), се заплаща на цената съответно на КП № 241.3, КП № 241.5 или КП № 244.1 (за лица над 18 години).

(14) В случай че по КП № 245 е отчетен пациент на възраст 18 - 25 години ("млади възрастни"), се заплаща 40 % от цената на КП № 245. По този ред се определя и цената по ал. 1 на КП № 245 при прилагане на ал. 3, 10 и 12.

(15) При надвишаване обема над 25 % на КП № 211.2 от сбора на случаите от КП № 211.1 и КП № 211.2 за предходния отчетен период за дадено лечебно заведение случаите над 25 % от КП № 211.2 се заплащат на цената на КП № 211.1.

(16) Медицинските изделия и консумативи, необходими за изпълнение на ДЛА на КП по ал. 10 - 15, са включени в цената на същите.

(17) Цената на КП по ал. 1 включва и основните диагностични процедури с код 92191-00 и 92191-01 "Изследване за различни инфекциозни причинители".

(18) Националната здравноосигурителна каса не заплаща за използваните консумативи в случаите на приложим метод на лапароскопска или робот-асистирана хирургия, с изключение на случаите по КП № 168.1 и КП № 168.2.

(19) Националната здравноосигурителна каса заплаща на лечебното заведение, изпълнител на болнична медицинска помощ, за КП № 120.1 и № 120.2 съгласно ДЛА за не повече от 5 %, съответно 2,5 % от броя на случаите по КП № 116, 117, 118, 119, 121 и 122.

(20) Националната здравноосигурителна каса заплаща на лечебно заведение, изпълнител на болнична медицинска помощ, за КП № 89.3 не повече от 15 % от общия брой преминали ЗОЛ по КП № 89.1 в същото лечебно заведение.

(21) В случай че по КП № 84 е отчетен пациент на възраст под 18 години, се заплащат 114 % от цената на КП № 84.

(22) В случай че КП № 135 е завършена само с код 42809-00, същата може да бъде

отчетена едновременно с КП № 8, 10, 11, 14, 15.1 и 15.2 и се заплащат 25 % от цената на КП № 135.

(23) Когато от сбора на новородените, отчетени по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, отнасящи се за деца с тегло под 2500 g, са отчетени повече от 20 % от общия брой деца, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от второ ниво на компетентност, случаите по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, надвишаващи посочения процент, се заплащат 65 % от цената на съответната КП.

(24) Когато от сбора на новородените по КП № 7 и 8, отнасящи се за деца с тегло над 2500 g, са отчетени повече от 40 % от общия брой деца с тегло над 2500 g, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от второ ниво на компетентност, случаите по КП № 7 и 8, надвишаващи посочения процент, се заплащат 65 % от цената на съответната КП.

(25) Когато от сбора на новородените по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, отнасящи се за деца с тегло под 2500 g, са отчетени повече от 50 % от общия брой новородени, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от трето ниво на компетентност, случаите по КП № 9, 10, 11, 15.1 и 15.2, надвишаващи посочения процент, се заплащат 65 % от цената на съответната КП.

(26) Когато от сбора на новородените по КП № 7 и 8, отнасящи се за деца с тегло над 2500 g, са отчетени повече от 50 % от общия брой деца с тегло над 2500 g, родени в лечебното заведение за болнична помощ за съответния месец, притежаващо клиника/отделение по неонатология от трето ниво на компетентност, случаите по КП № 7 и 8, надвишаващи посочения процент, се заплащат 65 % от цената на съответната КП.

(27) Алинеи 23, 24, 25 и 26 не се прилагат за лечебни заведения за болнична помощ, в които има разкрита само клиника/отделение по неонатология, но не притежават клиника/отделение по акушерство и гинекология.

(28) Когато случаите по КП № 69.1, отчетени с кодове 32087-00 и 32093-00 (полипектомии), са над 20 % от всички случаи по същата КП, случаите над 20 % се заплащат на цената на КП № 68.1. Когато случаите по КП № 69.2, отчетени с кодове 32087-00 и 32093-00 (полипектомии), са над 25 % от всички случаи по същата КП, случаите над 25 % се заплащат на цената на КП № 68.2.

(29) За случаите по КП № 195, отчетени с диагноза с код К65.0 и К65.9 (перитонит), над 25 % от общия брой случаи, отчетени като случаи, подлежащи на оперативни процедури от обхвата на коремната хирургия - остър холецистит (К81.0), остър апендицит (К35.0 и К35.1), остър панкреатит (К85) и при заклещена херния (К40-, К41-, К42-, К43- и К44-), се заплаща 60 % от цената на КП № 195.

(30) Лечебни заведения, които притежават I и II ниво на компетентност, изпълняват по спешност оперативни процедури от коремна хирургия, за които е необходимо по-високо ниво в не повече от 25 % от всички случаи с оперативни хирургични процедури от коремната хирургия в същото лечебно заведение.

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

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

(33) Когато случаите по отчетени КП № 262.2 надвишават 10 % от сбора на случаите от

КП № 262.1 и КП № 262.2, случаите над 10 % се заплащат на цената на КП № 262.1.

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

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

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

(37) Изчислението и проследяването на % случаи по ал. 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35 и 36 се извършва два пъти за календарна година и се смята на 6-месечен период на дейност (януари - юни, юли - декември).

(38) Потвърждаването на цената, която следва да бъде заплатена за всяка КП по ал. 5 - 37, се извършва с контрол преди заплащане.

(39) (В сила от 13.06.2025 г.) Броят на случаите, насочени и приети по КП № 182 и КП № 183 с диагнози К40.0, К40.1, К40.2, К40.3, К40.4, К40.9, К41.0, К41.1, К41.2, К41.3, К41.4 и К41.9 и завършени (отчетени) по КП № 175 в едно лечебно заведение, не може да надвишава 15 % от сбора на случаите, насочени и приети по КП № 182 и КП № 183. Когато случаите надвишават 15 %, всеки един случай по КП № 175 се заплаща на цената на КП № 182. Наблюдаваните периоди за изчисление са 6-месечни за едно лечебно заведение.

Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности по клинични процедури

Чл. 369. (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.09 - 31.12.2023 г. закупуването на следните обеми за дейностите по КПр по приложение № 8 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
01	Диализно лечение при остри състояния	2 481	270,00
02	Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане	425	270,00
03	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене	56 965	594,00
BONK03	Допълнително заплащане за КПр 03 по реда на НРД	15 608	403,92
04	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене	24 179	270,00
05	Лечение за новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели сърдечна оперативна интервенция до навършване на 1-годишна възраст	87	1 134,00
06	Ендоваскуларно лечение на нетравматични мозъчни кръвоизливи, аневризми и артериовенозни малформации на мозъчните съдове	123	4 212,00
07	Ендоваскуларно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им	40	2 646,00

(2) Допълнителното заплащане за КПр № 3 с цената на ред BONK03 в таблицата по ал. 1 се определя за до 30 % от отчетените и заплатени за месеца КПр № 3 за лица по чл. 373, ал. 1, т. 1 и 2

и се заплаща за не повече от 30 % от общия отчетен брой случаи по КПр № 3 от съответното лечебно заведение за болнична помощ, изпълнител на тази КПр през предходния 6-месечен период.

Чл. 369а. (Нов - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. - 31.12.2024 г. закупуването на следните обеми за дейностите по КПр по приложение № 8 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
01	Диализно лечение при остри състояния	7 900	270,00	285,00
02	Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане	756	270,00	351,00
03	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене	189 612	594,00	800,00
BONK03	Допълнително заплащане за КПр 03 по реда на НРД	53 980	403,92	404,00
04	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене	71 863	270,00	360,00
05	Лечение за новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели сърдечна оперативна интервенция до навършване на 1-годишна възраст	421	1 134,00	1 305,00
06	Ендоваскуларно лечение на нетравматични мозъчни кръвоизливи, аневризми и артериовенозни малформации на мозъчните съдове	381	4 212,00	4 423,00
07	Ендоваскуларно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им	10	2 646,00	2 700,00

(2) Допълнителното заплащане за КПр № 3 с цената на ред BONK03 в таблицата по ал. 1 се определя за до 30 % от отчетените и заплатени за месеца КПр № 3 за лица по чл. 373, ал. 1, т. 1 и 2 и се заплаща за не повече от 30 % от общия отчетен брой случаи по КПр № 3 от съответното лечебно заведение за болнична помощ, изпълнител на тази КПр през предходния 6-месечен период.

Чл. 369б. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01 - 31.12.2025 г. закупуването на следните обеми за дейностите по КПр по приложение № 8 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
01	Диализно лечение при остри състояния	9 465	285,00
02	Интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане	561	351,00
03	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене	219 713	800,00
BONK03	Допълнително заплащане за КПр 03 по реда на НРД	53 101	404,00
04	Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене	79 913	360,00
05	Лечение за новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели сърдечна оперативна интервенция до навършване на 1-годишна възраст	460	1 305,00
06	Ендоваскуларно лечение на нетравматични мозъчни кръвоизливи, аневризми и артериовенозни малформации на мозъчните съдове	410	4 423,00
07	Ендоваскуларно лечение на абдоминална аорта, долна празна вена и клоновете им	1	2 700,00

(2) Допълнителното заплащане за КПр № 3 с цената на ред BONK03 в таблицата по ал. 1 се определя за до 30 % от отчетените и заплатени за месеца КПр № 3 за лица по чл. 373, ал. 1, т. 1 и 2 и се заплаща за не повече от 30 % от общия отчетен брой случаи по КПр № 3 от съответното лечебно заведение за болнична помощ, изпълнител на тази КПр през предходния 6-месечен период.

Обеми и цени на закупуваните от НЗОК дейности по амбулаторни процедури

Чл. 370. (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.09 - 31.12.2023 г. закупуването на следните обеми за дейностите по АПр по приложение № 7 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
01	Хрониохемодиализа		
01.1	Хрониохемодиализа	168 052	237,60
01.2	Бъбречно-заместителна терапия (хемодиафилтрация)	1	334,80
02	Перитонеална диализа с апарат	3 962	205,20
03	Перитонеална диализа без апарат	8 445	162,00
04	Осигуряване на постоянен достъп за провеждане на диализно лечение и химиотерапия	618	410,40
05	Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания	45 532	54,00
06	Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и	45 743	216,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
	хематологични заболявания		
07	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания	35 820	162,00
08	Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия	1 197	324,00
09	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при муковисцидоза	1	108,00
10	Наблюдение при пациенти с невромускулни заболявания на неинвазивна вентилация	1	216,00
11	Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика	646	216,00
12	Бъбречно-каменна болест: уролитиаза - екстракорпорална литотрипсия	1 776	453,60
13	Инструментална диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза	2 004	216,00
14	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на заболявания на хипофизата и надбъбрека	700	324,00
15	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна	86	270,00
16	Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис	365	54,00
17	Диагностика и лечение на еритродермии	198	54,00
18	Оперативни процедури в областта на ушите, носа и гърлото и лицево-челюстната област с малък обем и сложност	2 301	302,40
19	Оперативно отстраняване на катаракта	19 553	507,60
20	Хирургично лечение на глаукома	424	594,00
21	Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност	8 880	199,80
22	Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник	3 472	276,48
23	Малки оперативни процедури на таза и долния крайник	768	367,20
24	Малки артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	1	210,60
25	Диагностична и терапевтична пункция и/или биопсия	118	108,00
26	Амбулаторни хирургични процедури	23 399	162,00
27	Специфични изследвания при хематологични заболявания	3 194	410,40
28	Паравертебрални блокади и блокади на отделни нерви	15	108,00
29	Поетапна вертикализация и обучение в ходене	3 043	216,00
30	Напасване на протеза на горен или долен крайник	1	108,00
31	Амбулаторно наблюдение на лица с кохлеарно-имплантна система	19	70,20
32	Амбулаторно наблюдение на лица с постоянен електрокардиостимулатор	722	70,20

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
33	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема		
33.1	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема	1 850	32,40
33.2	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема на медицински хранителни субстанции	14	1 296,00
34	Ендоскопска диагностика на заболявания, засягащи стомашно-чревния тракт	193	270,00
35	Сцинтиграфски изследвания	2 684	131,76
36	Позитронно-емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ) (PET/CT)	12 860	1 836,00
37	Еднофотонна емисионна компютърна томография с компютърна томография - SPECT/CT на хибриден скенер	3 792	486,00
38	Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, ал. 2 ЗЗО	40 607	54,00
39	Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит	69	209,52
40	Амбулаторно лечение и контрол на идиопатична белодробна фиброза	1	127,44
41	Амбулаторно лечение и контрол при туберозна склероза	1	123,12
42	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация на пациенти с възпалителни полиартропатии и спондилопатии	8 811	129,60
43	Специфични изследвания при пациенти с онкологични заболявания	1	648,00
44	Диагностика на злокачествени заболявания на гърдата	650	702,00
45	Диагностика на първични имунни дефицити	29	864,00
46	Диагностика и лечение на пациенти с инсулинозависим диабет, ползващи инсулинови помпи и/или сензори за продължително мониториране на нивото на глюкозата	49	108,00
47	Обучение и подпомагащо консултиране на пациенти с диабет	158	64,80

(2) В случай че по АПр № 33.1 е отчетен код "96199-00", се заплаща цена 100 лв.

(3) Цената на АПр № 33.2 се заплаща за осигуряване на лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене на пациенти със "синдром на късото черво" като периодично поддържащо заместително лечение извън фазата на активно лечение. Всички лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене на пациенти със "синдром на късото черво" са включени в цената на АПр № 33.2.

Чл. 370а. (Нов - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. - 31.12.2024 г. закупуването на следните обеми за дейностите по АПр по приложение № 7 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
01	Хрониохемодиализа			
01.1	Хрониохемодиализа	514 130	237,60	250,00
01.2	Бъбречно-заместителна терапия (хемодиафилтрация)	1	334,80	401,76
02	Перитонеална диализа с апарат	12 181	205,20	216,00
03	Перитонеална диализа без апарат	24 950	162,00	171,00
04	Осигуряване на постоянен достъп за провеждане на диализно лечение и химиотерапия	1 944	410,40	615,60
05	Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания	131 486	54,00	60,00
06	Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания	135 202	216,00	216,00
ЕА06	Заплащане за АПр 6 с отчетени ЛП, извън броя по ДЛА	47 900	-	15,00
07	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания	104 030	162,00	162,00
ЕА07	Заплащане за АПр 7 с отчетени ЛП, извън броя по ДЛА	16 220	-	15,00
08	Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия	3 690	324,00	340,20
09	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при муковисцидоза	2	108,00	150,00
10	Наблюдение при пациенти с невромускулни заболявания на неинвазивна вентилация	1	216,00	280,80
11	Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика	2 550	216,00	420,00
12	Бъбречно-каменна болест: уролитиаза - екстракорпорална литотрипсия	5 195	453,60	500,00
13	Инструментална диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза	5 836	216,00	259,20
14	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на заболявания на хипофизата и надбъбрека	2 159	324,00	388,80
15	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-	422	270,00	324,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
	фосфорната обмяна			
16	Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис	2 326	54,00	81,00
17	Диагностика и лечение на еритродермии	1 117	54,00	81,00
18	Оперативни процедури в областта на ушите, носа и гърлото и лицево-челюстната област с малък обем и сложност	6 658	302,40	378,00
19	Оперативно отстраняване на катаракта	53 822	507,60	609,12
20	Хирургично лечение на глаукома	1 508	594,00	891,00
21	Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност	27 777	199,80	250,00
22	Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник	9 322	276,48	414,72
23	Малки оперативни процедури на таза и долния крайник	2 164	367,20	550,80
24	Малки артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	3	210,60	315,90
25	Диагностична и терапевтична пункция и/или биопсия	435	108,00	200,00
26	Амбулаторни хирургични процедури	73 615	162,00	243,00
27	Специфични изследвания при хематологични заболявания	10 046	410,40	431,00
28	Паравертебрални блокади и блокади на отделни нерви	33	108,00	200,00
29	Поетапна вертикализация и обучение в ходене	10 890	216,00	300,00
30	Напасване на протеза на горен или долен крайник	1	108,00	120,00
31	Амбулаторно наблюдение на лица с кохлеарно-имплантна система	43	70,20	100,00
32	Амбулаторно наблюдение на лица с постоянен електрокардиостимулатор	2 509	70,20	100,00
33	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема			
33.1	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема	7 568	32,40	50,00
33.2	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема на медицински хранителни субстанции	387	1 296,00	1 361,00
34	Ендоскопска диагностика на заболявания, засягащи стомашно-чревния тракт	835	270,00	500,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена за периода 1.01. - 29.02.2024 г. (лв.)	Цена за периода 1.03. - 31.12.2024 г. (лв.)
1	2	3	4	5
35	Сцинтиграфски изследвания	7 954	131,76	160,00
36	Позитронно-емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ) (PET/CT)	37 937	1 836,00	1 840,00
37	Еднофотонна емисионна компютърна томография с компютърна томография - SPECT/CT на хибриден скенер	12 116	486,00	496,00
38	Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, ал. 2 ЗЗО	116 643	54,00	60,00
39	Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит	244	209,52	250,00
40	Амбулаторно лечение и контрол на идиопатична белодробна фиброза	1	127,44	153,00
41	Амбулаторно лечение и контрол при туберозна склероза	1	123,12	150,00
42	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация на пациенти с възпалителни полиартропатии и спондилопатии	24 420	129,60	150,00
43	Специфични изследвания при пациенти с онкологични заболявания	1	648,00	648,00
44	Диагностика на злокачествени заболявания на гърдата	1 811	702,00	842,40
45	Диагностика на първични имунни дефицити	296	864,00	920,00
46	Диагностика и лечение на пациенти с инсулинозависим диабет, ползващи инсулинови помпи и/или сензори за продължително мониториране на нивото на глюкозата	256	108,00	129,60
47	Обучение и подпомагащо консултиране на пациенти с диабет	961	64,80	77,76

(2) В случай че по АПр № 33.1 е отчетен код 96199-00, се заплаща цена 100 лв.

(3) Цената на АПр № 33.2 се заплаща за осигуряване на лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене на пациенти със "синдром на късото черво" като периодично поддържащо заместително лечение извън фазата на активно лечение. Всички лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене на пациенти със "синдром на късото черво" са включени в цената на АПр № 33.2.

(4) Когато АПр № 6 или АПр № 7, с които са отчетени лекарствени продукти, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, надвишават отчитания брой АПр № 6 или АПр № 7 на един пациент съгласно ДЛА, за отчетената АПр № 6 или АПр № 7 се заплаща цена от 15 лв.

(5) (В сила от 01.03.2024 г.) При извършване на две диагностични процедури за кодове за гастроскопия и колоноскопия, включени в АПр № 34, към цената по ал. 1 на амбулаторната

процедура се доплащат 100 лв.

Чл. 370б. (Нов - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) (1) Националната здравноосигурителна каса и БЛС договарят за периода на дейност 1.01. - 31.12.2025 г. закупуването на следните обеми за дейностите по АПр по приложение № 7 към чл. 1 на Наредба № 9 от 2019 г. по цени, както следва:

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
01	Хрониохемодиализа		
01.1	Хрониохемодиализа	524 543	250,00
01.2	Бъбречно-заместителна терапия (хемодиафилтрация)	1	401,76
02	Перитонеална диализа с апарат	11 886	216,00
03	Перитонеална диализа без апарат	23 908	171,00
04	Осигуряване на постоянен достъп за провеждане на диализно лечение и химиотерапия	2 004	615,60
05	Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания	141 067	60,00
06	Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания	147 738	216,00
ЕА06	Заплащане за АПр 6 с отчетени ЛП, извън броя по ДЛА	65 853	15,00
07	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания	109 479	162,00
ЕА07	Заплащане за АПр 7 с отчетени ЛП, извън броя по ДЛА	13 536	15,00
08	Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия	3 678	340,20
09	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при муковисцидоза	1	150,00
10	Наблюдение при пациенти с невромускулни заболявания на неинвазивна вентилация	1	280,80
11	Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика	4 610	420,00
12	Бъбречно-каменна болест: уролитиаза - екстракорпорална литотрипсия	5 109	500,00
13	Инструментална диагностика и лечение на заболявания на щитовидната жлеза	5 979	259,20
14	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на заболявания на хипофизата и надбъбрека	2 271	388,80
15	Диагностика и определяне на терапевтично поведение на костни метаболитни заболявания и нарушения на калциево-фосфорната обмяна	495	324,00
16	Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис	2 821	81,00
17	Диагностика и лечение на еритродермии	1 779	81,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
18	Оперативни процедури в областта на ушите, носа и гърлото и лицево-челюстната област с малък обем и сложност	6 415	378,00
19	Оперативно отстраняване на катаракта	52 327	609,12
20	Хирургично лечение на глаукома	1 468	891,00
21	Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност	31 647	250,00
22	Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник	9 631	414,72
23	Малки оперативни процедури на таза и долния крайник	2 249	550,80
24	Малки артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	1	315,90
25	Диагностична и терапевтична пункция и/или биопсия	429	200,00
26	Амбулаторни хирургични процедури	98 403	243,00
27	Специфични изследвания при хематологични заболявания	13 923	431,00
28	Паравертебрални блокади и блокади на отделни нерви	169	200,00
29	Поетапна вертикализация и обучение в ходене	16 483	300,00
30	Напасване на протеза на горен или долен крайник	1	120,00
31	Амбулаторно наблюдение на лица с кохлеарно-имплантна система	57	100,00
32	Амбулаторно наблюдение на лица с постоянен електрокардиостимулатор	4 624	100,00
33	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема		
33.1	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема	12 329	50,00
33.2	Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема на медицински хранителни субстанции	1 112	1 361,00
34	Ендоскопска диагностика на заболявания, засягащи стомашно-чревния тракт	3 348	500,00
35	Сцинтиграфски изследвания	7 888	160,00
36	Позитронно-емисионна томография с компютърна томография (ПЕТ/КТ) (PET/CT)	45 678	1 840,00
37	Еднофотонна емисионна компютърна томография с компютърна томография - SPECT/CT на хибриден скенер	11 951	496,00
38	Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, ал. 2 ЗЗО	135 891	60,00
39	Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит	338	250,00
40	Амбулаторно лечение и контрол на идиопатична белодробна фиброза	1	153,00
41	Амбулаторно лечение и контрол при туберозна склероза	1	150,00
42	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация на пациенти с възпалителни полиартропатии и спондилопатии	28 758	150,00

Код	Номенклатура	Обем (бр.)	Цена (лв.)
1	2	3	4
43	Специфични изследвания при пациенти с онкологични заболявания	1	648,00
44	Диагностика на злокачествени заболявания на гърдата	2 277	842,40
45	Диагностика на първични имунни дефицити	499	920,00
46	Диагностика и лечение на пациенти с инсулинозависим диабет, ползващи инсулинови помпи и/или сензори за продължително мониториране на нивото на глюкозата	333	129,60
47	Обучение и подпомагащо консултиране на пациенти с диабет	2 102	77,76
48	Амбулаторно лечение и контрол на пациенти с хронична хипоксемична дихателна недостатъчност, показани за домашно кислородолечение (LTOT)	150	70,00
49	Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при хронична уртикария с ангиоедем	2 000	50,00

(2) В случай че по АПр № 33.1 е отчетен код 96199-00, се заплаща цена 100 лв.

(3) Цената на АПр № 33.2 се заплаща за осигуряване на лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене на пациенти със "синдром на късото черво" като периодично поддържащо заместително лечение извън фазата на активно лечение. Всички лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене на пациенти със "синдром на късото черво" са включени в цената на АПр № 33.2.

(4) Когато АПр № 6 или АПр № 7, с които са отчетени лекарствени продукти, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, надвишават отчитания брой АПр № 6 или АПр № 7 на един пациент съгласно ДЛА, за отчетената АПр № 6 или АПр № 7 се заплаща цена от 15 лв.

(5) При извършване на две диагностични процедури за кодове за гастроскопия и колоноскопия, включени в АПр № 34, към цената по ал. 1 на амбулаторната процедура се доплащат 100 лв.

Чл. 371. (1) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) В съответствие с чл. 55а от ЗЗО НЗОК и БЛС планират и договарят закупуването за ЗОЛ на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО в рамките на договорените обеми по чл. 368, 369 и 370 за 2023 г. и чл. 368а, 369а и 370а за 2024 г. и чл. 368б, 369б и 370б за 2025 г., както и в съответствие параметрите на разходите по бюджета на НЗОК за съответната календарна година.

(2) В изпълнение на чл. 4, ал. 5 от ЗБНЗОК за съответната календарна година представителите по чл. 54, ал. 1 от ЗЗО извършват наблюдение и анализ за изпълнението на договорените обеми, както и текущо - за изпълнението на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания към 31 март, 30 юни, 30 септември и 31 декември на съответната календарна година по месеците на извършване на дейността. Българският лекарски съюз получава на тримесечие информация за касовото изпълнение на здравноосигурителните плащания по бюджета на НЗОК.

(2а) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) Договорените за първи път в календарната година КП/АПр/КПр подлежат на наблюдение и анализ в съответствие с ал. 2 - ежемесечно.

(3) В случай че при анализа по ал. 2 към 30 септември се установи очакван преразход на средства за здравноосигурителни плащания за БМП към 31 декември, надхвърлящ с повече от 3 на

сто предвидените средства, в срок до 20-о число на месеца, следващ анализа, НЗОК и БЛС договарят коригирани цени в рамките на оставащите средства за здравноосигурителни плащания за БМП по ЗБНЗОК за съответната календарна година.

(4) В случай че при анализа по ал. 2 към 30 септември на съответната календарна година се установи очаквано неизпълнение на договорените обеми при очаквано неусвояване на средства за здравноосигурителни плащания за медицински дейности в БМП към 31 декември на съответната календарна година с повече от 3 на сто от предвидените средства, в едномесечен срок от анализа НЗОК и БЛС договарят промени в договорените обеми и цени в рамките на бюджетните средства на НЗОК за съответните здравноосигурителни плащания, което създава основание за промяна в сключените договори с изпълнителите на БМП.

(5) Текущо през периода на действие на този договор в зависимост от оказаната на ЗОЛ медицинска помощ, когато по някоя дейност се достигне обемът, преди да е извършена актуализация по ал. 3, 4 и 6, тези дейности се заплащат в рамките на наличните средства за здравноосигурителни плащания за БМП по бюджета на НЗОК.

(6) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Националната здравноосигурителна каса осъществява контрол по реда на глава двадесета на изпълнителите на БМП, извършващи дейности, за които при анализа по ал. 2 се наблюдава превишение на обемите по чл. 368, 369 и 370 за 2023 г. и чл. 368а, 369а и 370а за 2024 г. и чл. 368б, 369б и 370б за 2025 г., водещо до преразход на средствата по здравноосигурителните плащания.

(7) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) В хода на изпълнение на НРД в резултат на анализа по ал. 2 и ал. 2а НЗОК и БЛС могат да коригират договорените с НРД индикации за хоспитализация и критерии за дехоспитализация по КП/КПр/АПр в съответствие с Наредба № 9 от 2019 г. и медицинските стандарти.

Раздел VII.
Методика за остойностяване на дейностите в болничната медицинска помощ

Чл. 372. Методиката на образуване на стойностите, за които НЗОК има финансов капацитет да закупи дейностите по пакета медицинска помощ по Наредба № 9 от 2019 г. за съответната календарна година от периода на действие на настоящия НРД, се състои от следните последователни етапи:

1. дефиниране на обхвата на медицинската помощ по пакета по Наредба № 9 от 2019 г., заплащан от съответния вид здравноосигурителни плащания по ЗБНЗОК за съответната календарна година от периода 2023 - 2025 г., в разделите на този договор за условия и ред за оказване на помощта;

2. определяне на отделните дейности в обхвата на всеки вид здравноосигурителни плащания по т. 1 в разделите за обеми, цени и методика за закупуване на медицинската помощ на този НРД;

3. определяне на прогнозните обеми по всяка отделна дейност по т. 2 за заплащане през съответната календарна година съобразно:

3.1. информацията за отчетения и заплатен годишен брой дейности от съответния вид за предходен тригодишен период;

3.2. отчетените тенденции в годишния ръст на обемите;

3.3. промени в пакетите през предходните периоди, съотносими към съответната дейност по пакета медицинска помощ по Наредба № 9 от 2019 г. за подлежащата за заплащане през календарната година;

3.4. налична информация за промени във външни фактори, които оказват влияние на обема на извършване на съответния вид дейност:

а) демографски фактори и тенденции;

б) промени в нормативната уредба;

в) промени в заболеваемостта;

г) промени в медицинската практика и технология;

д) други значими фактори;

3.5. становище от експертните съвети по медицински специалности за очакваните/необходимите годишни обеми за нови (незаплащани през предходните години) дейности по пакета за календарната година;

4. определяне на прогнозните стойности на необходимите средства за закупуване на прогнозните обеми по т. 3 по действащите през предходната година цени и становище от експертните съвети по медицински специалности за цените за нови (незаплащани през предходните години) дейности по пакета за текущата календарна година;

5. формиране на стойности, за които НЗОК има финансов капацитет да закупи обемите дейности по т. 3, подлежащи на заплащане през календарната година по този договор за изменение и допълнение на НРД, с цел балансиране на прогнозните стойности по т. 4 с размера на финансовата рамка за съответните здравноосигурителни плащания по ЗБНЗОК за съответната календарна година чрез прилагане на:

а) еднакви коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през предходната календарна година цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (вкл. и предложените от експертните съвети по медицински специалности цени на новите дейности по т. 4);

б) различни коефициенти за увеличаване/намаляване на действащите през предходната календарна година цени на дейностите от обхвата на съответните здравноосигурителни плащания (вкл. и предложените от експертните съвети по медицински специалности цени на новите дейности по т. 4), съобразени с налични данни за оценяване на съответната дейност.

Раздел VIII.
Методика за закупуване на дейностите в болничната медицинска помощ

Чл. 373. (1) Тази методика урежда закупуването на дейностите за БМП за:

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

2. (доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) здравнонеосигурени лица съгласно § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2023 г. и § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2024 г. и § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2025 г.:

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

б) за интензивно лечение;

3. (доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) лица, които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес по реда на Постановление № 17 на Министерския съвет от 2007 г. за определяне на условията и реда за разходване на целевите средства за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ на лица, които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес съгласно § 7, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2023 г. и § 7, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2024 г. и § 7, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2025 г.;

4. лица, осигурени в друга държава, за които се прилагат правилата за координация на

системите за социална сигурност/двустранни спогодби за социално осигуряване, по силата на които лицата имат право на болнична помощ, предоставяна от НЗОК.

(2) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Заплащането по ал. 1, т. 2 се извършва чрез трансфери от Министерството на здравеопазването по реда на § 2 от ЗБНЗОК за 2023 г. и § 2 от ЗБНЗОК за 2024 г. и § 2 от ЗБНЗОК за 2025 г.

(3) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Заплащането по ал. 1, т. 3 се извършва чрез целеви средства от Агенцията за социално подпомагане по реда на § 7, ал. 3 от ЗБНЗОК за 2023 г. и § 7, ал. 3 от ЗБНЗОК за 2024 г. и § 7, ал. 3 от ЗБНЗОК за 2025 г.

Чл. 374. (1) Националната здравноосигурителна каса закупува договорената и извършената дейност от изпълнителите на БМП от обхвата на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, съгласно Наредба № 9 от 2019 г., както следва:

1. за дейностите по КП, които включват:

а) необходимите медико-диагностични изследвания, медицински процедури, прегледи и консултации, удостоверяващи хоспитализацията;

б) медицински дейности и здравни грижи по КП, в стойността на които се включват: необходимите прегледи и консултации за осъществяване на диагностично-лечебния процес; две ежедневни визитации от лекуващия и/или дежурния лекар (при липса на промяна в състоянието на пациента се записва "статус идем"); необходимите за дейността лекарствени продукти (извън тези по чл. 358, ал. 1, т. 1 и 2); основни лекарствени продукти (есенциална листа на Световната здравна организация (СЗО) за осъществяване на анестезия и седация; основни контрастни вещества (с изключение на тези за ЯМР) съгласно есенциална листа на СЗО; медицински изделия (извън тези в списъците по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 г., както и извън тези, за които изрично в ДЛА е посочено, че НЗОК не заплаща за тях); услуги, включващи професионални здравни грижи съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно (Наредба № 1 от 2011 г.); минимум трикратно диетично хранене, предоставено на пациентите по време на тяхната хоспитализация;

в) медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите и издаване на съответните документи;

г) до два контролни прегледа за лица над 18-годишна възраст и до три контролни прегледа за лица под 18-годишна възраст (освен ако в ДЛА на КП не е предвидено друго) в лечебно заведение - изпълнител на БМП, при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, задължително вписани в епикризата;

д) попълване, поддържане, съхранение и отчитане на изискуемата медицинска документация; издаване на епикриза и на болничен лист;

е) при необходимост от издаване на рецепта за лекарствени продукти за домашно лечение и съвети за хранителен диетичен режим (ХДР);

ж) при необходимост - издаване на съответни документи за насочване на пациента към структури на извънболнична и/или болнична помощ за довършване на лечебния процес;

з) при необходимост от насочване на пациента към клинична онкологична или клинична хематологична комисия;

и) изпълнение на критериите за дехоспитализация;

2. за дейностите по АПр, които включват:

а) необходимите медико-диагностични изследвания, медицински процедури, прегледи и консултации, удостоверяващи диагностиката и лечението;

б) медицински дейности и здравни грижи по АПр, в стойността на които се включват: необходимите прегледи и консултации за осъществяване на диагностично-лечебния процес; основни лекарствени продукти (есенциална листа на СЗО) за осъществяване на анестезия и седация; основни контрастни вещества (с изключение на тези за ЯМР) съгласно есенциална листа на СЗО; необходимите за дейността лекарствени продукти (извън тези по чл. 358, ал. 1, т. 3 и 4); услуги, включващи професионални здравни грижи съгласно Наредба № 1 от 2011 г.;

в) медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите и издаване на съответните документи;

г) попълване, поддържане, съхранение и отчитане на изискуемата медицинска документация; издаване на епикриза и на болничен лист;

д) при необходимост от издаване на рецепта за лекарствени продукти за домашно лечение и съвети за ХДР;

е) при необходимост - издаване на съответни документи за насочване на пациента към структури на извънболнична и/или болнична помощ за довършване на лечебния процес;

ж) при необходимост от насочване на пациента към клинична онкологична или клинична хематологична комисия;

з) изпълнение на критериите за дехоспитализация;

3. за дейностите по КПр:

а) необходимите медико-диагностични изследвания, медицински процедури, прегледи и консултации, удостоверяващи необходимостта от хоспитализация;

б) медицински дейности и здравни грижи по КПр, в стойността на които се включват: необходимите прегледи и консултации за осъществяване на диагностично-лечебния процес; две ежедневни визитации от лекуващия и/или дежурния лекар (при липса на промяна в състоянието на пациента се записва "статус идем"); необходимите за дейността лекарствени продукти (извън тези по чл. 358, ал. 1); основни лекарствени продукти (есенциална листа на СЗО) за осъществяване на анестезия и седация; основни контрастни вещества (с изключение на тези за ЯМР) съгласно есенциална листа на СЗО; услуги, включващи професионални здравни грижи съгласно Наредба № 1 от 2011 г.; минимум трикратно диетично хранене, предоставено на пациентите по време на тяхната хоспитализация;

в) медицинска експертиза на временната неработоспособност на пациентите и издаване на съответните документи;

г) попълване, поддържане, съхранение и отчитане на изискуемата медицинска документация;

д) при необходимост от издаване на рецепта за лекарствени продукти за домашно лечение и съвети за ХДР;

е) при необходимост - издаване на съответни документи за насочване на пациента към структури на извънболнична и/или болнична помощ за довършване на лечебния процес;

ж) при необходимост от насочване на пациента към клинична онкологична или клинична хематологична комисия;

з) изпълнение на критериите за дехоспитализация;

4. лекарствени продукти по чл. 358, ал. 1;

5. лекарствени продукти по чл. 365;

6. за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения - изпълнители на БМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, както и в лечебни заведения за болнична помощ по чл. 45, ал. 2а от ЗЗО.

(2) Лекарствените продукти по чл. 358, ал. 1 и чл. 365 се заплащат при условията и по реда на Наредба № 10 от 2009 г.

(3) Вложените при изпълнение на КП/АПр/КПр медицински изделия от списъците по чл. 13, ал. 2, т. 2 от Наредба № 10 от 2009 г., които НЗОК заплаща извън цената на КП/АПр/КПр. Медицинските изделия се заплащат до стойностите, до които НЗОК заплаща за съответните групи медицински изделия.

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

(5) Лечебните заведения, изпълнители на КП и/или АПр от областта на специалностите "Медицинска онкология" и "Клинична хематология", поддържат регистри с протоколи на клинична онкологична комисия по химиотерапия или клинична комисия по хематология. Лечебните заведения осигуряват достъп на контролните органи на НЗОК до тези регистри.

(6) Националната здравноосигурителна каса заплаща за всички медицински дейности (в рамките на диагностично-лечебния процес) и приложени лекарствени продукти по чл. 358, ал. 1 за лечението на пациент с установено онкологично заболяване само в случаите, в които същият е насочен към обща клинична онкологична комисия и/или клинична комисия по хематология и от тези комисии има решение за лечебната стратегия на неговото заболяване.

(7) При провеждане на системно лекарствено лечение на солидни тумори или злокачествени хематологични заболявания НЗОК заплаща след издаване на протокол от клинична онкологична комисия по химиотерапия или клинична комисия по хематология за прилагане на конкретна лекарствена терапия по вид, курс и доза.

Чл. 375. Националната здравноосигурителна каса заплаща по реда на тази методика за пациентите, хоспитализирани след влизането в сила на договора между НЗОК и съответния изпълнител на БМП.

Чл. 376. (1) За всеки случай по КП № 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259 и 260 и по КПр № 2, 3, 4 и 5 определената цена за един леглоден се умножава по броя на пролежаните леглодни при спазване на ограниченията за болничен престой, установен в алгоритъма на съответните КП и КПр.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща за срока на календарната година една хоспитализация на ЗОЛ, отчетена по КП № 257 - 265 включително, с изключение на предвидените случаи в съответните ДЛА на посочените КП.

(3) За КП № 17.1, 17.2, 18.1 и 18.2 НЗОК заплаща до 2 пъти за една календарна година на едно ЗОЛ за определен съдов сегмент съгласно ДЛА.

(4) След оперативното лечение по КП № 117, 118, 119, 120.1, 120.2 и 122 (при изпълнени основни диагностични и терапевтични процедури, както и при спазен минимален болничен престой) и при наличие на показания за продължаване на лечението по отношение на пациента могат да бъдат проведени КПр № 5.

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща за лечението на едно ЗОЛ по КП № 89.3 не повече от един път за една календарна година. При необходимост от повторна хоспитализация по същата КП НЗОК заплаща на лечебното заведение по цената, определена за КП № 89.1.

Чл. 377. (1) За АПр се заплаща съгласно ДЛА, както следва:

1. за АПр № 1.1, 2 и 3 - за всеки отделен случай за отчетен месец, а за АПр № 1.2 се заплащат четири последователни процедури с продължителност на медицинската процедура минимум 12 часа за едно денонощие, в период от 30 дни;

2. за АПр № 4 - една АПр на едно ЗОЛ за месец;

3. за АПр № 5, 11, 13 - 15, 18, 21 - 24, 28, 34 - 37 - не повече от една АПр на едно ЗОЛ за месец;

4. за АПр № 12 - три процедури за една календарна година на бъбрек (за всеки един от чифтния орган);

5. за АПр № 6 - не повече от предвидените в ДЛА;

6. за АПр № 7 - съгласно приложение № 18 на Наредба № 8 от 2016 г.;

7. за АПр № 8 и 9 - не повече от четири АПр на едно ЗОЛ за една календарна година;

8. за АПр № 10 и 31 - не повече от една АПр на едно ЗОЛ за една календарна година;

9. за АПр № 16 - не повече от десет последователни АПр на едно ЗОЛ за месец и не повече от четири пъти за една календарна година на едно ЗОЛ;

10. за АПр № 17 - не повече от седем последователни АПр на едно ЗОЛ за месец и не повече от четири пъти за една календарна година на едно ЗОЛ;

11. за АПр № 19, 20 и 32 - не повече от две АПр на едно ЗОЛ за една календарна година;

11а. (нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) за АПр № 21 - не повече от две АПр с едно "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури (бл. МЗ-НЗОК № 7);

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

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

14. (изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) за АПр № 27 - при извършване и на трите диагностични процедури, включени в тази АПр, се заплаща три пъти стойността на същата;

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

16. за АПр № 30 - не повече от десет последователни медицински дейности на едно ЗОЛ и не повече от две АПр за една календарна година на едно ЗОЛ;

17. за АПр № 33.1 - не повече от дванадесет броя за една календарна година на ЗОЛ, а за АПр № 33.2 - не повече от една АПр на едно ЗОЛ за месец и не повече от дванадесет броя за една календарна година на ЗОЛ;

18. за АПр № 38 "Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 от ЗЗО" - до три броя на диагноза за ЗОЛ за една календарна година;

19. за АПр № 39 - до четири пъти за една календарна година;

20. за АПр № 40 и 41 - до три пъти за една календарна година;

21. за АПр № 42 - до четири пъти за една календарна година на едно ЗОЛ;

22. за АПр № 44 - за дейност с кодове 31500-00 или 31500-01 (биопсия на гърда), един път за една календарна година за всяка гърда (млечна жлеза) от чифтния орган;

23. за АПр № 45 - не повече от две АПр за едно ЗОЛ за една календарна година;

24. (нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) за АПр № 48 - до три пъти за една календарна година;

25. (нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.) за АПр № 49 - до четири пъти, но не по-малко от два пъти за една календарна година.

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

Чл. 378. (1) Контролните прегледи, включени в КП, не следва да бъдат извършени с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3) от същия/друг лекар, извършил дейността по тази КП.

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

1. профилактични прегледи;

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

3. преглед по повод диспансерно наблюдение;

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

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

(3) Пациентът, преминал по КП, има право на контролните прегледи по чл. 374, ал. 1, т. 1, буква "г", извършени в лечебното заведение - изпълнител на БМП, от същия/друг лекар, извършил дейността, но без да се отчитат с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3).

(4) В случаите на отчитане на прегледите по чл. 374, ал. 1, т. 1, буква "г" с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" (бл. МЗ-НЗОК № 3) от лечебно заведение за СИМП НЗОК не заплаща прегледа, извършен от специалиста в СИМП, работещ в лечебното заведение по ал. 3.

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

(6) В случаите на отчитане на дейностите и изследванията по ал. 5 с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 3А) и "Направление за медико-диагностична дейност" (бл. МЗ-НЗОК № 4) от изпълнител на СИМП НЗОК не заплаща изследванията, назначени от лекаря в ПИМП, лекаря - специалист в СИМП, и лечебно заведение за болнична помощ, изпълнител на СИМП.

Чл. 379. (1) (Предишен текст на чл. 379 - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.05.2024 г.) Националната здравноосигурителна каса заплаща за периода на хоспитализация само по една КП на един пациент за комплексно лечение на основно заболяване, придружаващи заболявания и усложнения.

(2) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.05.2024 г.) Изключение от ал. 1 са случаите:

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

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

(3) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.05.2024 г.) В случаите по ал. 2 лечебното заведение отправя мотивирано искане до НЗОК/РЗОК, докато пациентът е хоспитализиран за извършване на проверка. В случай че проверката установи, че по клиничните пътеки е извършена съответната основна процедура и няма друго основание за отхвърлянето им, НЗОК заплаща 100 % от стойността на КП, по която се завършва лечението, и 80 % от стойността на останалите клинични пътеки, по които са извършени основни процедури.

Чл. 380. (1) В случай на хоспитализация по КП/АПр/КПр и необходимост от провеждане на КП/АПр и/или КПр в рамките на същия болничен престой се заплаща КП и АПр и/или КПр, с изключение на:

1. амбулаторна процедура № 6 в рамките на същия болничен престой по КП № 240, 241,

242, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 250 и 251;

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

3. амбулаторна процедура № 7 в рамките на същия болничен престой по КП № 240, 241, 242, 243, 246, 247, 248, 249, 250, 251 и 252 или оперативно лечение по повод на основната диагноза, за която лицето е диспансеризирано;

4. амбулаторна процедура № 8 в рамките на същия болничен престой по КП № 240, 241, 242, 243 и 245;

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

6. клинична процедура № 3 в рамките на същия болничен престой по КП № 18, 23, 30, 47, 55, 65 и 66, в които кодът за механична вентилация (13882-00 или 13882-01, или 13882-02) е задължителен за завършване и отчитане на посочените КП;

7. амбулаторни процедури № 36 и 37 в рамките на същия болничен престой по КП, в които е включена диагностична процедура PET - CT и SPECT/CT;

8. клинична процедура № 1 в рамките на АПр № 1, 2 и 3 и КПр № 3 и 4;

9. амбулаторна процедура № 10 в рамките на КПр № 3 и 4;

10. амбулаторна процедура № 9 в рамките на същия болничен престой по КП № 112;

11. амбулаторни процедури № 1, 4, 6 - 36 в рамките на същия болничен престой по КПр № 3 и 4;

12. амбулаторна процедура № 8 в рамките на същия болничен престой по АПр № 27;

13. амбулаторни процедури № 25 и 26 в рамките на същия болничен престой по хирургични пътеки и в 30-дневен период от дехоспитализацията на пациента;

14. амбулаторни процедури № 18, 21, 22, 23, 24 и 34 в рамките на същия болничен престой по КП с дейности от областта на медицинските специалности, посочени в № 18, 21, 22, 23, 24 и 34, и в 30-дневен период от дехоспитализацията на пациента;

15. амбулаторна процедура № 32 в рамките на КП № 19;

16. амбулаторна процедура № 40 в рамките на КП № 38 - 42;

17. амбулаторна процедура № 42 в рамките на същия болничен престой по КП № 90;

18. амбулаторна процедура № 44 в рамките на същия болничен престой по КП № 193;

19. амбулаторна процедура № 45 в рамките на същия болничен престой по КП № 110 (КП № 110.1 и № 110.2).

(2) В случай на хоспитализация по КП/АПр и необходимост от провеждане на АПр/КПр в рамките на един отчетен период НЗОК заплаща КП, АПр и КПр, с изключение на:

1. амбулаторна процедура № 7 в рамките на един отчетен период по КП № 240, 241, 242, 243, 245, 247, 248, 249, 250, 251 и 252 и АПр № 6 и 8 или оперативно лечение по повод основната диагноза, за която лицето е диспансеризирано;

2. амбулаторна процедура № 8 в рамките на един отчетен период по АПр № 27;

3. амбулаторна процедура № 9 в рамките на един отчетен период по КП № 112;

4. амбулаторна процедура № 42 в рамките на един отчетен период по КП № 90.

(3) В случай на хоспитализация по определена КП и необходимост от провеждане на КПр в рамките на същия болничен престой, престоят по КПр не следва да се счита като дни за изпълнение на минималния болничен престой по съответната КП.

(4) В случай на хоспитализация по определена КП и необходимост от провеждане на КПр № 3 и/или 4 в рамките на същия болничен престой дехоспитализацията може да се осъществи при неизпълнен минимален болничен престой и изпълнени критерии за дехоспитализация, но не по-малко от два дни след приключване на КПр. В този случай минималният болничен престой по съответната КП се счита за изпълнен.

(5) В случай на хоспитализация на пациент по КП № 17.1, 17.2, 18.1, 18.2, 25, 26 и 28, за който в рамките на същия отчетен период настъпят индикации за хоспитализация по терапевтичните

КП № 16, 29 и 33 в същото лечебно заведение, НЗОК заплаща само инвазивните КП № 17.1, 17.2 (с изключение на случаите на периферни съдови заболявания), 18.1, 18.2, 25, 26 и 28.

(6) Заплащането на КПр № 3 и 4 се извършва съобразно използваемостта на интензивните легла в клиниките и отделенията по анестезиология, реанимация и интензивно лечение от второ и трето ниво на компетентност съгласно Наредба № 49 от 2010 г., като интензивните легла за изпълнение на КПр № 3 следва да са оборудвани и с необходимата медицинска апаратура за провеждане на механична вентилация.

(7) При наличие на решут при остър вирусен хепатит А и Е (стойности на АЛАТ 1000 МЕ или общ билирубин над 250 мкмол/л) се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не повече от 5 % от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

(8) При наличие на решут при остър вирусен хепатит В в рамките на един месец е възможна повторна хоспитализация в същия отчетен период (стойности на АЛАТ 1000 МЕ), но не повече от 5 % от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

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

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

(11) При започване на интратекално лечение с INN-Nusinersen с код 96198-09 КП № 60 може да се отчита до три пъти в един отчетен период.

(12) Националната здравноосигурителна каса не заплаща за лечение на едно и също ЗОЛ по КП № 89.3 и по КП № 89.1 в рамките на един отчетен период.

(13) Националната здравноосигурителна каса при необходимост заплаща по КП № 20.1, 20.2, 26 и 28 до четири стента едноактно и не повече от осем за едно ЗОЛ, в рамките на една календарна година, от подгрупа 4.1 "Коронарен стент" от "Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ". За всеки поставен стент след четвъртия съответната РЗОК извършва проверка преди заплащане.

(14) Допуска се повторна хоспитализация по КП № 26 и КП № 28 при наличие на остър коронарен синдром в същия отчетен период, като заплащането се извършва след представяне на доклад от изпълнителя на БМП до РЗОК относно необходимостта от рехоспитализация. В тези случаи, преди заплащане на рехоспитализацията, съответната РЗОК извършва проверка.

(15) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) Клинични пътеки № 68, 71 и 74 не се заплащат в рамките на 30-дневен период от провеждане на АПр № 34.

Чл. 381. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за случай по КП при наличие на следните условия:

1. отчетената КП е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БМП и е извършена от специалисти, посочени в приложение № 1 към договора по съответната КП;

2. хоспитализираното лице е с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на хоспитализацията или ги възстанови до датата на дехоспитализацията, с изключение на лицата по чл. 373, ал. 1, т. 2 и 3;

3. спазени са индикациите за хоспитализация и диагностично-лечебния алгоритъм, поставена е окончателна диагноза и критериите за дехоспитализация по съответната КП, както и са изпълнени условията за завършена КП;

4. изпълнителят на БМП е изпълнил всички свои задължения по осигуряване на пациентите: непрекъснатост на болничната помощ и грижите (ежедневно наблюдение и престой на пациента в лечебното заведение), координация между специалистите, които ги осъществяват, както и осигуряване на координация със структури на извънболнична и болнична помощ, съобразена с ДЛА на съответната КП - при дехоспитализация на пациента с цел довършване на лечебния процес;

5. извършената дейност по КП е отчетена при условията и по реда на тази методика;

6. изпълнителят на БМП е изпълнил изискванията на чл. 305;

7. спазени са условията на чл. 307, ал. 1, т. 4 - изпълнителят не може да отчете за заплащане случаи по КП, надвишаващи 100 % използваемостта на леглата в лечебното заведение; изключения се допускат в случаите на възникване на бедствие и при обявяване на извънредна епидемична обстановка и спешни случаи на пациенти, преминали през спешно отделение с код на спешност А1 и В2, отразени в триажен лист по стандарт "Спешна медицина" (по ред и условия, определени от НС на НЗОК и УС на БЛС), в съответствие с условията по Наредба № 49 от 2010 г.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай приложеното количество лекарствено вещество/доза в съответните мерни единици съгласно решенията на комисиите по чл. 30г, ал. 3, 4 и 5 от Наредба № 4 от 2009 г. на противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания по КП № 240, 242, 243, 245, 246, 248, 249, 250, 251 и 252, както и на необходимите еритро-, тромбо-, гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване, и лечение, която стойност не се включва в цената на КП.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай приложените на еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия за хематологични заболявания, прилагани в КП № 244, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване, или лечение, която стойност не се включва в цената на КП.

(4) (Изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.06.2025 г.) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай лекарствените продукти, приложени при животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с коагулопатии.

Чл. 382. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за случай по АПр и КПр при наличие на следните условия:

1. отчетената АПр и КПр е включена в предмета на договора между НЗОК и изпълнителя на БМП и е извършена от специалисти, посочени в приложение № 1 към договора по съответната АПр и КПр;

2. пациентът е с непрекъснати здравноосигурителни права с изключение на лицата по чл. 373, ал. 1, т. 2 и 3;

3. спазени са условията за завършена АПр и КПр;

4. извършената дейност по АПр и КПр е отчетена при условията и по реда на тази методика;

5. изпълнителят на БМП е изпълнил изискванията на чл. 305.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай приложеното количество лекарствено вещество/доза в съответните мерни единици съгласно решенията на комисиите по чл. 30г, ал. 3, 4 и 5 от Наредба № 4 от 2009 г. на противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания по АПр № 6, както и на необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване, и лечение, която стойност не се включва в цената на амбулаторната процедура.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки

отделен случай приложените опиоидни аналгетици, предписвани за лечение на пациентите със злокачествени заболявания при диспансерното им наблюдение по АПр № 7, която стойност не се включва в цената на АПр, заплащана от НЗОК.

(4) (Изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.06.2025 г.) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай лекарствените продукти, приложени при животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с коагулопатии.

Чл. 383. (1) При КП, АПр и КПр, която не е завършена, индикациите за хоспитализация, ДЛА и/или критериите за дехоспитализация не са спазени, дейността не се заплаща, както и вложените медицински изделия и приложените лекарствени продукти, чиято стойност не се включва в цената на КП, КПр и АПр.

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

(3) При настъпила в хода на лечението по определена КП, АПр и КПр смърт на пациент в случаите, в които не са извършени всички изискуеми основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури, дейността по КП, АПр и КПр, както и вложените медицински изделия и приложените лекарствени продукти, чиято стойност не се включва в цената на същите, се заплащат/не се заплащат след извършване на проверка. В случай на преценка за заплащане на КП, АПр и КПр се заплаща 50 % от стойността на КП/АПр/КПр.

(4) Изключения от ал. 1 се допускат и в случаите на самоволно напускане на пациента от клиниката/отделението, в които не е спазен минималният болничен престой, но са извършени всички основни диагностични и терапевтични/оперативни процедури съгласно ДЛА на КП, АПр и КПр.

(5) Случаите на самоволно напускане на пациента от клиниката/отделението по ал. 4 се отразяват в историята на заболяването от лекуващия лекар и от завеждащия клиниката/отделението.

(6) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.03.2024 г.) В случаите по ал. 4 лечебното заведение уведомява писмено съответната РЗОК, която заплаща отчетената дейност като АПр "Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...". В случай че такава не е договорена, на лечебното заведение се заплаща 60 % от цената на съответната КП, с изключение на КП № 72.

Чл. 384. (1) В случаите, в които при лечение на пациент по определена КП, АПр и КПр, която не е завършена, настъпят индикации за необходимост от лечение по друга КП, АПр и КПр, за която лечебното заведение няма сключен договор, лечебното заведение е длъжно да преведе пациента в друго лечебно заведение, сключило договор за съответната КП, АПр и КПр.

(2) Процесът по превеждането включва изписването на пациента от лечебното заведение за болнична помощ, транспортирането и хоспитализацията му в друго лечебно заведение за болнична помощ, сключило договор за съответната КП, АПр и КПр. В този случай дейността се заплаща на лечебното заведение, завършило лечението.

Чл. 385. При постъпване на пациент по терапевтична/диагностична КП, по която са извършени диагностично-терапевтични процедури и доказаната диагноза в хода на лечението по тази КП индикира оперативно/интервенционално лечение, на изпълнителя на БМП се заплаща само хирургичната КП.

Чл. 386. (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) Когато в срок до 30 дни от дехоспитализацията на пациент, при който е опериран един от чифтните органи по определена КП, настъпят спешни индикации за операция на другия чифтен

орган по същата КП, се заплащат и двете КП.

(3) Допуска се повторна хоспитализация в рамките на 30 дни по КП № 245 "Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст за пациенти с остра лимфобластна левкемия (МКБ код С91.0) и Неходжкинови лимфоми (МКБ код С83.0 до С83.9, С84.0 до С84.5, С85.0 до С85.9)".

(4) Националната здравноосигурителна каса не заплаща отчетена дейност в случаите на хоспитализации с изцяло или частично припокриващи се периоди за един и същ пациент. Когато са отчетени дейности, извършени по едно и също време от изпълнители на извънболнична и на болнична медицинска помощ или от различни изпълнители на болнична помощ, се извършва проверка на изпълнителите за тези дейности. Не се заплаща на изпълнителя, който е отчел неизвършена дейност, и съответно изпълнителят възстановява неоснователно получените суми.

(5) Националната здравноосигурителна каса не заплаща КП, АПр и КПр, както и медицински изделия и лекарствени продукти на изпълнител на БМП, в случаите, в които при извършен внезапен контрол се констатира отсъствие на пациента и/или регламентирана по време от началото на болничния престой, но неизвършена и недокументирана задължителна процедура към момента на извършване на проверката в лечебното заведение по време на хоспитализация.

(6) Националната здравноосигурителна каса не заплаща дейности, лекарствени продукти и/или медицински изделия, които не са били включени в ежедневно подаваната по електронен път информация по чл. 405 за съответния отчетен период.

(7) Националната здравноосигурителна каса не заплаща дейности, лекарствени продукти и медицински изделия за пациенти, хоспитализирани по повод провеждано клинично изпитване. За пациенти, хоспитализирани по повод провеждано клинично изпитване, координиращият главен изследовател своевременно предоставя на съответната РЗОК единен граждански номер на същите.

(8) Националната здравноосигурителна каса не заплаща КП, АПр и КПр в случаите, при които изпълнителят не е изпълнил изискванията на чл. 305.

(9) Отказът от страна на ЗОЛ за извършване на основни диагностични терапевтични процедури е основание за незаплащане от страна на РЗОК на лечение по КП, АПр и КПр.

(10) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2024 г.) Изключение от ал. 9 се допуска в случаите на спешни и животозастрашаващи състояния. В тези случаи изпълнителите на болнична медицинска помощ незабавно уведомяват съответната РЗОК, като заплащането на дейността се осъществява след извършване на проверка.

Чл. 387. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за медицински изделия, включени в списъка по Наредбата за условията и реда за съставяне на списък на медицинските изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия (ЗМИ) и за определяне на стойността, до която те се заплащат.

(2) Националната здравноосигурителна каса в съответствие с предвидените средства в бюджета си за съответната календарна година ежегодно определя групите медицински изделия, както и стойността, до която ги заплаща, при условията и по реда на Наредбата за условията и реда за съставяне на списък на медицинските изделия по чл. 30а от ЗМИ и за определяне на стойността, до която те се заплащат.

(3) Националната здравноосигурителна каса съставя списък с медицински изделия по групи, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ, и стойността, до която НЗОК заплаща за всяка група, на:

а) лечебни заведения в изпълнение на договорите за оказване на болнична медицинска помощ, сключени между изпълнители на медицинска помощ и директора на съответната РЗОК;

б) производители или търговци на едро с медицински изделия или техни упълномощени представители, сключили договори с НЗОК за доставка на медицински изделия по реда на наредбата

по ал. 1.

Чл. 388. (1) Медицинските изделия от списъците по чл. 387, ал. 3 се получават в аптеките на лечебните заведения по чл. 222, ал. 4 ЗЛПХМ - изпълнители на КП/АПр, за което се съставя и подписва двустранен протокол.

(2) Лечебните заведения, изпълнители на КП/АПр/КПр, които нямат открита аптека за задоволяване на собствените си нужди, могат да се снабдяват по договор от аптека на лечебно заведение по чл. 222, ал. 4 ЗЛПХМ.

(3) Медицинските изделия от списъците по чл. 387, ал. 3 се осигуряват, заприходяват и отпускат от аптеката.

(4) Аптеките на лечебните заведения по чл. 222, ал. 4 ЗЛПХМ поддържат необходимите количества медицински изделия за осигуряване на нормалната работа на лечебното заведение за срок най-малко пет дни.

(5) Медицинските изделия се отпускат от аптеката за всеки конкретен случай преди/в деня или в първия работен ден след извършване на оперативна/интервенционална процедура.

Чл. 389. (1) Медицинските изделия, прилагани в условията на болничната помощ, се заплащат от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр в изпълнение на договорите за оказване на болнична помощ, сключени между изпълнителите и РЗОК, с изключение на медицински изделия, които НЗОК заплаща на производители или търговци на едро с медицински изделия или техни упълномощени представители, сключили договори с НЗОК за доставка на медицински изделия по реда на наредбата по чл. 387, ал. 1.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща медицински изделия от списъка по чл. 387, ал. 3, буква "б", за които са сключени договори за доставка на медицински изделия с производители или търговци на едро с медицински изделия или техни упълномощени представители.

(3) За медицински изделия, които НЗОК заплаща от списъка по чл. 387, ал. 3, буква "б", изпълнителите на БМП сключват договор с юридическите лица по чл. 387, ал. 3, буква "б".

Чл. 390. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща медицински изделия от списъците по чл. 387, ал. 3 на лечебните заведения, сключили договори за оказване на болнична медицинска помощ, и на производители или търговци на едро с медицински изделия или техни упълномощени представители, сключили договори с НЗОК за доставка на медицински изделия по реда на наредбата по чл. 387, ал. 1.

(2) Медицинските изделия по ал. 1 се заплащат при наличие на следните условия:

1. вложени са при изпълнение на КП/АПр/КПр съгласно изискванията на диагностично-лечебните алгоритми за изпълнение на съответната КП/АПр/КПр;

2. изпълнени са изискванията, свързани с оказване на болнична медицинска помощ, установени в този договор;

3. отчетени са от лечебните заведения по ал. 1 по реда, установен в този договор.

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща медицински изделия от списъка по чл. 387, ал. 3, буква "а" на лечебните заведения по ал. 1 по реда на раздел XI "Условия и срокове за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ".

(4) Когато при изпълнение на КП/АПр/КПр са вложени елементи от медицински изделия, принадлежащи към повече от едно групиране съгласно списъците по чл. 387, ал. 3, НЗОК заплаща стойност, която е сбор от цените по елементи, отразени във фактурата, но не по-висока от най-високата стойност, посочена в списъка за съответното групиране, от чиито елементи е съставена вложената система.

(5) Националната здравноосигурителна каса заплаща медицински изделия от списъка по чл. 387, ал. 3, буква "б" на производители или търговци на едро с МИ или техни упълномощени

представители по реда на сключените договори по ал. 1.

Чл. 391. (1) За медицински изделия, които НЗОК заплаща по чл. 390, ал. 5, изпълнителите на болнична помощ сключват договор с юридическите лица по чл. 387, ал. 3, буква "б", с който се уреждат следните отношения: лечебните заведения се задължават да влагат получените медицински изделия само по КП/АПр/КПр, изпълнени по договора с НЗОК; уреждат се случаите, в които НЗОК не заплаща медицински изделия, вложени по КП/АПр/КПр при предварителен или последващ контрол по реда на ЗЗО и този договор.

(2) Изпълнителите на болнична помощ своевременно уведомяват НЗОК/РЗОК при неспазване от страна на лицата по чл. 387, ал. 3, буква "б" на следните задължения:

1. да осигуряват регулярен внос и/или производство, както и да разпространяват регулярно всички медицински изделия, предмет на договора, за които е посочен от съответните производители, за периода на действие на договора;

2. да доставят за своя сметка медицински изделия - предмет на договора, на лечебни заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК;

3. да изпълняват коректно отправените към тях от всяко едно лечебно заведение за болнична помощ заявки по отношение на сроковете на изпълнението им, както и да извършват доставките по вид и количество съгласно направените заявки;

4. да осигуряват изпълнение на заявките през цялото денонощие, както и в неработни и почивни дни.

(3) Националната здравноосигурителна каса не заплаща медицински изделия, за които не са спазени изискванията по чл. 390, ал. 2, доставени по реда на ал. 1.

(4) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2024 г.) В случаите на чл. 316а, ал. 2 НЗОК заплаща медицинските изделия от списъка по чл. 387, ал. 3, буква "б" на производители или търговци на едро с МИ или техни упълномощени представители въз основа на резултатите от извършената проверка.

Чл. 392. (1) Изпълнителят на БМП има право на заплащане по чл. 374, ал. 1, т. 6, когато лечебното заведение отговаря на критериите на методика за осигуряване на медицинския персонал в лечебни заведения - изпълнители на БМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината.

(2) Месечните суми по ал. 1, заплащани от НЗОК за всеки изпълнител на БМП, се определят по ред и начин, посочени в методиката по ал. 1.

(3) Месечната сума по ал. 2 се включва в месечното известие по чл. 405 срещу позиция BMP-55-2-3v-ZZO "Заплащане по методика по чл. 55, ал. 2, т. 3в от ЗЗО".

Чл. 393. В съответствие с чл. 45, ал. 35 от ЗЗО за медицинските изделия, заплащани напълно в условията на БМП, се прилага механизъм, гарантиращ предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК.

Чл. 394. (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) Националната здравноосигурителна каса не заплаща за оказана болнична медицинска помощ от лечебните заведения в нарушение на посочените в техните договори обеми и стойности.

Чл. 395. (1) Не се допуска заплащане на дейност за оказване на болнична медицинска помощ, извършена от лекар, който не е посочен в приложение № 1 като специалист на основен трудов договор, с изключение на случаите по чл. 290, ал. 2 и чл. 291.

(2) В случаите по ал. 1 участието на лекари специалисти, оказващи консултативна медицинска помощ, които не са на основен трудов договор в лечебно заведение за болнична помощ, и републикански консултанти (по реда на Наредба № 47 от 2010 г. за организацията, дейността и

условията и реда за финансиране на експертните съвети и на републиканските консултанти в системата на здравеопазването) не е основание за незаплащане на дейността по КП/АПр/КПр, извършена от лекарите специалисти, посочени в приложение № 1.

(3) Лекарите по ал. 2, с изключение на републиканските консултанти, могат да оказват консултативна медицинска помощ само в едно лечебно заведение за болнична помощ и се посочват в приложение № 1б към договора на лечебното заведение с НЗОК.

Чл. 396. (1) Отказът на изпълнител на болнична медицинска помощ да получи екземпляр от заповед за проверка, да предостави до приключване на проверката заверени с подпис и печат копия от необходимите за осъществяване на същата документи или при невъзможност за изпълнение на правомощията на контролен орган по чл. 72, ал. 2 ЗЗО е основание директорът на РЗОК да откаже заплащане за случаите по КП/АПр и/или КПр за пациентите, които към този момент и/или период провеждат лечение в съответното лечебно заведение, съгласно подадените ежедневни файлове.

(2) Отказът на изпълнител на болнична помощ да предостави до приключване на проверката заверени с подпис и печат копия от необходимите документи за осъществяване на същата е основание за прилагане на чл. 76а ЗЗО в случаите, в които дейността е заплатена.

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

Чл. 397. (1) Основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения за болнична помощ в изпълнение на договори с НЗОК, не следва да бъдат по-малко благоприятни от предвидените в действащия колективен трудов договор в отрасъл "Здравеопазване".

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

(3) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) Съотношението между най-високото месечно брутно възнаграждение на медицински специалист на ръководна длъжност, включително на представляващия лечебното заведение за болнична помощ, и най-ниското брутно трудово възнаграждение за пълен отработен месец на медицински специалист от категориите по КТД в отрасъл "Здравеопазване", зает в някои от дейностите по чл. 2, ал. 1 от ЗЛЗ, не може да бъде по-голямо от 10 към 1.

(3а) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) В случаите, в които лечебните заведения за болнична помощ са изпълнили условието по ал. 2, съотношението между най-високото месечно брутно възнаграждение на медицински специалист на ръководна длъжност, включително на представляващия лечебното заведение за болнична помощ, и най-ниското брутно трудово възнаграждение за пълен отработен месец на медицински специалист от категориите по КТД в отрасъл "Здравеопазване", зает в някои от дейностите по чл. 2, ал. 1 от ЗЛЗ, може да бъде по-голямо от 10 към 1, но не повече от 15 към 1.

(3б) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) Проверки за установяване на съотношението по ал. 3 и 3а се правят при условия и ред, определени от министъра на здравеопазването по предложение на управителя на НЗОК.

(4) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) Лечебните заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК, следва да изпълнят условията по ал. 2 и 3 в срок до 9 месеца от влизане в сила на този договор.

Раздел X.

Методика за финансиране осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения за болнична медицинска помощ, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, както и в лечебни заведения за болнична помощ по чл. 45, ал. 2а от ЗЗО (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г. (*))

Чл. 398. (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г. (*)) (1) Националната здравноосигурителна каса финансира осигуряване на медицински персонал в лечебни заведения - изпълнители на БМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, както и в лечебни заведения за болнична помощ по чл. 45, ал. 2а от ЗЗО.

(2) Разпределението на средствата за финансиране по ал. 1 се осъществява по обективни критерии, регламентирани в настоящата методика по този раздел и в наредбата по чл. 81, ал. 3 от Закона за здравето (ЗЗ) за класифициране на приоритетни многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ.

(3) Средствата за финансиране по ал. 1 са в рамките на здравноосигурителните плащания по чл. 1, ал. 2, ред 1.1.3.7 от ЗБНЗОК 2024 г., като:

- 30 000 хил. лв. по ред 1.1.3.7.1 са за лечебни заведения, които извършват медицинска дейност в населени места в труднодостъпни и отдалечени райони или единствени изпълняват съответната дейност на територията на общината, с изключение на лечебни заведения по чл. 106а, ал. 5б от ЗЛЗ, и

- 30 000 хил. лв. по ред 1.1.3.7.2 са за изпълнители на болнична медицинска помощ, определени по критерии от наредбата по чл. 81, ал. 3 от ЗЗ за класифициране на приоритетни многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ.

(4) Средствата за финансиране по ал. 3, по ред 1.1.3.7.1 и ред 1.1.3.7.2 се разпределят по месеци за периода на заплащане - месец януари - декември 2024 г. (дейност месец декември 2023 г. - ноември 2024 г.), и се определят в размер на по 2500 хил. лв. на месец.

(5) (Нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Средствата за финансиране по ал. 1 са в рамките на здравноосигурителните плащания по чл. 1, ал. 2, ред 1.1.3.7 от ЗБНЗОК 2025 г., като:

1. 34 000 хил. лв. по ред 1.1.3.7.2 са за лечебни заведения, които извършват медицинска дейност в населени места в труднодостъпни и отдалечени райони или единствени изпълняват съответната дейност на територията на общината, с изключение на лечебни заведения по чл. 106а, ал. 5б от ЗЛЗ, и

2. 34 000 хил. лв. по ред 1.1.3.7.3 са за изпълнители на болнична медицинска помощ, определени по критерии от наредбата по чл. 81, ал. 3 от ЗЗ за класифициране на приоритетни многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ.

(6) (Нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Средствата за финансиране по ал. 5, т. 1 и 2 се разпределят по месеци за периода на заплащане - месец януари - декември 2025 г. (дейност месец декември 2024 г. - ноември 2025 г.) и се определят, както следва:

1. в размер на по 2500 хил. лв. на месец за дейност месец декември 2024 г. - март 2025 г.;

2. в размер на по 3000 хил. лв. на месец за дейност месец април - ноември 2025 г.

(7) (Нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Средствата за финансиране по ал. 1 за дейност месец декември 2025 г. са в размер на по 3000 хил. лв. и са в рамките на здравноосигурителните плащания за болнична медицинска помощ през 2026 г.

(8) (Нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Изпълнителите на болнична медицинска помощ осигуряват не по-малко от 90 % от размера на получените средства за работа в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняващи съответната дейност в общината, за разпределение за разходи за персонал за медицинските и здравните специалисти, работещи в съответното лечебно заведение, изпълнител на болнична медицинска помощ.

Чл. 399. (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г. (*)) (1) По писмено предложение на директорите на РЗОК, съгласувано с РЛК на БЛС, лечебните заведения - изпълнители на БМП, които извършват медицински дейности в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняват съответната дейност в общината, се включват в списък.

(2) Списъкът по ал. 1 се изготвя съгласно критериите, определени в чл. 401 и съдържа: № по ред, име на РЗОК, община, наименование на лечебното заведение и ИАМН номер и брой точки.

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

(4) За целите на актуализацията по ал. 3 лечебните заведения - изпълнители на БМП, представят в РЗОК до края на всеки месец на дейност информация за настъпили промени в "Условия на работа", посочени в таблицата по чл. 401.

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

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

Чл. 400. (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г. (*)) (1) Изпълнителите на БМП, включени в списъка по чл. 399, ал. 2 и 5, получават заплащане на средствата по настоящата методика само ако са отчели оказаната от тях медицинска помощ по договора си с НЗОК за съответния месец и са изпълнили задълженията си по чл. 397, ал. 1, 2, 3 и 3а.

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

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

Чл. 401. (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г. (*)) (1) В списъка по чл. 399 се включват само МБАЛ, работещи по договор с НЗОК за оказване на БМП в поне три от следните клиники/отделения: вътрешни болести, детски болести, акушерство и гинекология, неврология и хирургия.

(2) Включването в списъка по чл. 399, ал. 2 на лечебните заведения - изпълнители на БМП, се извършва при отчитане на следните критерии:

1. отдалеченост;

2. трудна достъпност;

3. единствени изпълняват съответната дейност в общината;

4. нает медицински персонал.

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

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

Чл. 402. (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г. (*)) (1) За лечебното заведение за БМП, включено в списъка по чл. 401, се определят броят на заетите щатни бройки от ведомостта за заплащане на възнаграждения на медицински персонал на пълно работно време, назначени на трудов договор, и работещи в клиника/отделения по договора с НЗОК, като се определя една точка за една щатна бройка медицински персонал, отнасящи се за лечебните заведения за БМП по критериите по т. 1, 2 и 3.

(2) (Доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Месечната стойност за заплащане в чл. 398, ал. 4 и ал. 6, т. 1 в размер на 2500 хил. лв. се разпределя, както следва:

1. за изпълнителите на БМП, определени в списъка по критерия по т. 1 "отдалеченост", се определя месечна стойност за разпределение в размер 7,5 % от средствата по т. 1 и представлява сума в размер на 187,5 хил. лв.;

2. за изпълнителите на БМП, определени в списъка по критерия по т. 2 "трудна достъпност", се определя месечна стойност в размер 7,5 % от средствата по т. 1 и представлява сума в размер на 187,5 хил. лв.;

3. за изпълнителите на БМП, определени в списъка по критерия по т. 3 "единствени изпълняват съответната дейност в общината", се определя в размер 85 % от средствата по т. 1 и представлява сума в размер на 2125 хил. лв.

(2а) (Нова - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Месечната стойност за заплащане в чл. 398, ал. 6, т. 2 и ал. 7 в размер на 3000 хил. лв. се разпределя, както следва:

1. за изпълнителите на БМП, определени в списъка по критерия по т. 1 "отдалеченост", се определя месечна стойност за разпределение в размер 7,5 % от средствата по т. 1 и представлява сума в размер на 225 хил. лв.;

2. за изпълнителите на БМП, определени в списъка по критерия по т. 2 "трудна достъпност", се определя месечна стойност в размер 7,5 % от средствата по т. 1 и представлява сума в размер на 225 хил. лв.;

3. за изпълнителите на БМП, определени в списъка по критерия по т. 3 "единствени изпълняват съответната дейност в общината", се определя в размер 85 % от средствата по т. 1 и представлява сума в размер на 2550 хил. лв.

(3) (Доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Изпълнител на БМП, определен по реда на настоящата методика, който отговаря едновременно на два или на всички критерии, получава месечно заплащане по ал. 2 и 2а от всички критерии, на които отговаря, от средствата, определени за тях в ал. 2 и 2а.

Чл. 403. (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г. (*)) След обобщаване на предложенията по чл. 399 на национално ниво се изчислява стойност на точка за всеки отделен критерии по чл. 401, ал. 2, т. 1, 2 и 3 като съотношение между сумата по чл. 402, ал. 2, т. 1, 2, и 3 и общия брой точки на лечебните заведения за БМП за всички РЗОК, отговарящи за всеки отделен критерий по настоящата методика.

Чл. 404. (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г. (*)) (1) (Доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Месечната сума за всеки изпълнител на БМП по отделните критерии, за които е определена месечна стойност по чл. 402, ал. 2 и 2а, се получава, като се умножи броят точки по стойността за една точка, определена от сумата по всеки един от критериите.

(2) (Доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Месечната сума за заплащане за всеки изпълнител на БМП по заложени критерии от наредбата по чл. 81, ал. 3 от ЗЗ за класифициране на приоритетни многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ се получава, като се умножи броят точки съобразно критерия "нает медицински персонал" по чл. 401, ал. 3 по стойността за една точка, определена от сумата по чл. 398, ал. 4, 6 и 7.

Раздел XI.
Условия и срокове за заплащане на дейностите в болничната медицинска помощ

Чл. 405. (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, считано от 1.09.2023 г. ежедневно подават файлове по електронен път в утвърден от НЗОК формат за оказаната за денонощие дейност, включена в предмета на договора, през интернет портала на НЗОК или чрез web услуга.

(2) Считано от 1.09.2023 г. файловете по ал. 1 съдържат:

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

а) извършените дейности съгласно ДЛА на съответната КП;

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

в) приложените лекарствени продукти, които се заплащат извън цената на съответните КП, по пациенти; верификационните данни (индивидуален идентификационен белег съгласно Регламент (ЕС) 2016/161) на приложените лекарствени продукти за всеки пациент; цените по фактури на опаковките, от които са приложените количества лекарствени продукти за всеки пациент; формираните, използваните или неизползваемите остатъци лекарствени продукти за деня;

г) уточнена основна диагноза след резултати от хистологични, цитогенетични,

молекулярно-цитогенетични изследвания, ензимен и/или ДНК анализ, изследвания, които определят окончателната диагноза на пациента;

д) информация от решения на клиничните комисии по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.;

е) данните от епикризата;

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

а) извършените дейности съгласно ДЛА на съответната АПр/КПр;

б) вложените медицински изделия, които се заплащат извън цената на съответните АПр;

в) приложените лекарствени продукти, които се заплащат извън цената на съответните АПр, по пациенти; верификационните данни (индивидуален идентификационен белег съгласно Регламент (ЕС) 2016/161) на приложените лекарствени продукти за всеки пациент; цените по фактури на опаковките, от които са приложените количества лекарствени продукти за всеки пациент; формираните, използваните или неизползваемите остатъци лекарствени продукти за деня;

г) информация от решения на клиничните комисии по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

(3) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) Файловете по ал. 1 се подписват от изпълнителите на БМП с КЕП по смисъла на чл. 13, ал. 3 от ЗЕДЕУУ.

(4) За оказана БМП на правоимащи лица, осигурени в друга държава, спрямо които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност/двустранни спогодби за социално осигуряване, регистрационните данни на пациента трябва да съответстват на тези в удостоверителния документ за право на обезщетение в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания.

(5) Оказаната болнична медицинска помощ по ал. 2 се подава най-късно до 17,00 ч. на първия работен ден, следващ деня на извършване на дейността.

(6) При констатиране на грешки в подадената информация, свързани с регистрационни данни, номенклатури, договорена дейност и договорен капацитет на лечебното заведение, като брой и вид болнични легла (съгласно правилника за устройството и дейността на лечебното заведение и за срока на договора), или не са подадени верификационните данни (индивидуален идентификационен белег съгласно Регламент (ЕС) 2016/161) на приложените лекарствени продукти за всеки пациент, цените по фактури на опаковките, от които са приложените количества лекарствени продукти за всеки пациент, изпълнителят на БМП получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и подаденият файл не се обработва от НЗОК до получаване на нов с коректни данни.

(7) Грешки по ал. 6 могат да са:

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

2. подадена дейност извън предмета на договора с НЗОК;

3. несъответствия с установените номенклатури в нормативната уредба, относима към заплащаната от НЗОК дейност/лекарствени продукти/медицински изделия и данните за верификационните кодове на приложените лекарствени продукти за всеки пациент, заплащани извън цената на КП/АПр/КПр;

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

5. несъответствия между приема на пациенти по КП и КПр и брой и вид болнични легла (съгласно правилника за устройството и дейността на лечебното заведение за срока на договора), посочени в договора.

(8) Файл с коригирани данни се приема най-късно до 10,00 ч. на втория работен ден, следващ деня на извършване на дейността. Въвеждане на други грешни данни във файла от изпълнителя на БМП не е повод за корекция на данните.

(9) Националната здравноосигурителна каса не заплаща за дейност, която не е подадена в ежедневните файлове и не е приета от информационната система на НЗОК в сроковете по ал. 5 и 8.

(10) Ежедневно подадената по електронен път информация се обработва в информационната система на НЗОК. След окончателната обработка за календарен месец в срок до 15,00 ч. на осмия работен ден, следващ отчетния месец, РЗОК изпраща по електронен път на изпълнителя на БМП месечно известие, съдържащо одобрената и отхвърлената от заплащане дейност, лекарствени продукти и/или медицински изделия, заплащани от НЗОК извън стойността на КП/АПр/КПр, и съответните основания за отхвърляне, както и информация за стойностите за: заплащане на неизползваеми остатъчни количества от лекарствени продукти, отразени в приложение № 8е от Наредба № 4 от 2008 г., възстановяване по реда на Механизма по чл. 410.

(11) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) Месечното известие по ал. 10 се подписва от директора на РЗОК или от упълномощено от него длъжностно лице с КЕП съгласно чл. 13, ал. 3 от ЗЕДЕУУ.

(12) Основания за отхвърляне от заплащане по ал. 10 са:

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

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

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

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

г) (доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) не е от категорията здравнонеосигурени лица по § 2 или 7 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2023 г. и § 2 или 7 от ПЗРЗБНЗОК за 2024 г. и § 2 или § 7 от ПЗР на ЗБНЗОК за 2025 г., за които НЗОК заплаща определени видове БМП;

2. при изпълнението на КП, АПр и КПр не е спазен съответният ДЛА, изискването за минимален болничен престой и/или условията за завършеност на КП, АПр и КПр;

3. (изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) лекарственият продукт, приложен при лечението на лице по КП/АПр, не е от видовете лекарствени продукти, заплащани от НЗОК и посочени в чл. 381, ал. 2, 3 и 4 или чл. 382, ал. 2, 3 и 4;

4. медицинското изделие, вложено при лечението на лице по КП/АПр/КПр, не е от видовете медицински изделия, заплащани от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр по чл. 374, ал. 3;

5. наличие на основание за незаплащане, установено в чл. 377 и 380;

6. изпълнителят на БМП не е изпълнил изискванията на чл. 305;

7. отчетен брой случаи в нарушение на чл. 381, ал. 1, т. 7, с изключение на случаите на възникване на бедствия и при обявяване на извънредна епидемична обстановка;

8. несъответствия между приема на пациенти по КП и КПр и общия брой болнични легла (съгласно правилника за устройството и дейността на лечебното заведение за срока на договора), посочени в договора;

9. несъответствие между количеството лекарствен продукт в поле "индивидуална доза" от протокол за дадено АТС и общото приложено количество лекарствени продукти за това АТС за съответен ден;

10. несъответствие между подадената с електронните отчети на лечебните заведения -

изпълнители на болнична медицинска помощ, с подадената информация към НЗИС по отношение на регистрационните данни на ЗОЛ, ИАМН/РЗИ номер на лечебно заведение, оказващо болнична медицинска помощ, и НРН номер на електронен документ "Направление за хоспитализация" (бл. МЗ-НЗОК № 7), НРН номер на хоспитализация и наличие на епикриза;

11. (нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) наличие на форсмажорни обстоятелства (форсмажор).

(13) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) Възражения във връзка с ал. 9 се разглеждат и решават в съответната РЗОК и се потвърждават от НЗОК само за случаите на форсмажорни обстоятелства. Изпълнителят на БМП трябва да уведоми за тези обстоятелства РЗОК в сроковете по ал. 5 и да представи писмени доказателства. За разглеждане на възражението поради форсмажорни обстоятелства ежедневните файлове следва да са подадени към информационната система на НЗОК.

(13а) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) В случаите когато ежедневните файлове са подадени, но не са приети от информационната система на НЗОК в сроковете по ал. 5 и 8, поради настъпили форсмажорни обстоятелства, дейността се заплаща след приключване на производството по проверка от комисиите в РЗОК и НЗОК и потвърждаване на форсмажора.

(14) Възражения във връзка с ал. 10 и 12 се подават до 5 работни дни след получаване на месечното известие. Възраженията се разглеждат и решават от РЗОК в едномесечен срок само след контрол. За одобрените за заплащане след последващ контрол дейности директорът на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице изпраща по електронен път през информационната система на НЗОК известие след контрол, подписано с електронен подпис.

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

Чл. 406. (1) Изпълнители на болнична медицинска помощ, сключили договор с НЗОК, подават по електронен път към НЗИС информация за извършената от тях болнична медицинска дейност.

(2) При прием по спешност, превеждане към друго лечебно заведение за болнична помощ, планово онкологично лечение, при физиотерапевтично лечение, когато е от същото лечебно заведение, лекувало острото състояние, изпълнителите на болнична медицинска помощ подават информацията за издадените електронни документи "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) чрез болничната информационна система (БИС) към НЗИС. За всяко издадено електронно "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" НЗИС генерира НРН на направлението.

(3) При дехоспитализация по КП и при приключване на дейността на АПр изпълнителите на болнична медицинска помощ подават информацията от електронния документ "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) за извършената от тях болнична медицинска дейност чрез БИС към НЗИС.

(4) Проверка за наличие на издадено електронно "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7), както и за извършена болнична медицинска дейност по него, може да бъде извършена в НЗИС по идентификатор на пациента (ЕГН, ЛНЧ, ССН и осигурителен номер на чуждестранно лице), на когото е издадено направлението, и дата на издаване на електронното направление.

(5) Не се допуска едновременно издаване на "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) по електронен път с въведен НРН и на хартиен носител с въведен № на документа, генериран от БИС.

(6) Генерираните от НЗИС НРН номера се подават от лечебните заведения - изпълнители на болнична медицинска помощ, с електронните отчети по чл. 405, ал. 1.

Чл. 407. Изпълнителите на болнична медицинска помощ отразяват заетостта на всички легла в лечебното заведение независимо от метода на заплащане на болничния престой на пациента. Изпълнителите на болнична медицинска помощ се задължават да подават своевременно информация към НЗИС за хоспитализиране, дехоспитализиране и превеждане на всеки техен пациент.

Чл. 408. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност по КП и АПр или КПр на изпълнителите на БМП след представяне на следните отчетни документи:

1. електронни финансово-отчетни документи;

2. за приложените лекарствени продукти по чл. 381, ал. 2, 3 и 4, чл. 382, ал. 2, 3 и 4: отделни електронни финансово-отчетни документи;

3. (изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) за медицинските изделия: екземпляр на "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр" по приложение № 2 и отделни електронни финансово-отчетни документи.

(2) В електронните финансово-отчетни документи по ал. 1 се включва само договорена и извършена дейност по КП, АПр или КПр от изпълнителите на БМП, подадена в ежедневните файлове по реда на чл. 405 и неотхвърлена от заплащане в месечното известие по чл. 405, ал. 10.

(3) При оказана медицинска дейност по КП, АПр или КПр на лица с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава - членка на ЕС/ЕИП, или съгласно двустранни спогодби, НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на заверени от изпълнителите на БМП копия от удостоверителните документи за право на здравно осигуряване и "Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена ЕЗОК или удостоверение, временно заместващо ЕЗОК" по приложение № 3.

(4) При оказана медицинска дейност по КП и КПр на здравнонеосигурени лица по чл. 373, ал. 1, т. 2 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1.

(5) При оказана медицинска дейност по КП, АПр или КПр на лица по чл. 373, ал. 1, т. 3 НЗОК заплаща след представяне на отделни документи по ал. 1 и на уведомленията от директора на дирекция "Социално подпомагане" за установено наличие на права.

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

(7) (Изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.06.2025 г.) Националната здравноосигурителна каса заплаща на изпълнител на БМП за всеки отделен случай лекарствените продукти, приложени при животозастрашаващи кръвоизливи, спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с коагулопатии.

Чл. 409. (1) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) За гарантиране предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК съгласно чл. 4 от ЗБНЗОК за 2023 г. и чл. 4 от ЗБНЗОК за 2024 г. и чл. 4 от ЗБНЗОК за 2025 г. НС на НЗОК утвърждава за всяка РЗОК обща годишна стойност на разходите за здравноосигурителни плащания за заплащане на изпълнителите на БМП, разпределена по месеци за заплащане през бюджетната 2023 г. за периодите на извършване на дейността: декември 2022 г. - май 2023 г., юни - август 2023 г. и септември - ноември 2023 г. и бюджетната 2024 г. за периодите на извършване на дейността: декември 2023 г. - февруари 2024 г., март - август 2024 г. и септември - ноември 2024 г. и бюджетната 2025 г. за периодите на извършване на дейността: декември 2024 г. - февруари 2025 г., март - август 2025 г. и септември - ноември 2025 г.

(2) Стойностите по ал. 1 не се отнасят за дейностите, оказани на лица по чл. 373, ал. 1, т.

2, 3 и 4.

(3) (Спряно действие в частта "и по изпълнители на БМП" с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) Надзорният съвет на НЗОК утвърждава стойности на разходите за здравноосигурителни плащания за БМП и по изпълнители на БМП, разпределена по месеци за периодите по ал. 1 на база на предложения на директорите на РЗОК.

(4) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.03.2024 г.) Стойностите по ал. 3 се определят по различен ред за:

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

2. (спряно действие в частта "закупувани само в рамките на месечните стойности по приложение № 2 към договорите на изпълнителите на БМП" с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) дейности в БМП - КП, КПр, АПр, с изключение на дейности по т. 1 и 3, закупувани само в рамките на месечните стойности по приложение № 2 към договорите на изпълнителите на БМП;

3. (спряно действие в частта "закупувани само в рамките на месечните стойности по приложение № 2 към договорите на изпълнителите на БМП" с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) дейности в БМП - КП за асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания, закупувани в рамките на отделни месечни стойности по приложение № 2 към договорите на изпълнителите на БМП.

(5) Надзорният съвет на НЗОК по предложение на директорите на РЗОК утвърждава индикативни стойности на изпълнителите на БМП за дейности по ал. 4, т. 1, за медицински изделия, прилагани в болничната медицинска помощ, и за лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания в условията на болнична медицинска помощ, които НЗОК заплаща извън стойността на оказваните медицински услуги, които ще се съблюдават при прилагане на ежеседмичния и месечния анализ и контрол от РЗОК.

(6) (Изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.06.2025 г.) Лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с коагулопатии и дейностите, при които са приложени, се заплащат от РЗОК само след проверка на извършената от изпълнителя на БМП дейност и приложените лекарствени продукти.

(7) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Условията и редът за определяне на стойности на разходите по ал. 1, 4 и 5 се регламентират от НС на НЗОК с правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2023 г. и чл. 4 от ЗБНЗОК за 2024 г. и чл. 4 от ЗБНЗОК за 2025 г.

(8) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Националната здравноосигурителна каса не закупува дейности, чиято стойност надвишава месечните стойности, определени по реда на правилата по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2023 г. и чл. 4 от ЗБНЗОК за 2024 г. и чл. 4 от ЗБНЗОК за 2025 г.

(9) (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) Сключването на договори и/или допълнителни споразумения по реда на чл. 59, ал. 1а от ЗЗО е в рамките на утвърдените стойности по ал. 1.

(10) (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) Приоритетно изпълнителите на

болнична медицинска помощ в рамките на стойностите по ал. 1 осигуряват разходи за персонал.

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

Чл. 410. (1) (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) С настоящия договор НЗОК и БЛС определят Механизъм за гарантиране предвидимост и устойчивост на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ по ЗБНЗОК за съответната календарна година (Механизма).

(2) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Директорът на РЗОК сключва договори с изпълнителите на БМП за закупуване на медицински дейности в рамките на утвърдените по чл. 409, ал. 4, т. 2 стойности. За всеки изпълнител в приложение № 2 към договора с НЗОК съгласно чл. 28, ал. 4, т. 2 се определя месечна стойност при условията и по реда на правилата по чл. 4, ал. 4 от ЗБНЗОК за 2023 г. и чл. 4, ал. 4 от ЗБНЗОК за 2024 г. и чл. 4, ал. 4 от ЗБНЗОК за 2025 г.

(3) (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) Районната здравноосигурителна каса текущо анализира постъпващата информация по чл. 405 за достигнатото изпълнение на стойностите по чл. 409. В случай на констатирана от РЗОК при анализа по ал. 2 тенденция за изпреварващо достигане от конкретен изпълнител на определените стойности по чл. 409 РЗОК извършва внезапен контрол.

(4) (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) Стойностите по чл. 409 по финансово-отчетните документи не следва да надвишават размера на определените месечни стойности по приложение № 2 на индивидуалните договори на изпълнителите.

(5) (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) За прилагане на ал. 4 в месечните известия по чл. 405, ал. 10 се посочва сумата на надвишението на стойността на отчетените през месеца дейности спрямо определената месечна стойност, която подлежи на възстановяване на НЗОК по реда на Механизма. Сумата се посочва с отрицателен знак.

(6) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г., спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г., доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 01.01.2025 г.) Изпълнител на БМП може да подаде в РЗОК писмено заявление за увеличение на размера на месечната стойност за случаите на спешна диагностика и лечение по КП, КПр или АПр по ал. 2 за сметка на до 5 % от утвърдената стойност за следващия месец в приложение № 2 от индивидуалния договор за периода февруари - декември 2023 г. (период на извършване на дейността: януари - ноември 2023 г.) и за периода февруари - декември 2024 г. (период на извършване на дейността: януари - ноември 2024 г.), за периода февруари - декември 2025 г. (период на извършване на дейността: януари - ноември 2025 г.).

(7) (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) Промените в приложение № 2 към индивидуалния договор при прилагане на ал. 2 се договарят между изпълнителя на БМП и директора на РЗОК в срока за представяне в РЗОК на отчетите за заплащане на дейността за съответния месец.

(8) (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) В случай че след заплащане на отчетената

месечна дейност се установи недостигане от конкретен изпълнител на БМП на определените месечни стойности по приложение № 2 от индивидуалния договор, в него се отразяват стойностите на заплатената за месеца дейност. Изпълнителят на БМП може да прехвърля разликата в средствата по предходното изречение в рамките на общия размер на определените стойности по приложение № 2 към договорите си за периодите по чл. 409, ал. 1. Разликата в средствата в края на период на извършване на дейност по предходното изречение не се прехвърля за следващ период.

(9) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г., спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) Когато за предходен месец изпълнител на БМП е формирал надвишение на месечната стойност, възстановена по реда на ал. 4, редът на ал. 8 се прилага след приспадане на възстановената сума от формираната разлика в средствата. В тези случаи в месечните известия по чл. 405, ал. 10 сумата на надвишението по ал. 4 в рамките на формираната за месеца икономия се посочва с положителен знак, което се отразява и в приложение № 2 от индивидуалния договор.

(10) (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) Стойностите на отхвърлените от заплащане случаи от предходен период на дейност компенсирано се отразяват в увеличение на месечната стойност в месеца, в който ще се извърши приспадането на стойностите на тези случаи.

(11) (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) Стойностите на потвърдени за заплащане случаи от предходен период на дейност компенсирано се отразяват в намаление на месечната стойност в месеца, в който ще се извърши заплащането на тези случаи.

(12) (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) Редът на ал. 9, 10 и 11 не се прилага за дейности, отчетени по реда на предходни НРД.

(13) (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) Директорът на РЗОК представя ежемесечни доклади на НС на НЗОК за резултатите от извършения контрол по ал. 3 на изпълнителите на БМП, надвишили определените им стойности по чл. 409.

Чл. 411. (Спряно действие с Определение от 10.07.2024 г. и Определение № 9630 от 30.08.2024 г. на ВАС - ДВ, бр. 78 от 2024 г., в сила от 13.09.2024 г.) (1) Директорът на РЗОК може да внесе предложение до НС на НЗОК за коригиране на определените стойности в приложение № 2 по договорите с изпълнителите на БМП на основание получено от конкретен изпълнител на БМП мотивирано предложение, водещо до промяна на определените стойности по чл. 409, ал. 4, т. 2 в края на период по чл. 409, ал. 1, при наличие на неусвоени средства на ниво РЗОК. Предложенията се внасят с доклад за всеки отделен изпълнител на БМП, включващ:

1. конкретните обстоятелства, довели до необходимост от промяна;

2. резултата от текущите проверки на РЗОК при констатирана тенденция на нарастване на разходите на ниво лечебно заведение, отделение/клиника.

(2) Надзорният съвет на НЗОК утвърждава корекции по стойностите на разходите за БМП на РЗОК в съответствие с параметрите на средствата по бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания за БМП на национално ниво.

(3) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) В случай на недостиг на средства по бюджета на НЗОК за 2024 г. формираната отрицателна стойност от изпълнители на БМП по реда на чл. 410, ал. 9 към 31.12.2024 г. не се прехвърля като задължение на НЗОК за компенсиране на месечни стойности през 2025 г.

Чл. 412. (1) Изпълнителите на БМП, сключили договор с НЗОК, подават отчетните документи по чл. 408 ежемесечно в РЗОК по утвърден график до осмия работен ден на месеца,

следващ отчетния.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) Електронните финансово-отчетни документи (фактури или дебитни/кредитни известия към тях) се подават в утвърден от НЗОК формат през интернет портала на НЗОК или чрез web услуга, подписани с КЕП по смисъла на чл. 13, ал. 3 от ЗЕДЕУУ от управителя на лечебното заведение - изпълнител на БМП, или упълномощено лице.

(3) Електронна фактура по ал. 2 се подава в срок до един работен ден след изпращане на месечното известие и включва договорената и извършената медицинска дейност, одобрена за заплащане в това месечно известие.

(4) Дебитно известие към фактура по ал. 2 се подава в срок до един работен ден след изпращане на известие след контрол по чл. 405, ал. 14 и включва одобрената за заплащане медицинска дейност в това известие.

Чл. 413. (1) При подаване на електронен финансов документ по чл. 412 информационната система на НЗОК извършва автоматична проверка.

(2) При констатиране на грешки в електронните финансово-отчетни документи, свързани с регистрационни данни и реквизити, изпълнителят на БМП получава автоматична нотификация от информационната система на НЗОК и документите не се обработват от НЗОК до получаване на коректни електронни финансово-отчетни документи в сроковете по чл. 412, ал. 3 и 4.

Чл. 414. (1) При успешно обработен електронен финансов документ от информационната система на НЗОК се извършва проверка и от РЗОК.

(2) При констатиране на грешки в електронен финансово-отчетен документ изпълнителят на БМП получава нотификация чрез профила си в информационната система на НЗОК и документът не се приема от НЗОК до получаване на коректен електронен финансово-отчетен документ в срок един работен ден след получаване на нотификацията.

Чл. 415. (1) За приет финансово-отчетен документ се счита документът, подписан с електронен подпис от директора на РЗОК или упълномощено от него длъжностно лице.

(2) Изпълнителят на БМП получава нотификация чрез профила си в информационната система на НЗОК за приетия финансово-отчетен документ.

Чл. 416. Плащанията на изпълнителите на БМП се извършват чрез РЗОК до 25-о число на месеца, следващ отчетния, с изключение на:

1. плащанията по финансово-отчетни документи по чл. 408, ал. 4, които се извършват в срок до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на трансферните средства от МЗ;

2. плащанията по финансово-отчетни документи по чл. 408, ал. 5, които се извършват в срок до 10 работни дни след постъпване в НЗОК на превод на целеви средства от Агенцията за социално подпомагане;

3. плащанията по финансово-отчетни документи по чл. 408, ал. 1, т. 2 и 3, които се извършват до 30-о число на втория месец, следващ отчетния.

Чл. 417. (1) При писмено заявен отказ от страна на изпълнителя на БМП да изпълни корекциите по чл. 413 и 414 РЗОК не заплаща отчетената дейност.

(2) При неспазване на посочените в чл. 412, 413 и 414 срокове за представяне на финансово-отчетните документи обработката им и съответното заплащане се извършват в сроковете за следващ период на отчитане.

(3) Ако исканите поправки по чл. 413 и 414 не се извършат до края на втория месец, следващ отчетния, на изпълнителя на БМП не се заплаща по този ред.

Чл. 418. (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. 419. За неверни данни, посочени в отчетите и справките, изискуеми по договора, изпълнителите на БМП носят отговорност.

Чл. 420. (1) Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на изпълнителя на БМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

(2) Редът на ал. 1 не се прилага в случаите на извършване на частично плащане и/или за отлагане на плащанията при недостиг на бюджетни средства за извършване от НЗОК на съответните здравноосигурителни плащания към изпълнителите на БМП.

Раздел XII.
Документация и документооборот за изпълнители на болнична помощ по клинични пътеки, амбулаторни процедури и клинични процедури

Чл. 421. Документацията, която е длъжен да води и съхранява всеки изпълнител на БМП, включва документите по чл. 323, първични медицински документи по приложение № 2 и финансово-отчетни документи по Закона за счетоводството.

Чл. 422. (1) Дейностите по КП, КПр и АПр се извършват в съответствие с алгоритмите по приложения № 17, 18 и 19 и се отразяват в посочените в тези алгоритми документи.

(2) В приложение № 21 "Кодове на диагностични процедури по КСМП - версия 2020 г." се съдържат кодовете на медицинските процедури, с които се отчита прилагането им, когато това е необходимо.

Чл. 423. В диагностично-консултативния блок/приемен кабинет (на хартиен или електронен носител) се води журнал с лични данни на преминаващите през ДКБ/ПК ЗОЛ с регистриране на направление за провеждане на КП, АПр и КПр.

Чл. 424. В ИЗ се отразяват датата и часът на постъпването на ЗОЛ в лечебното заведение - изпълнител на БМП.

Чл. 425. (1) Първичните медицински документи са:

1. "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7);

2. "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8);

3. "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А);

4. "Лист за диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 9);

5. "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр";

6. "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" (бл. МЗ-НЗОК № 12);

7. "Решение на специализирана комисия по специалност" (бл. МЗ-НЗОК № 13);

8. "История на заболяването";

9. "История на бременността и раждането";

10. "История на новороденото".

(2) Документите по ал. 1, т. 1, 8, 9 и 10 се издават електронно чрез БИС. Издадените

електронни медицински документи се регистрират в НЗИС и получават НРН. В медицинските документи по ал. 1, т. 8, 9 и 10 се съхранява информация за НРН на "Направление за хоспитализация".

(3) Получените от НЗИС НРН номера се подават от изпълнителя на болнична медицинска помощ с електронните отчети по чл. 405, ал. 1.

(4) Не се допуска едновременно издаване на първичните медицински документи по електронен път с въведен НРН и на хартиен носител с въведен № на документа, генериран от БИС.

(5) Редът за предоставяне на електронните здравни записи е в съответствие с този договор и наредбата по чл. 28г, ал. 6 от Закона за здравето.

Чл. 426. (1) "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7), "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) и "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А) се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в приложение № 2.

(2) "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) - издава се от лекар от лечебно заведение - изпълнител на ПИМП, СИМП, БП, в условията на спешност и за КП по физикална и рехабилитационна медицина; КОЦ и ЦКВЗ; ЦСМП. В случаите на издаден болничен лист същият се отразява в "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7), "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) и "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А), като задължително се вписва уникалният номер на болничния лист съгласно формата, определен от НОИ.

(3) "Медицинско направление за клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8) и "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А) се попълват в един екземпляр.

(4) Документите се попълват, както следва:

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

2. регистрационните и медицинските данни в документа относно приемането за хоспитализация и болничното лечение на ЗОЛ се попълват от лечебното заведение, извършило болничната медицинска помощ.

Чл. 427. (1) "Лист за диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 9) и "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр" се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в приложение № 2. "Лист за диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 9) се попълва в един екземпляр, а "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на КП/АПр/КПр" - в два екземпляра.

(2) "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" (бл. МЗ-НЗОК № 12) и "Решение на специализирана комисия по специалност" (бл. МЗ-НЗОК № 13) се изготвят съгласно изискванията и реквизитите, посочени в приложение № 2. "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" (бл. МЗ-НЗОК № 12) се попълва в три екземпляра, а "Решение на специализирана комисия по специалност" (бл. МЗ-НЗОК № 13) - в два екземпляра.

Чл. 428. (1) Медицинската документация - "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7), "Медицинско направление за клинични

процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8), "Медицинско направление за провеждане на клинични процедури/амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 8А), "Лист за диспансерно наблюдение" (бл. МЗ-НЗОК № 9), "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" (бл. МЗ-НЗОК № 12) и "Решение на специализирана комисия" (бл. МЗ-НЗОК № 13), епикризата, както и документи за извършени основни диагностични и терапевтични процедури се подписват само от лекари, включени в приложение № 1 към договора на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.

(2) "Решение на обща клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология" (бл. МЗ-НЗОК № 12), издадено от клинична онкологична комисия за лица под 18 г./клинична комисия по хематология за лица под 18 г. и т. нар. "млади възрастни", се подписва от всички лекари, имащи отношение към диагностично-лечебния процес на тези лица.

Чл. 429. (1) Лекар специалист, оказващ БМП по КП, АПр и КПр, който отсъства поради ползване на отпуск, заболяване, командировка или друга причина, няма право да извършва медицински дейности, свързани с лечението на пациенти, както и да подписва документи по чл. 323, първични медицински и финансови документи и епикризи за периода на отсъствието си.

(2) Лекар специалист, оказващ БМП по КП, АПр и КПр и посочен в приложение № 1 към договора на лечебното заведение, може да извършва тази дейност и извън часовете за работа в представения месечен график по чл. 300, т. 3 в същото лечебно заведение.

Чл. 430. При отчитане на хирургична КП в "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ-НЗОК № 7) следва да се отрази и основната диагноза, с която се изписва пациентът.

Чл. 431. (1) При отчетена и заплатена КП, АПр и КПр, когато не е изпълнен диагностично-лечебният алгоритъм, липсват индикации за хоспитализация, както и при неизпълнени критерии за дехоспитализация, директорът на РЗОК удържа неоснователно платените суми.

(2) Директорът на РЗОК удържа неоснователно платените суми също при:

1. незавършена КП, доказано при последващ контрол;

2. несъответствие между договорената по вид и обем и оказаната медицинска помощ.

(3) Директорът на РЗОК не заплаща отчетените случаи при неспазване на изискванията за непрекъснатост на болничните грижи - отсъствие на пациента при междинен одит.

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

Чл. 432. (1) Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се извършва в съответствие с раздел X от ЗЗО и тази глава.

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

(3) Обект на контрол при настоящите условия и ред са всички лечебни заведения или техните обединения, сключили договор с НЗОК, които по смисъла на чл. 58 от ЗЗО са изпълнители на медицинска помощ.

Чл. 433. (1) Управителят на НЗОК упражнява цялостен контрол по изпълнението на договорите чрез:

1. длъжностни лица - служители на НЗОК;

2. длъжностни лица от РЗОК - контрольори.

(2) Директорът на РЗОК упражнява контрол върху изпълнението на договорите чрез длъжностни лица на РЗОК - контрольори.

Чл. 434. (1) Контролът по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се осъществява чрез проверки, извършвани от длъжностни лица - служители на НЗОК, и от длъжностни лица от РЗОК - контрольори.

(2) Длъжностните лица по ал. 1 осъществяват внезапен контрол по изпълнение на договорите с изпълнителите на медицинска помощ, контрол преди заплащане на оказаната медицинска помощ и последващ контрол.

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

(4) По жалби, при които не може да се идентифицира подателя, не се извършват проверки.

Чл. 435. (1) Изпълнителите на медицинска помощ са длъжни да:

1. оказват съдействие на контролните органи на НЗОК и РЗОК при изпълнение на служебните им задължения;

2. (изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) предоставят на контролните органи на НЗОК и РЗОК при поискване всички документи по сключените договори, включително удостоверения, справки, декларации и други документи за установяване на обстоятелствата, свързани с прилагането на чл. 397, както и отчетната документация по чл. 36, ал. 2, с изключение на финансовите отчетни документи по чл. 36, ал. 2, т. 3 при електронно отчитане.

(2) Контролната дейност се осъществява по начин и във време, незатрудняващи основната дейност на изпълнителите на медицинска помощ.

(3) Изпълнителите на медицинска помощ са длъжни да осигурят достъп на длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО до помещенията, в които се изпълнява дейността по сключения договор, съответно се съхраняват документи, лекарствени продукти, диетични храни за специални медицински цели, медицински изделия и/или високоспециализирани уреди/апарати за индивидуална употреба и помощни средства, приспособления и съоръжения за хората с увреждания при спазване на здравните изисквания.

(4) Лицата по ал. 3 са длъжни да представят на длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО исканите от тях описи, справки, сведения, декларации, обяснения, рекапитулации и други документи и информация, както и да оказват съдействие при изпълнението на служебните им задължения.

Чл. 436. Здравноосигурените лица могат да бъдат поканени за съдействие на контролните органи на НЗОК/РЗОК за уточняване на обстоятелства във връзка с дейността на ИМП, включително и в писмен вид.

Чл. 437. (1) Длъжностните лица - служителите на НЗОК, извършват проверка по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ на основание заповед на управителя на НЗОК или от оправомощено от него длъжностно лице, в която се посочват правните и фактическите основания за издаването ѝ, и се определят проверяващото лице (лица), обектът - наименование и месторазположение, срокът, видът и задачата на проверката.

(2) Служителите на НЗОК по ал. 1 могат да извършват проверки на територията на цялата страна.

Чл. 438. (1) Управителят на НЗОК или оправомощено от него длъжностно лице може със заповед да разпореди извършване на проверка от контрольори от РЗОК с участието на служители на НЗОК. Заповедта съдържа: правните и фактическите основания за издаването ѝ; служителите на НЗОК, които ще участват в проверката; обекта, задачата, вида и срока на проверката, както и РЗОК, на чиято територия тя ще се извърши.

(2) На основание заповедта на управителя на НЗОК директорът на РЗОК издава заповед, която съдържа: правните и фактическите основания за издаването ѝ; служителите на НЗОК, както и контролните органи на РЗОК, които ще участват в проверката; конкретния/конкретните изпълнител/и на медицинска помощ - обект/и на проверката, задачата и вида на проверката.

(3) Служителите на РЗОК - контрольори, могат да извършват проверки на територията на съответната РЗОК по заповед на нейния директор или на оправомощено от него длъжностно лице.

Чл. 439. (1) По заповед на управителя на НЗОК или на оправомощено от него длъжностно лице служителите на РЗОК - контрольори, могат да извършват проверки на територията на съответната РЗОК или на територията на друга РЗОК.

(2) За издаване на заповедта по ал. 1 за извършване на проверка на територията на друга РЗОК контрольорите се определят по предложение на директора на РЗОК, на която са служители.

Чл. 440. (1) При откриване на проверката проверяващото лице (лица) се легитимира и връчва екземпляр от заповедта за проверка на ИМП - обект на проверката.

(2) Екземпляр от заповедта за проверка се подписва от представляващия ИМП или от упълномощено от него лице.

(3) При отказ или невъзможност да се приеме заповедта проверката се извършва и без връчването ѝ, като това обстоятелство, както и датата и часът се отбелязват в нея и това се удостоверява чрез съставяне и подписване на протокол от всички участващи в проверката лица.

(4) До приключване на проверката ИМП са длъжни да предоставят на контролните органи заверени с подпис и печат копия от необходимите за извършване на проверката документи.

Чл. 441. (1) Контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО: длъжностните лица - служители на НЗОК, и длъжностните лица от РЗОК - контрольори, имат правата по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО.

(2) За изпълнение на правомощията си по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО контролните органи по чл. 72, ал. 2 имат право на достъп до информация от работодателите, осигурените и изпълнителите.

(3) (Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) Длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, които нямат образователно-квалификационна степен магистър по медицина (лекар), нямат правомощията по чл. 73, ал. 1, т. 7 от ЗЗО по отношение на съответствието с чл. 59в, т. 4 от ЗЗО.

Чл. 442. (1) За резултатите от извършената проверка и установени нарушения по чл. 73, ал. 1 от ЗЗО контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО съставят протокол, в който вписват:

1. обекта на проверката - наименование и месторазположение;

2. данните за проверката - дата и място на съставяне, основание за извършване на проверката, проверяващото лице (лица);

3. описание на установените факти;

4. констатираните нарушения при изпълнение на договора с ИМП;

5. задължителните предписания и сроковете за отстраняване на констатираните нарушения, препоръки за подобряване на дейността на ИМП;

6. подписа на съставителя(ите);

7. срока за възражение, установен в ЗЗО;

8. дата на връчване и подпис на лицето - обект на проверката.

(2) Екземпляр от протокола се предоставя на лицето - обект на проверката, срещу подпис, а копия от него се изпращат на управителя на НЗОК, съответно на директора на РЗОК, и на съответната РК на БЛС.

(3) При констатирани от извършената проверка нарушения на Кодекса за професионална етика на лекарите директорът на РЗОК уведомява съответната комисия за професионална етика към БЛС.

Чл. 443. Лицето - обект на проверката, има право да даде писмено становище пред

управителя на НЗОК, съответно пред директора на РЗОК, с когото е сключило договор, по направените от длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО констатации в 7-дневен срок от връчването на протокола по чл. 442, ал. 1.

Чл. 444. Санкциите се налагат по реда на глава двадесет и първа.

Чл. 445. (1) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) При извършване на проверките по чл. 397, 437, 438 и 439 могат да присъстват експерти на БЛС, които не са в договорни отношения с проверявания изпълнител на медицинска помощ. Експертите предоставят писмени становища, които са неразделна част от протокола по чл. 442, ал. 1.

(2) Включването на експертите на БЛС в заповедите за проверките по ал. 1 на управителя на НЗОК, респ. директора на РЗОК, се осъществява след посочване в писмен вид от страна на председателя на РК на БЛС, на чиято територия се осъществява проверката, на представителите на РК на БЛС със съответна специалност.

Чл. 446. При извършване на проверките по чл. 437, 438 и 439 на изпълнители на болнична помощ по КП, АПр и КПр могат да присъстват и други специалисти по преценка на управителя на НЗОК/директора на РЗОК.

Чл. 447. При установяване на административни нарушения по чл. 105д и 105е от ЗЗО актовете за установяване на административни нарушения по ЗАНН се съставят от длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО по реда на ЗАНН и инструкцията на управителя на НЗОК по чл. 72, ал. 10 от ЗЗО.

Чл. 448. (1) При осъществяване на контролната дейност от длъжностни лица - служители на НЗОК, и от длъжностни лица от РЗОК - контрольори, ЗОЛ могат да бъдат поканени за доброволно съдействие с цел уточняване на обстоятелства и факти във връзка с дейността на ИМП.

(2) В случаите, когато ЗОЛ удостоверяват своите твърдения с документи, контролните органи прилагат към протокола от проверката копия на тези документи, които заверяват с "Вярно с оригинала", дата и подпис.

(3) При невъзможност на ЗОЛ да представи документи същото излага своите твърдения в писмен вид, като поставя дата и подпис. Писмените изложения се прилагат към протокола от проверката.

Глава двадесет и първа.
САНКЦИИ ПРИ НЕИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДОГОВОРИТЕ ЗА ОКАЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Раздел I.
Налагане на санкции. Видове санкции.

Неоснователно получени суми

Чл. 449. (1) При констатирани нарушения от длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО: длъжностните лица - служители на НЗОК, и длъжностните лица от РЗОК - контрольори, по изпълнение на договорите за оказване на медицинска помощ се налагат:

1. санкции, предвидени в тази глава;

2. глоби или имуществени санкции съгласно административнонаказателните разпоредби на ЗЗО.

(2) Предвидените в тази глава санкции се прилагат при нарушение, констатирано по реда на глава двадесета.

(3) Предвидените в чл. 105д и 105е от ЗЗО глоби или имуществени санкции се прилагат при нарушение, констатирано по реда на ЗАНН и инструкцията по чл. 72, ал. 10 от ЗЗО, на управителя на НЗОК.

(4) За маловажни случаи на нарушения наказващият орган не налага наказание, като направи предписание за отстраняване на съответното нарушение и предупреди нарушителя, че при повторно извършване на нарушение ще му бъде наложена санкция.

(5) След изтичане на срока за изпълнение на предписание за отстраняване на съответното нарушение контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО могат да направят повторна проверка и да изискат документи, удостоверяващи изпълнението на предписанието.

Чл. 450. (1) В случаите по чл. 76а от ЗЗО, когато ИМП е получил суми без правно основание, които не са свързани с извършване на нарушение по ЗЗО или на НРД и това е установено при проверка от контролните органи по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, изпълнителят е длъжен да възстанови сумите.

(2) В случаите по ал. 1 се съставя протокол за неоснователно получени суми.

(3) Протоколът за неоснователно получени суми по ал. 2 съдържа:

1. обекта на проверката - наименование и месторазположение;

2. данните за проверката - дата и място на съставяне, основание за извършване на проверката, проверяващото лице (лица);

3. описание на установените факти;

4. констатираните неоснователно получени суми и техния размер;

5. подписа на съставителя(ите);

6. срока за възражение, установен в ЗЗО;

7. дата на връчване и подпис на лицето - обект на проверката.

(4) Лицето - обект на проверката, има право да представи писмено възражение пред управителя на НЗОК, съответно пред директора на РЗОК, в 7-дневен срок от връчване на протокола.

(5) След изтичане на срока за възражение по ал. 4 управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание, която се връчва на ИМП.

(6) Поканата за възстановяване на сумите по ал. 1 подлежи на обжалване по реда на АПК.

(7) В 14-дневен срок от получаване на поканата изпълнителят е задължен доброволно да внесе дължимите суми.

(8) Когато ИМП не изпълни поканата в срока по ал. 7, дължимата сума се прихваща от следващото плащане по договора. Когато договорът е прекратен и/или не се дължат плащания по него, сумата се събира по съдебен ред.

Чл. 451. (1) В случаите по чл. 76б от ЗЗО, когато ИМП е получил суми без правно основание в резултат на извършено нарушение по ЗЗО или на НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, удържа неоснователно платените суми, като на нарушителя се налагат наказания, определени в ЗЗО или в НРД.

(2) В случаите по ал. 1 управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава писмена покана за възстановяване на сумите, получени без правно основание, след влизане в сила на наказателното постановление и/или на заповедта за налагане на санкция.

Чл. 452. Протоколите по чл. 74, ал. 3 от ЗЗО и чл. 76а, ал. 2 от ЗЗО и протоколите в случаите на констатирано нарушение с получаване на суми без правно основание по чл. 76б от ЗЗО се връчват по реда на Данъчно-осигурителния процесуален кодекс.

Чл. 453. (1) Санкциите по този НРД са:

1. финансова неустойка;

2. прекратяване на договор.

(2) За всяко констатирано нарушение се прилага съответна по вид и размер санкция.

(3) При констатирани нарушения, извършени от различни лекари от лечебното заведение - изпълнител на извънболнична помощ, за всяко едно от тях се налага съответната санкция.

(4) В случаите по ал. 3 общият размер на санкцията е сбор от санкциите за всяко едно нарушение.

(5) При констатирани нарушения по изпълнение на КП, АПр, КПр и КДН за всяко едно от тях се налага съответна по вид и размер санкция.

(6) В случаите по ал. 5 общият размер на санкцията е сбор от санкциите за всяко едно нарушение.

(7) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.09.2023 г.) По изключение, извън случаите по ал. 2 - 6, за констатирани нарушения на установените изисквания за работа с медицинска документация от раздел X от глава седемнадесета и раздел XII от глава деветнадесета, за първо нарушение се налага една санкция, независимо от броя на констатираните нарушения. В тези случаи длъжностните лица по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО правят предписания за отстраняването им, а при последващо нарушение от този вид се налага санкция за всяко едно констатирано нарушение.

(8) (Нова - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) Когато за изпълнител на болнична медицинска помощ се установи първо нарушение на установените изисквания по чл. 397, ал. 3 от глава седемнадесета, раздел IX, се правят предписания за отстраняването му, а при последващо нарушение от този вид се налага предвидената за това санкция.

Чл. 454. Видът и размерът на санкцията се определят от управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, в зависимост от: вида и тежестта на констатираното нарушение, както и броя на случаите по това нарушение, поредността на извършването му и от решението на арбитражната комисия в случаите, когато същата се е произнесла с решение.

Раздел II.
Санкции при констатирани нарушения

Чл. 455. (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ наруши условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 150 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 300 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 200 до 500 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 "финансовата неустойка" е в размер от 600 до 1500 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение наруши условията и реда за оказване на медицинска помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от ЗЗО, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 100 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 "финансовата неустойка" е в размер от 150 до 300 лв.

Чл. 456. (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ наруши изискванията за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане, управителят

на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 150 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 300 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши изискванията за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 100 до 500 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 "финансовата неустойка" е в размер от 200 до 1000 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение окаже медицинска помощ в нарушение на изискванията за налично и технически изправно медицинско оборудване и обзавеждане, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 150 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 300 лв.

Чл. 457. (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ наруши установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация, с изключение на случаите на явна фактическа грешка, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 150 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 300 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация, с изключение на случаите на явна фактическа грешка, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 200 до 500 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 "финансовата неустойка" е в размер от 400 до 1000 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение наруши установените изисквания за работа с медицинска или финансова документация, с изключение на случаите на явна фактическа грешка, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 150 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 300 лв.

Чл. 458. (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ наруши определените в този НРД изисквания за назначаване на лекарствена терапия или предписване на лекарствени продукти за домашно лечение/медицински изделия/диетични храни за специални медицински цели, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 150 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 300 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ наруши установените изисквания за предписване и отпускане или отчитане на лекарствени продукти, прилагани в болничната помощ, извън цената на КП/АПр, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 200 до 500 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 "финансовата неустойка" е в размер от 400 до 1500 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение наруши изискванията за предписване на лекарствени продукти за домашно лечение, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, определени в този НРД, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 100 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 200 лв.

Чл. 459. (1) Когато изпълнител на извънболнична медицинска помощ не изпълни задълженията си за уведомяване на РЗОК за настъпили промени в обстоятелства, свързани със сключването на индивидуалния договор, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК,

налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 100 лв.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 200 лв.

(3) Когато изпълнител на болнична медицинска помощ не изпълни задълженията си за уведомяване на РЗОК за настъпили промени в обстоятелства, свързани със сключването на индивидуалния договор, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 150 лв.

(4) За повторно нарушение по ал. 3 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 200 лв.

(5) Когато изпълнител на комплексно диспансерно наблюдение не изпълни задълженията си за уведомяване на РЗОК за настъпили промени в обстоятелства, свързани със сключването на индивидуалния договор, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 100 лв.

(6) За повторно нарушение по ал. 5 "финансовата неустойка" е в размер от 100 до 200 лв.

Чл. 459а. (Нов - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) (1) Когато изпълнител на БМП не изпълни задълженията си по чл. 397, ал. 1 и 2 от раздел IX "Изисквания относно основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения за болнична помощ" на глава деветнадесета, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 200 до 500 лв. за всеки отделен случай.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 "финансовата неустойка" е в размер от 500 до 1000 лв. за всеки отделен случай.

(3) Когато изпълнител на БМП не изпълни задълженията си по чл. 397, ал. 3 от раздел IX "Изисквания относно основните трудови възнаграждения на медицинските специалисти, работещи в лечебни заведения за болнична помощ" на глава деветнадесета, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 3000 до 5000 лв.

(4) За всяко следващо нарушение по ал. 3, констатирано за периода на същата календарна година, "финансовата неустойка" е в размер от 8000 до 15 000 лв.

Чл. 460. За трето и следващо нарушение управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в максималния размер, предвиден за повторните нарушения по чл. 455 - 459.

Чл. 461. (1) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 50 до 100 лв., когато изпълнител на медицинска помощ е извършил някое от следните нарушения:

1. нарушаване на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД;

2. неудовлетвореност на пациентите от оказаните медицински дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, заплатена от бюджета на НЗОК, установена съгласно наредбата по чл. 19, ал. 7, т. 15 от ЗЗО, и след оценка на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД, и установяване на нарушаването им.

(2) За повторно нарушение по ал. 1 "финансовата неустойка" е в размер от 150 до 250 лв.

(3) В случаите на недостигане на прицелните стойности по чл. 178, ал. 3 и чл. 179, ал. 3 за HbA1c, LDL холестерол и артериално налягане, ако са предприети мерки за подобряване на контрола, като: препоръки за хигиенно-диетичен режим, промяна в терапията, консултация със специалист или други, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, не налага санкция по ал. 1, т. 1.

(4) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "финансова неустойка" в размер от 300 до 500 лв., когато изпълнител на медицинска помощ е извършил някое от

следните нарушения:

1. системно нарушение по смисъла на § 1, т. 19 от допълнителните разпоредби на ЗЗО на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД;

2. системна неудовлетвореност по смисъла на § 1, т. 19а от допълнителните разпоредби на ЗЗО на пациентите от оказаните медицински дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, заплатена от бюджета на НЗОК, установена съгласно наредбата по чл. 19, ал. 7, т. 15 от ЗЗО, и след оценка на критериите за качество на медицинската помощ, регламентирани в този НРД, и установяване на нарушаването им.

(5) Заповедта за налагане на санкция подлежи на оспорване по реда на АПК.

Чл. 462. (1) Управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, налага санкция "прекратяване на договора" при отчитане на дейност, която не е извършена, както и при извършване и отчитане на медицинска дейност, за която няма съответни медицински индикации, установено по реда на чл. 72, ал. 2 от ЗЗО:

а) от изпълнител на извънболнична медицинска помощ по определен пакет - частично, по отношение на лекаря, който не е извършил тази дейност;

б) от изпълнител на болнична медицинска помощ - частично, за съответната медицинска дейност от пакета, по която е отчетена неизвършената дейност.

(2) При повторно извършване на нарушението по ал. 1 договорът с изпълнителя се прекратява изцяло.

(3) Заповедта за прекратяване на договора подлежи на оспорване по реда на АПК.

Раздел III.
Ред за налагане на санкции

Чл. 463. (1) Когато лицето - обект на проверката, не изрази писмено становище по чл. 443 или изразеното от него становище не съдържа възражения по направените констатации от длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава заповед, с която налага санкция.

(2) В 14-дневен срок след получаването на заповедта по ал. 1 ИМП е задължен доброволно да внесе дължимите суми.

(3) Когато ИМП не внесе доброволно дължимата сума, тя се прихваща от следващото плащане по договора. Когато договорът е прекратен и/или не се дължат плащания по него, сумата се събира по съдебен ред.

Чл. 464. (1) В случаите, когато лицето - обект на проверката, оспори констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, в 7-дневен срок от получаване на писменото становище по чл. 443 изпраща спора за решаване от арбитражна комисия. Когато констатациите са оспорени пред управителя на НЗОК, спорът се решава от арбитражната комисия на тази РЗОК, с чийто директор изпълнителят на медицинска помощ - обект на проверката, е сключил договор.

(2) Арбитражната комисия се произнася с решение в двуседмичен срок от получаване на преписката.

(3) Арбитражът не е задължителен, освен ако арбитражната комисия не се е сформирала при условията на чл. 75, ал. 5 от ЗЗО в двуседмичен срок от писмената покана на директора на съответната РЗОК до съответните лица и организации.

Чл. 465. (1) В случай че арбитражната комисия потвърди констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава заповед за

налагане на предвидените в НРД санкции.

(2) Санкциите по ал. 1 се налагат със заповед на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, която се издава в срок до един месец от уведомяването от страна на арбитражната комисия на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, че са потвърдени констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, и се съобщава на лицето - обект на проверката.

(3) Когато нарушението е установено от длъжностни лица - контрольори на РЗОК, извършили проверка на територията на друга РЗОК, предложението до управителя на НЗОК за издаването на заповедта за санкция се прави от директора на тази РЗОК, с чийто директор изпълнителят на медицинска помощ - обект на проверката, е сключил договор.

(4) Санкциите подлежат на съдебно обжалване по реда на АПК.

Раздел IV.
Правила за работа на арбитражните комисии

Чл. 466. (1) На територията, обслужвана от РЗОК, се конституират арбитражни комисии, които разглеждат оспорените от лицата - обект на проверка:

1. констатации на длъжностни лица - служители на НЗОК;

2. констатации на длъжностни лица от РЗОК - контрольори.

(2) Арбитражната комисия се състои от представители на РЗОК и съответната РК на БЛС.

(3) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) В едномесечен срок от обнародването на този НРД директорът на съответната РЗОК издава заповед за определяне на състава на арбитражна комисия след посочване от страна на председателя на РК на БЛС в писмен вид на представителите на съответната РК на БЛС в арбитражната комисия. При неспазване на срока от страна на председателя на РК на БЛС членовете на АК се определят от УС на БЛС в едноседмичен срок след уведомяването му от управителя на НЗОК.

(4) Директорът на съответната РЗОК организира създаването на арбитражна комисия за всеки конкретен случай и тя осъществява своята дейност при условията и по реда, определени в този раздел.

(5) (Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) При осъществяване на правомощията си по ал. 4 директорът на РЗОК включва в арбитражната комисия за всеки конкретен случай посочените по реда на ал. 3 представители на РК на БЛС, които имат отношение към описаните факти и направените констатации в протокола на съответното длъжностно лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО.

(6) В заповедта по ал. 5 се посочват и резервни членове.

(7) Член на арбитражната комисия не може да бъде длъжностно лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, което е извършило проверката и чиято констатация се оспорва, както и лицето - обект на проверката, оспорило констатацията.

(8) Всяка РК на БЛС публикува на своята интернет страница имената на лекарите - представители на БЛС - членове на арбитражна комисия.

Чл. 467. (1) Арбитражните комисии се конституират за срока на действие на НРД.

(2) Броят на представителите на РЗОК в състава на всяка арбитражна комисия е равен на общия брой представители на РК на БЛС, както следва: 3-ма представители на РЗОК и 3-ма представители на РК на БЛС.

(3) За всяка от квотите се определят по трима резервни членове по същия ред, по който се определят постоянните членове.

(4) Комисията се председателства от членовете ѝ на ротационен принцип за срок три

месеца.

(5) В случаите на отсъствие на председателя функциите му се изпълняват от заместник-председател - представител на съответната квота.

Чл. 468. Арбитражните комисии работят в съответствие с чл. 75 от ЗЗО.

Чл. 469. (1) Всяка арбитражна комисия разглежда споровете в пълен състав. Ако някой от постоянните членове отсъства, се включва резервен член от съответната квота.

(2) Всяка от страните по спора може в писмен вид да иска отвод на член на комисията, ако са налице обстоятелства, които пораждат основателни съмнения относно неговата безпристрастност и независимост.

Чл. 470. (1) Председателят на комисията свиква заседанията, уведомява членовете на комисията за необходимостта да се запознаят с материалите по спора, разпределя между членовете на комисията задълженията във връзка с изготвяне на решението и комплектуване на преписките.

(2) Заседание може да бъде свикано и по искане на не по-малко от трима членове на комисията.

(3) В случаите по ал. 2 председателят на комисията насрочва заседание в срок до три дни от получаване на искането.

(4) Арбитражната комисия разглежда споровете по документи, които страните предварително са представили.

(5) Ако комисията прецени, тя може да изслуша представител(и) на проверяващия екип (длъжностни лица - служители на НЗОК, и/или длъжностни лица от РЗОК - контрольори), както и на ИМП, направил възражения. Комисията може да изисква всички необходими документи, справки и други материали, необходими им за формиране на решение.

Чл. 471. На всяко заседание на комисията се води протокол, който се подписва от всички членове на комисията.

Чл. 472. (1) Арбитражната комисия се произнася с решение по предмета на спора.

(2) Решението на комисията е в писмен вид, съдържа мотиви и се подписва от всички членове.

(3) Срокът за произнасяне на решение е двуседмичен, считан от датата на получаване на преписката.

(4) Решението се взема с мнозинство не по-малко от четири гласа от всички членове на комисията, присъствено и чрез явно гласуване.

(5) Решението на комисията се изготвя в три екземпляра - по един за ИМП, управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, и съответната РК на БЛС. Решенията се връчват по начин, удостоверяващ получаването им.

Чл. 473. (1) В случай че арбитражната комисия потвърди констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО изцяло или частично, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава заповед за налагане на предвидените в НРД санкции.

(2) В случай че арбитражната комисия отхвърли изцяло констатациите на длъжностното лице по чл. 72, ал. 2 от ЗЗО, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, писмено уведомява лицето - обект на проверката, за решението за прекратяване на производството.

(3) В случай че арбитражната комисия не се произнесе с решение в срока по чл. 75, ал. 7 от ЗЗО или е налице равен брой гласове, поради което не е налице прието решение, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава мотивирана заповед, с която може да наложи санкциите.

(4) В случаите по ал. 3 арбитражната комисия изготвя протокол. Екземпляр от протокола

се предоставя на управителя на НЗОК, съответно директора на РЗОК, и на РК на БЛС, а препис-извлечение от протокола се предоставя на лицето - обект на проверката.

(5) В случай че съответните РК на БЛС не са посочили свои представители в сроковете по чл. 75, ал. 6 от ЗЗО за създаване на арбитражна комисия, управителят на НЗОК, съответно директорът на РЗОК, издава мотивирана заповед, с която може да наложи санкциите, без да е необходимо становището по чл. 74, ал. 4 от ЗЗО да бъде разглеждано от такава комисия.

Чл. 474. (1) В специална книга в РЗОК се посочва датата на постъпване на всяка преписка в арбитражната комисия.

(2) След приключване на всяка преписка цялата документация се извежда в книгата по ал. 1. Копия от преписките се подреждат в архив и се съхраняват от комисията в РЗОК не по-малко от една година. Книгата се съхранява в деловодството на РЗОК.

Допълнителни разпоредби

§ 1. По смисъла на този договор:

1. "Здравноосигурени лица" са лицата по чл. 33 от ЗЗО с непрекъснати здравноосигурителни права. Здравноосигурени лица се считат и:

а) лицата, осигурени в друга държава - членка на ЕС, държава от ЕИП или Конфедерация Швейцария, за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност по смисъла на § 1, т. 22 от ДРЗЗО - за съответния обхват медицинска помощ, в зависимост от приложимото спрямо лицата законодателство; лицата следва да докажат правото си на медицинска помощ с удостоверителни документи за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания, издадени по реда на правилата за координация на системите за социална сигурност, както и гражданите на държави, с които Република България има сключени международни договори за социална сигурност;

б) (доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) здравнонеосигурени лица по § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2023 г. и § 2, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2024 г. - за следните дейности:

- здравнонеосигурени жени - за медицинските грижи по чл. 82, ал. 1, т. 2 от ЗЗ;
- комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на болни с психични заболявания;
- комплексно диспансерно наблюдение на болни с кожно-венерически заболявания;
- интензивно лечение;

в) (доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.) лица по § 7, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2023 г. и § 7, ал. 1 от ЗБНЗОК за 2024 г., които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес по реда на Постановление № 17 на Министерския съвет от 2007 г. за определяне на условията и реда за разходване на целевите средства за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ на лица, които нямат доход и/или лично имущество, което да им осигурява лично участие в здравноосигурителния процес - за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ.

2. "Завършена клинична пътека" е:

а) за хирургична/интервенционална КП - когато е извършена основната хирургическа/интервенционална процедура; спазен е задължителният минимален болничен престой, посочен в съответната КП, и са извършени задължителните диагностични процедури, с които се отчита хирургичната пътека, като вид, брой и последователност на извършване, доказващи окончателната диагноза при дехоспитализация, както и предвидените следоперативни грижи;

б) за терапевтична КП - когато са извършени основни диагностични и терапевтични процедури, заложени в нея, и е спазен задължителният минимален болничен престой, посочен в съответната КП.

3. "Повторно нарушение" е второ и следващо нарушение, извършено от лекар от лечебно заведение - ИМП, за което на нарушителя е била наложена и влязла в сила санкция за същия вид нарушение в рамките на календарната година.

4. "Маловажни случаи" по смисъла на чл. 449, ал. 4 са:

4.1. За извънболнична медицинска помощ:

а) липса на подпис на:

- извършилия дейността ОПЛ в амбулаторния лист;

- извършилия дейността специалист в амбулаторния лист и/или в направлението (бл. МЗ-НЗОК № 3, бл. МЗ-НЗОК № 3А и бл. МЗ-НЗОК № 4);

б) липса на някои от посочените в приложение № 9 консумативи - за изпълнителите на ПИМП;

в) липса на някои от посочените в приложение № 10 консумативи за извършване на общомедицински дейности - за изпълнителите на СИМП.

4.2. За болнична медицинска помощ:

а) липса на подпис на декурзус от лекуващ лекар;

б) липса на декурзус в почивни дни на нетежко болни;

в) технически грешки в медицинската документация;

г) липса на печат върху епикризата.

5. "Нает медицински персонал" по чл. 401, ал. 3, относно ред 4.2 от таблицата, са лекари, извън тези по приложение № 1 от договора на лечебното заведение с НЗОК; фармацевтите; медицински сестри, акушерки, асоциирани медицински специалисти и помощник-фармацевтите по смисъла на § 1, т. 1 от Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и на асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите, наети на основен договор от лечебното заведение.

6. Официалният интернет портал на НЗОК е: www.nhif.bg.

Преходни и Заключителни разпоредби

§ 2. (1) Този Национален рамков договор се приема и влиза в сила от 1 септември 2023 г. и отменя Националния рамков договор за медицинските дейности за 2020 - 2022 г.

(2) Този Национален рамков договор се приема за периода 2023 - 2025 г.

(3) Ежегодно НЗОК и БЛС предоговарят, чрез подписване на анекс, този НРД, в частта по чл. 55, ал. 2, т. 3а и 6б от ЗЗО, а в останалата част НРД се предоговаря при необходимост или по искане на всяка една от страните в срока по ал. 2.

§ 3. Договорите с изпълнители на извънболнична медицинска помощ влизат в сила, както следва:

1. от 1 септември 2023 г., при условие че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор е работил по договор с НЗОК за оказване на същия вид медицинска помощ и че новият договор се подпише в срока по чл. 23;

2. от датата на подписване, при условие че изпълнителят по т. 1 е договорил дейност, която не е извършвал по договор с НЗОК до 31 август 2023 г. - за новата по вид дейност;

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

§ 4. Договорите с изпълнители на болнична помощ влизат в сила, както следва:

1. от 1 септември 2023 г., при условие че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор е работил по договор с НЗОК за оказване на същия вид медицинска

помощ;

2. от датата на подписване на договора, при условие че изпълнителят е договорил дейност по КП, АПр и КПр, която не е извършвал по договор с НЗОК до 31 август 2023 г.;

3. от датата на подписване на договора, в случай че изпълнителят до момента на сключване на договора не е работил по договор с НЗОК.

§ 5. Договорите с изпълнителите на комплексно диспансерно наблюдение на ЗОЛ с кожно-венерически и психични заболявания влизат в сила от 1 септември 2023 г.

§ 6. (1) В случай че лечебно заведение за извънболнична помощ/здравно заведение не сключи договор с НЗОК при тези условия, за извършената от него дейност от 1 септември 2023 г. до датата на отказа се подписва срочен договор.

(2) В случай че лечебно заведение за болнична помощ не сключи договор с НЗОК при тези условия, за извършената от него дейност от 1 септември 2023 г. до датата на отказа се заплаща.

§ 7. Дейностите в извънболничната и болничната помощ, назначени по реда на НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г. и започнати преди 1 септември 2023 г., се извършват по реда на НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г. и се заплащат при условията и по реда на този НРД.

§ 8. Всички образци на първични медицински документи, приети с НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г., се прилагат до издаването на нови такива.

§ 9. В случаите на констатирани нарушения, извършени до 31 август 2023 г. през периода на действие на предходния индивидуален договор с изпълнител на медицинска помощ, се прилагат глобите и санкциите, предвидени за съответното нарушение в ЗЗО и НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г., като се спазва процедурата за осъществяване на контрол по ЗЗО и този НРД.

§ 10. При необходимост от промяна на бизнес правилата в хода на изпълнение на финансовата година корекциите във формата на XML файл се извършват в срок един месец. Новият формат на отчетния файл влиза в сила един месец след публикуването му на официалната интернет страница на НЗОК.

§ 11. Директорите на РЗОК осъществяват ежедневен мониторинг на лечебните заведения, договорни партньори на НЗОК, формиращи най-голям разход на територията на съответната РЗОК.

§ 12. Издадените преди влизане в сила на този НРД протоколи IA/IB/IC на хартиен носител са валидни в съответствие с вписания в тях срок на действие.

§ 13. (1) Подадените от лечебните заведения заявления по чл. 351, ал. 10 от НРД за медицинските дейности 2020 - 2022 г. за заплащане на КП № 168 (КП № 168.1 и КП № 168.2) до влизане в сила на този НРД се разглеждат при условията и по реда на НРД за медицинските дейности 2020 - 2022 г.

(2) Считано от 1 септември 2023 г. заплащането по КП № 168 по този НРД е в рамките на стойностите на лечебното заведение, утвърдени от НС на НЗОК по чл. 4 от ЗБНЗОК за 2023 г.

§ 14. (1) Лечебните заведения, изпълнители на КП № 248 "Конвенционална телегаматерапия" от приложение № 17а "Клинични пътеки" на НРД за медицинските дейности 2020 - 2022 г., до 31 август 2023 г. приемат и дехоспитализират пациенти по реда на НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г.

(2) Случаите по ал. 1, приети преди 1 септември 2023 г. и дехоспитализирани след 1 септември 2023 г., се отчитат и заплащат при условията, реда и по цена, посочени в НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г.

§ 15. Лечебните заведения, изпълнители на:

- КП № 260 "Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа" от приложение № 17а "Клинични пътеки" на НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г. са изпълнители на КП № 260.1 "Физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална парализа" от приложение № 17 "Клинични пътеки" на този НРД;

- КП № 263 "Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система" от приложение № 17а "Клинични пътеки" на НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г. са изпълнители на КП № 263.1 "Физикална терапия и рехабилитация при болести на периферна нервна система" и от приложение № 17 "Клинични пътеки" на този НРД;

- КП № 265 "Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат" от приложение № 17а "Клинични пътеки" на НРД за медицинските дейности за 2020 - 2022 г. са изпълнители на КП № 265.1 "Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат" от приложение № 17 "Клинични пътеки" на този НРД.

§ 16. В срок до края на месец септември 2023 г. НЗОК и МЗ договарят условията и реда за прилагане на чл. 68, ал. 9 от ЗЗО.

§ 17. (Отм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 01.01.2024 г.)

§ 18. (1) В изпълнение на ЗБНЗОК за 2023 г. представителите по чл. 54, ал. 1 от ЗЗО извършват текущо наблюдение и анализ за изпълнението на договорените обеми, както и за изпълнение на бюджета на НЗОК за здравноосигурителни плащания към 31.10.2023 г. и очаквано изпълнение към 31.12.2023 г., като БЛС получава информация за касовото изпълнение на здравноосигурителните плащания по бюджета на НЗОК.

(2) Представителите по чл. 54, ал. 1 от ЗЗО ежемесечно до 20-о число на месеца, следващ отчетния, на базата на информацията от отчетите на изпълнителите на медицинска помощ анализират договорените цени и обеми и очакваното изпълнение по параметрите на разходите за здравноосигурителните плащания за ПИМП, СИМП, МДЦ и болнична помощ към края на 2023 г.

(3) В случай че при анализа по ал. 2 се установи очакван преразход на средства за здравноосигурителни плащания към 31.12.2023 г., НЗОК и БЛС договарят коригирани обеми и/или цени в рамките на оставащите средства по бюджетните параграфи за съответното здравноосигурително плащане, но не по-късно от 30-о число на месеца, в който е констатиран преразходът, за периода до края на 2023 г.

(4) Националната здравноосигурителна каса осъществява контрол на изпълнителите на медицинска помощ за дейностите, за които при анализа по ал. 2 се наблюдава превишение на средства за здравноосигурителни плащания спрямо първоначално определените и планирани такива.

§ 19. При осигурена техническа възможност от НЗОК данните от първичните медицински и здравни документи при изпълнителите на медицинска помощ служат за формиране на съдържанието на национални регистри: Регистър на ражданията, Регистър на пациентите с установен захарен диабет, Национален раков регистър, Национален регистър по инвазивна кардиология и Регистър на лица с психични заболявания.

§ 20. (1) През месец октомври 2023 г. НЗОК разпределя еднократно финансови средства от чл. 1, ал. 2, ред 1.1.3.1 и ред 1.1.3.2 от ЗБНЗОК за 2023 г. на изпълнителите на медицинска помощ.

(2) Средствата по ал. 1 се разпределят на база на отчетената от изпълнителя на медицинска помощ дейност за периода от 1.01.2023 г. до влизане в сила на този НРД, по изпълнение на предходния индивидуален договор, при рефериране на стойностите по този НРД.

§ 21. (1) Лечебни заведения за болнична медицинска помощ, работещи по договор с НЗОК, определени със заповед на министъра на здравеопазването, получават сума в размер на 10 лв.

за поставена доза на препоръчителна ваксина срещу COVID-19, в която се включва и издаване на документ/и за поставянето, например сертификат за ваксинация срещу COVID-19, отговарящ на изискванията на държавите - членки на Европейския съюз.

(2) Дейността по ал. 1 се извършва по реда на Наредба № 15 от 12.05.2005 г. за имунизациите в Република България и се подава в Националната здравно-информационна система (НЗИС).

(3) За дейността на лечебните заведения по ал. 1 НЗОК заплаща брой поставени дози на препоръчителна ваксина срещу COVID-19 на базата на вписаните в НЗИС поставени дози.

(4) Отчитането и заплащането на дейността по ал. 1 се извършват при условията и в сроковете, регламентирани в глава деветнадесета, раздел XI.

§ 22. Този рамков договор се сключва на основание чл. 53, ал. 1 от ЗЗО и се обнародва от министъра на здравеопазването в "Държавен вестник" на основание чл. 54, ал. 7 от ЗЗО и се публикува на официалната интернет страница на НЗОК.

§ 23. Настоящият договор и приложенията към него се подписват на хартиен носител в четири еднообразни екземпляра, по един за: НЗОК, БЛС, министъра на здравеопазването и "Държавен вестник", с изключение на приложения № 17, № 18 и № 19, един екземпляр от които се подписа на хартиен носител, а останалите три екземпляра - за НЗОК, БЛС и министъра на здравеопазването, на електронен носител с електронен подпис.

§ 24. Неразделна част от този договор са следните приложения, които се подписват от страните по договора, обнародват се в притурка към "Държавен вестник" и се публикуват на официалната интернет страница на НЗОК:

приложение № 1 "Правна рамка";

приложение № 2 "Първични медицински документи";

приложение № 3 "Документи, свързани с оказване на медицинска помощ на лица, осигурени в други държави";

приложение № 4 "Финансово-отчетни документи за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение";

приложение № 5 "Списък на заболяванията, за които се издава "Рецептурна книжка на хронично болния";

приложение № 6 "Кодове на заболяванията по списък, определен по реда на чл. 45, ал. 4 ЗЗО, и кодове на специалности на лекари, назначаващи терапия";

приложение № 7 "Образец на "Изисквания на НЗОК при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарства";

приложение № 8 "Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ";

приложение № 9 "Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на първична извънболнична медицинска помощ";

приложение № 10 "Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на специализирана извънболнична медицинска помощ";

приложение № 11 "Списък със заболяванията, при които здравноосигурените лица са освободени от заплащане на такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО";

приложение № 12 "Дейности на ОПЛ по имунопрофилактика, програма "Детско здравеопазване", профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване и програма "Майчино здравеопазване";

приложение № 13 "Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от лекар специалист";

приложение № 14 "Дейности на лекаря специалист по "Педиатрия" по програма "Детско здравеопазване", на лекаря специалист по "Акушерство и гинекология" по програма "Майчино здравеопазване" и на лекаря специалист по профилактика на ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване";

приложение № 15 "Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиники/отделения по кожно-венерически заболявания и центрове за кожно-венерически заболявания";

приложение № 16 "Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиники/отделения по психични заболявания и центрове за психично здраве";

приложение № 17 "Клинични пътеки";

приложение № 18 "Амбулаторни процедури";

приложение № 19 "Клинични процедури";

приложение № 20 "Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ";

приложение № 21 "Различни диагностични процедури по МКБ 9-КМ".

Преходни и Заключителни разпоредби
КЪМ ДОГОВОР № РД-НС-01-2-1 ОТ 20 ФЕВРУАРИ 2024 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАЦИОНАЛНИЯ РАМКОВ ДОГОВОР ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ МЕЖДУ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА И БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ ЗА 2023 - 2025 Г.

(ОБН. - ДВ, БР. 17 ОТ 2024 Г., В СИЛА ОТ 01.01.2024 Г.)

§ 83. Настоящият договор за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. влиза в сила от 1 януари 2024 г., с изключение на:

1. параграфи 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 51 (в частта по т. 1), 53, 57 (в частта по т. 1, 2 и 3), 59 (в частта по т. 3.3, 4 и 5), 65, 66, 68 (в частта по т. 2), 69, 70, 72, 73, 74, 75 (в частта по т. 1), 76 (в частта по т. 1 и 2), 77, 78, 79, 80, 81, които влизат в сила от деня на обнародването в "Държавен вестник" на този договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.

2. параграфи 11, 20, 23 (в частта по т. 1), 25, 27, 30, 31, 32, 41, 43, 44, 51 (в частта по т. 2), 55, 56, 59 (в частта по т. 1, 2 и 3.2), 60, 62 (в частта по т. 3), 64, 67, 68 (в частта по т. 1), 75 (в частта по т. 2), 76 (в частта по т. 3), които влизат в сила от 1 септември 2023 г.

3. параграфи 46 (по отношение на чл. 368а, ал. 31 - 36), 48 (по отношение на чл. 370а, ал. 5), 54, 61 (в частта по т. 2), 71 (в частта по т. 3), които влизат в сила от 1 март 2024 г.

4. параграф 71 (в частта по т. 1 и 2), който влиза в сила от 1 април 2024 г.

5. параграф 52, който влиза в сила от 1 май 2024 г.

6. параграф 58 (по отношение на методиката по чл. 55, ал. 2, т. 3в, буква "б" от ЗЗО) влиза в сила от влизането в сила на наредбата за изменение и допълнение на наредбата по чл. 81, ал. 3 от ЗЗ съгласно чл. 45, ал. 2а от ЗЗО.

§ 84. (1) Договорите с изпълнители на извънболнична медицинска помощ влизат в сила, както следва:

1. от 1 януари 2024 г. - за изпълнителите на ПИМП;

2. от датата на подписване, при условие че изпълнителят е работил по договор с НЗОК, но е договорил дейност, която не е извършвал по договор с НЗОК до 31 декември 2023 г. - за новата по вид дейност;

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

(2) Допълнителните споразумения по чл. 23б към договорите с изпълнители на извънболнична медицинска помощ влизат в сила от 1 януари 2024 г.

§ 85. (1) Договорите с изпълнителите на комплексно диспансерно наблюдение на ЗОЛ с кожновенерически и психични заболявания, които не са работили по договор с НЗОК до 31 декември 2023 г., влизат в сила от 1 януари 2024 г.

(2) Допълнителните споразумения по чл. 23б към договорите с изпълнители на комплексно диспансерно наблюдение на ЗОЛ с кожновенерически и психични заболявания влизат в сила от 1 януари 2024 г.

§ 86. (1) Договорите с изпълнители на болнична помощ влизат в сила, както следва:

1. от датата на подписване, при условие че изпълнителят е работил по договор с НЗОК, но е договорил дейност, която не е извършвал по договор с НЗОК до 31 декември 2023 г. - за новата по вид дейност;

2. от датата на подписване на договора, в случай че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор не е работил по договор с НЗОК.

(2) Допълнителните споразумения по чл. 23б към договорите с изпълнители на болнична медицинска помощ влизат в сила от 1 януари 2024 г.

§ 87. (1) Договорените цени в чл. 182а, 183а, 184а от този договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. влизат в сила от 1 януари 2024 г.

(2) Дейностите в извънболничната медицинска помощ, назначени и започнати преди 1 януари 2024 г. и завършени след тази дата, се заплащат по цените на този договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.

(3) За дейност от 1 януари 2024 г., за която финансово-отчетните документи по чл. 234 са формирани с цените преди измененията и допълненията на този договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г., ал. 1 се прилага, както следва:

1. След окончателната обработка в информационната система на НЗОК на отчетените месеци с договорените цени в този договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. директорът на РЗОК или упълномощени от него служители изпраща/изпращат по електронен път през информационната система на НЗОК "Известия след контрол", съдържащи одобрените за заплащане за съответния месец дейности и допълнителната стойност на цената за всеки вид дейност, равна на договорените цени по ал. 1 и цените по представените финансово-отчетни документи за месеца;

2. Изпълнителят на медицинска помощ представя електронен финансов документ - дебитно известие към фактурата за всеки месец, в срок до два работни дни след изпращане на "Известие след контрол" по т. 1;

3. Електронните финансови документи по т. 2 се представят и подлежат на контрол и заплащане по реда на раздел "Условия и срокове за заплащането на дейностите в извънболничната помощ" от НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.

§ 88. Сумите за медицинските дейности по започнатите и неприключили преди обнародване в "Държавен вестник" на този договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. контролни производства по реда на чл. 76а и 76б от ЗЗО се определят по цените, действали преди този договор за изменение и допълнение на НРД за

медицинските дейности за 2023 - 2025 г.

§ 89. (1) В 7-дневен срок от обнародването в "Държавен вестник" на този договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. директорите на РЗОК изпращат предложения за изготвянето на нов списък на лечебните заведения за ПИМП, изготвен по реда на чл. 218, ал. 2, съгласно критериите, определени в чл. 220, ал. 2 в съответствие с § 23, както и нови списъци на лечебните заведения за БМП, изготвен по реда на чл. 399, ал. 2, съгласно критериите, определени в чл. 401, ал. 3 в съответствие с § 58.

(2) Списъците по ал. 1 влизат в сила от 1 януари 2024 г.

§ 90. (1) Изпълнителите на СИМП (включително за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение), включени в списъка по чл. 218, могат да получат по реда на § 1, ал. 2 от ЗБНЗОК за 2024 г. допълнително заплащане по методиката по раздел VIII на глава седемнадесета за извършената от тях дейност в отдалечени, труднодостъпни райони или единствени изпълняващи съответната дейност в общината.

(2) Дейността по ал. 1 следва да отговаря едновременно на следните условия:

1. обслужваните ЗОЛ са с постоянен или настоящ адрес в населено място, в рамките на общината, в която е лечебното заведение, включено в списъка по чл. 218;

2. дейността, за която допълнително се заплаща, е извършена в амбулаторията на лечебното заведение, с регистриран адрес по реда на чл. 40 от ЗЛЗ в населено място, включено в списъка по чл. 218.

(3) Дейностите по ал. 2 изпълнителят на СИМП задължително отчита в амбулаторния лист като извършени в условията по чл. 224, ал. 2 за ЗОЛ с постоянен или настоящ адрес в населено място, в рамките на общината.

(4) Плащанията по ал. 1 се извършват в рамките на средствата за здравноосигурителни плащания за специализирана извънболнична медицинска помощ (включително за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение).

(5) През 2024 г. плащанията по ал. 1 се извършват за дейност, оказана на ЗОЛ при условията на ал. 2 и 3, в периода м. април - м. ноември 2024 г.

§ 91. Съгласно Правилата на Надзорния съвет на НЗОК по чл. 3, ал. 3 от ЗБНЗОК за 2024 г. при осигурена техническа възможност за "Медицинско направление за медико-диагностични дейности" (бл. МЗ-НЗОК № 4) за назначаване на ВСМДИ "Мамография на двете млечни жлези" и "Ехография на млечна жлеза" от пакет "Образна диагностика" по повод профилактичен преглед на ЗОЛ над 18 години може да се определи срок на валидност, различен от срока по чл. 153, ал. 5.

§ 92. (1) Лечебните заведения, изпълнители на:

1. Клинична пътека № 187 "Оперативни процедури върху черен дроб" от приложение № 17 "Клинични пътеки" на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. са изпълнители на КП № 187.1 "Оперативни процедури върху черен дроб с много голям обем и сложност" и КП № 187.2 "Оперативни процедури върху черен дроб с голям обем и сложност" от този договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.

2. Клинична пътека № 262 "Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система" от приложение № 17 "Клинични пътеки" на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. са изпълнители на № 262.1 "Физикална терапия и рехабилитация на болести на централна нервна система" от този договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.

(2) Случаите на приети пациенти преди 1 март 2024 г. по КП № 187 и дехоспитализирани след 1 март 2024 г. се отчитат и заплащат като КП № 187.1 или КП № 187.2 при условията по този договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.

(3) Случаите на приети пациенти преди 1 март 2024 г. по КП № 262 и дехоспитализирани след 1 март 2024 г. се отчитат и заплащат като КП № 262.1 при условията по този договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.

. . . . . .

Заключителни разпоредби
КЪМ ДОГОВОР № РД-НС-01-2-2 ОТ 12 ЮНИ 2024 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАЦИОНАЛНИЯ РАМКОВ ДОГОВОР ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ МЕЖДУ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА И БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ ЗА 2023 - 2025 Г.

(ОБН. - ДВ, БР. 64 ОТ 2024 Г., В СИЛА ОТ 07.05.2024 Г.)

§ 2. Настоящият договор за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. влиза в сила от 7.05.2024 г.

. . . . . .

Преходни и Заключителни разпоредби
КЪМ ДОГОВОР № РД-НС-01-2-3 ОТ 22 МАЙ 2025 Г. ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАЦИОНАЛНИЯ РАМКОВ ДОГОВОР ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ МЕЖДУ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА И БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ ЗА 2023 - 2025 Г.

(ОБН. - ДВ, БР. 48 ОТ 2025 Г., В СИЛА ОТ 13.06.2025 Г.)

§ 67. Настоящият Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. влиза в сила от деня на обнародването в "Държавен вестник" на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г., с изключение на:

1. параграфи 1, 2, 19 - 22, 23 (с изключение на редове 01.45, 01.46 и 07.14), 24, 27 - 30, 32, 40, 41 (с изключение на ал. 39), 42 - 45, 49 - 52, 54 (с изключение на т. 2) и 55, които влизат в сила от 1 януари 2025 г.;

2. параграф 12, който влиза в сила от 1 септември 2024 г.;

3. параграфи 37 - 39, 47, 48, 53, § 54, т. 2 и § 66, т. 7, които влизат в сила от 1 юни 2025 г.

§ 68. (1) Договорите с изпълнители на извънболнична медицинска помощ влизат в сила, както следва:

1. от датата на подписване, при условие че изпълнителят е работил по договор с НЗОК, но е договорил дейност, която не е извършвал по договор с НЗОК до обнародване в "Държавен вестник" на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. - за новата по вид дейност;

2. от датата на подписване на договора, в случай че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор не е работил по договор с НЗОК.

(2) Допълнителните споразумения по чл. 23г към договорите с изпълнители на извънболнична медицинска помощ влизат в сила от 1 януари 2025 г.

§ 69. (1) Договорите с изпълнителите на комплексно диспансерно наблюдение на ЗОЛ с кожно-венерически и психични заболявания, които не са работили по договор с НЗОК до

обнародване в "Държавен вестник" на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г., влизат в сила от датата на подписване.

(2) Допълнителните споразумения по чл. 23г към договорите с изпълнители на комплексно диспансерно наблюдение на ЗОЛ с кожно-венерически и психични заболявания влизат в сила от 1 януари 2025 г.

§ 70. (1) Договорите с изпълнители на болнична помощ влизат в сила, както следва:

1. от датата на подписване, при условие че изпълнителят е работил по договор с НЗОК, но е договорил дейност, която не е извършвал по договор с НЗОК до обнародване в "Държавен вестник" на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. - за новата по вид дейност;

2. от датата на подписване на договора, в случай че съответният изпълнител до момента на сключване на новия договор не е работил по договор с НЗОК.

(2) Допълнителните споразумения по чл. 23г към договорите с изпълнители на болнична медицинска помощ влизат в сила от 1 януари 2025 г.

§ 71. (1) Договорените цени в чл. 182б, 183б, 184б от този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. влизат в сила от 1.01.2025 г.

(2) Дейностите в извънболничната медицинска помощ, назначени и започнати преди 1 януари 2025 г. и завършени след тази дата, се заплащат по цените на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.

(3) За дейност от 1.01.2025 г., за която финансовоотчетните документи по чл. 234 са формирани с цените преди измененията и допълненията на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г., ал. 1 се прилага, както следва:

1. след окончателната обработка в информационната система на НЗОК на отчетените месеци с договорените цени в този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. директорът на РЗОК или упълномощени от него служители изпраща/изпращат по електронен път през информационната система на НЗОК "Известия след контрол", съдържащи одобрените за заплащане за съответния месец дейности и допълнителната стойност на цената за всеки вид дейност, равна на договорените цени по ал. 1 и цените по представените финансовоотчетни документи за месеца;

2. изпълнителят на медицинска помощ представя електронен финансов документ - дебитно известие към фактурата за всеки месец, в срок до два работни дни след изпращане на "Известие след контрол" по т. 1;

3. електронните финансови документи по т. 2 се представят и подлежат на контрол и заплащане по реда на раздел "Условия и срокове за заплащането на дейностите в извънболничната помощ" от НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.

§ 72. Сумите за дейностите по § 71, ал. 1 по започнатите и неприключили преди обнародването в "Държавен вестник" на този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г. контролни производства по реда на чл. 76а и 76б от ЗЗО се определят по цените, действали преди този Договор за изменение и допълнение на НРД за медицинските дейности за 2023 - 2025 г.

. . . . . .

Приложение № 1

Правна рамка

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 2

(Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г. (*), изм. и доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.)

Първични медицински документи

(Бел. ред. Сиела Норма - измененията и допълненията не са нанесени)

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 3

Документи, свързани с оказване на медицинска помощ на лица, осигурени в други държави

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 4

Финансово-отчетни документи за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 5

(Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г., изм. и доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.)

Списък на заболяванията, за които се издава "Рецептурна книжка на хронично болния"

(Бел. ред. Сиела Норма - измененията и допълненията не са нанесени)

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 6

(Изм. и доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г., изм. и доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.)

Кодове на заболяванията по списък, определен по реда на чл. 45, ал. 4 ЗЗО, и кодове на специалности на лекари, назначаващи терапия

(Бел. ред. Сиела Норма - измененията и допълненията не са нанесени)

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 7

(Изм. и доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г., изм. и доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.)

Образец на "Изисквания на НЗОК при издаване на протоколи за провеждане на лечение по конкретни заболявания и групи лекарства"

(Бел. ред. Сиела Норма - измененията и допълненията не са нанесени)

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 8

(Изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.)

Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ

(Бел. ред. Сиела Норма - измененията и допълненията не са нанесени)

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 9

(Изм. - ДВ, бр. 17 от 2024 г. (*), изм. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.)

Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на първична извънболнична медицинска помощ

(Бел. ред. Сиела Норма - измененията и допълненията не са нанесени)

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 10

(Изм. и доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г. (*), попр. - ДВ, бр. 28 от 2024 г., изм. и доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.)

Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за оказване на специализирана извънболнична медицинска помощ

(Бел. ред. Сиела Норма - измененията и допълненията не са нанесени)

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 11

Списък със заболяванията, при които здравноосигурените лица са освободени от заплащане на такса по чл. 37, ал. 1 ЗЗО

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 12

(Изм. и доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г., изм. и доп. - ДВ, бр. 64 от 2024 г., в сила от 07.05.2024 г., изм. и доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.)

Дейности на ОПЛ по имунопрофилактика, програма "Детско здравеопазване", профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване и програма "Майчино здравеопазване"

(Бел. ред. Сиела Норма - измененията и допълненията не са нанесени)

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 13

(Изм. и доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.)

Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от лекар специалист

(Бел. ред. Сиела Норма - измененията и допълненията не са нанесени)

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 14

Дейности на лекаря специалист по "Педиатрия" по програма "Детско здравеопазване", на лекаря специалист по "Акушерство и гинекология" по програма "Майчино здравеопазване" и на лекаря специалист по профилактика на ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 15

Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиники/отделения по кожно-венерически заболявания и центрове за кожно-венерически заболявания

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 16

Изисквания на НЗОК за сключване на договор с лечебни заведения за болнична помощ с клиники/отделения по психични заболявания и центрове за психично здраве

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 17

(Изм. и доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г., изм. и доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.)

Клинични пътеки

КП № 1 - 20.2
КП № 21.1 - 43
КП № 44 - 58.2
КП № 59 - 72.2
КП № 73.1 - 84
КП № 85.1 - 103
КП № 104 - 122
КП № 123 - 159
КП № 160 - 194
КП № 195 - 220.2
КП № 221 - 246
КП № 247 - 267

(Бел. ред. Сиела Норма - измененията и допълненията не са нанесени)

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 18

(Изм. и доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г., изм. и доп. - ДВ, бр. 48 от 2025 г., в сила от 13.06.2025 г.)

Амбулаторни процедури

АП № 1.1. - 25
АП № 26 - 47

(Бел. ред. Сиела Норма - измененията и допълненията не са нанесени)

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 19

(Изм. и доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.)

Клинични процедури

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 20

Документи за сключване на договор за оказване на болнична помощ

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)

Приложение № 21

(Доп. - ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.)

Различни диагностични процедури по МКБ 9-КМ

(Обнародвано като притурка на Държавен вестник)