

МЕТОДИКА ЗА ЗАПЛАЩАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

В сила от 01.01.2013 г.

Приложение № 1Б към чл. 1 на ПМС 353 от 27.12.2012 г. за приемане на методики за остойностяване и за заплащане на медицинската помощ по чл. 55, ал. 2, т. 2 от Закона за здравното осигуряване

Обн. ДВ. бр.2 от 8 Януари 2013г.

Раздел I.

Методика за заплащане на медицинските дейности в първичната извънболнична помощ

Чл. 1. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност на изпълнителите на първична извънболнична помощ съгласно Наредба № 40 от 2004 г. по следните елементи:

1. медицинско обслужване на ЗЗОЛ, включени в регистъра на изпълнител на ПИМП, по основен пакет за ПИМП съгласно Наредба № 40 от 2004 г.;
2. профилактична дейност по програма "Детско здравеопазване";
3. профилактична дейност по програма "Майчино здравеопазване" на ЗЗОЛ, избрали общопрактикуващ лекар за изпълнител по тази програма;
4. диспансерни прегледи на ЗЗОЛ съгласно Наредба № 39 от 2004 г. и списъка на заболяванията за деца и възрастни, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ, за които НЗОК заплаща съгласно приложение по НРД за медицинските дейности за 2013 г.;
5. профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст съгласно Наредба № 39 от 2004 г. и приложение по НРД за медицинските дейности за 2013 г.;
6. работа на практики в населени места с неблагоприятни условия съгласно методика, приета от Надзорния съвет на НЗОК;
7. преглед на ЗЗОЛ, осъществило правото си на избор на изпълнител на ПИМП, регистрирал амбулатория на територията на друг здравен район, обърнало се към изпълнител на ПИМП инцидентно по повод на остро възникнало състояние;
8. осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗЗОЛ съгласно Наредба № 40 от 2004 г.

(2) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща, когато са спазени всички нормативни изисквания, извършени са дейностите от основния пакет и са изпълнени всички изисквани медицински дейности съгласно приложения по НРД и ЗЗОЛ, на които е оказана медицинската помощ, са с непрекъснати осигурителни права към датата на извършване на медицинската услуга.

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

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

1. задължително здравноосигурените лица с постоянен избор - при изпълнителя на ПИМП;
2. задължително здравноосигурените лица, направили временен избор - при изпълнителя на ПИМП.

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

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

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

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

1. хартиена или електронна фактура при възможност на НЗОК да приема електронни фактури;

2. спецификация;

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

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

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

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

2. за извършена задължителна планова имунизация или реимунизация (в т.ч. проба Манту) съгласно Имунизационния календар на Република България - приложение № 1 към чл. 2, ал. 2 от Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България (обн., ДВ, бр. 45 от 2005 г.; изм. и доп., бр. 82 от 2006 г., бр. 5 и 106 от 2007 г., бр. 57 от 2009 г. и бр. 77 от 2012 г.), наричана по-нататък "Наредба № 15 от 2005 г.", на лице на възраст от 0 до 18 години, като общият брой на заплатените имунизации на едно лице не може да надвишава максималния брой.

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

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

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

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

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

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

(2) Когато едно диспансеризирано лице над 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други - при лекар-специалист, ЗЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, обем и честота) за всички заболявания само от

ОПЛ, освен ако пациентът не заяви изрично желание за извършването му от специалист. В тези случаи ЗЗОЛ вече е диспансеризирано при ОПЛ за съответното заболяване от същия клас и за медицинската помощ по диспансерно наблюдение се заплаща на ОПЛ по реда на ал. 1.

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

(4) Заплащането по чл. 1, ал. 1, т. 4 се осъществява в случаите, в които са извършени дейностите от основния пакет и са назначени всички медицински дейности съгласно изискванията на Наредба № 39 от 2004 г., Наредба № 40 от 2004 г. и приложение по НРД.

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

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

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

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

2. за извършена задължителна имунизация и реимунизация съгласно Имунизационния календар на Република България (приложение № 1 към чл. 2, ал. 2 от Наредба № 15 от 2005 г.).

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

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

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

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

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

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

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

(6) Изпълнител на ПИМП получава еднократно плащане за работа в неблагоприятни условия при наличие на следните две условия:

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

2. декларирано осигуряване на достъп на ЗЗОЛ до медицинска помощ извън обявения си работен график по начина, посочен в т. IX, 3 от приложение № 1 от Наредба № 40 от 2004 г.

Чл. 8. (1) Заплащането по чл. 1, ал. 1, т. 7 е за извършен преглед на ЗЗОЛ с регистрация в друг здравен район при лекаря при следните условия:

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

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

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

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

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

Чл. 9. (1) Изпълнителят на ПИМП има право на заплащане по чл. 1, ал. 1, т. 8, в случай че осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗЗОЛ по един от начините, посочени в Наредба № 40 от 2004 г.

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

(3) Заплащането по чл. 1, ал. 1, т. 8 се извършва, когато изпълнителят на ПИМП осигурява достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на ЗЗОЛ чрез дежурен кабинет на лечебно заведение съгласно Наредба № 40 от 2004 г.:

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

2. по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "а" ЗЛЗ, което е разположено в община, която се намира в селски или планински район съгласно таблица № 4 от приложение № 1 към Наредба № 40 от 2004 г.

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

1. лечебни заведения за болнична помощ и лечебни заведения по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "б" и/или т. 2, букви "б", "в" и "г" ЗЛЗ, сключили договор с НЗОК и разкрили дежурен кабинет на не повече от 35 км от месторазположението на практиката на общопрактикуващия лекар;

2. лечебно заведение по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква "а" ЗЛЗ, което е разположено в община, която се намира в селски или планински район съгласно таблица № 4 от приложение № 1 към Наредба № 40 от 2004 г., сключило договор с НЗОК и разкрило дежурен кабинет на не повече от 35 км от месторазположението на практиката на общопрактикуващия лекар.

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

(6) Извън случаите по ал. 3 и 4 изпълнител на ПИМП има право на заплащане по чл. 1,

ал. 1, т. 8, когато осъществява дейността си:

1. индивидуално чрез 24-часово осигуряване на консултация по телефона, в амбулаторията или в дома на пациента - по преценка на самия ОПЛ;

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

(7) Лечебното заведение по ал. 6, т. 2 следва да е разположено в община, която се намира в селски или планински район съгласно таблица № 4 от приложение № 1 към Наредба № 40 от 2004 г.

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

1. фактура (хартиена или електронна);

2. спецификация;

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

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

Раздел II.

Методика за заплащане на медицинските дейности в специализираната извънболнична помощ

Чл. 10. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща договорената и извършената дейност от изпълнители на специализирана извънболнична помощ (СИМП) съгласно Наредба № 40 от 2004 г. и НРД, както следва:

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

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

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

3. профилактичен преглед на ЗЗОЛ до 18-годишна възраст, включващ общомедицински и

специализирани медицински дейности, извършени от лекар-специалист с придобита специалност по "Педиатрия", съгласно Наредба № 39 от 2004 г. и приложение по НРД;

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

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

6. специализиран преглед на ЗЗОЛ съгласно Наредба № 39 от 2004 г. и приложение по НРД, извършен от специалиста, водещ диспансерното наблюдение;

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

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

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

10. общомедицински и специализирани дейности по медицинска експертиза.

(2) В случаите по ал. 1 НЗОК заплаща, когато са спазени всички нормативни изисквания, изпълнени са всички изисквани медицински дейности съгласно НРД и ЗЗОЛ, на което е оказана специализираната помощ, е с непрекъснати здравноосигурителни права към датата на извършване на дейността.

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

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

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

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

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

2. реализиран вторичен преглед по повод заболявания и състояния.

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

заместващо ЕЗОК".

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

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

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

(6) Заплащането по чл. 10, ал. 1, т. 1 е месечно след проверка по фактура (хартиена или електронна), спецификация, месечни отчети, медицински направления и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

Чл. 13. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 10, ал. 1, т. 2 се заплаща за:

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

2. реализиран вторичен преглед по повод на същото състояние.

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

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

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

(5) Заплащането по ал. 1 е месечно след проверка по фактура (хартиена или електронна), финансовоотчетните документи, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и медицинските направления - бланка МЗ - НЗОК № 3.

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

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

осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверението за регистрация към НЗОК.

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

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

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

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

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

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

1. когато при прегледа от лекар-специалист на база на издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК № 3, се установи, че се касае за състояния, включени в Наредба № 39 от 2004 г. и в приложения по НРД, и бременните подлежат на профилактика; в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист;

2. когато при преизбор на специалист по "Акушерство и гинекология" на база на издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК № 3, се установи, че се касае за ново състояние на бременната или за заболяване, включени в Наредба № 39 от 2004 г. и в приложение по НРД.

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

1. при реализиран вторичен преглед по повод същото състояние на бременната при същия специалист или преизбор на специалист на база на издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК № 3;

2. когато при прегледи по диспансерно наблюдение или по програма "Майчино здравеопазване", провеждани от един и същ лекар-специалист по "Акушерство и гинекология", се установи, че се касае за ново заболяване (състояние), включено в Наредба № 39 от 2004 г. и в приложения по НРД; в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист и не се изисква ново направление;

3. когато при реализиран вторичен преглед при лекар-специалист по "Акушерство и гинекология" се установи, че се касае за състояние (заболяване), включено в Наредба № 39 от 2004 г. и в приложения по НРД; в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

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

(5) На изпълнителя на СИМП се заплаща за извършените по Наредба № 39 от 2004 г.

профилактични прегледи на ЗЗОЛ и по приложение по НРД по програма "Майчино здравеопазване".

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

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

Чл. 17. (1) За видовете специализирана помощ по чл. 10, ал. 1, т. 5 се заплаща за извършен профилактичен преглед на ЗЗОЛ над 18-годишна възраст.

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

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

(4) Заплащането по ал. 1 е месечно след проверка по фактура (хартиена или електронна), спецификация, електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и основанието за включване - "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК № 3, издадено от ОПЛ.

Чл. 18. (1) Специализираната медицинска помощ по чл. 10, ал. 1, т. 7 се заплаща за реализиран физиотерапевтичен курс на лечение.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. за реализиран първичен преглед на ЗЗОЛ, направили първоначален избор на лекар-специалист, извършващ диспансерното наблюдение;

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

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

1. когато при първоначален преглед при лекар-специалист на база на издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК № 3, се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба № 39 от 2004 г. и в приложение от НРД, ЗЗОЛ подлежат на диспансеризация; в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист;

2. когато при преизбор на лекар-специалист на базата на издадено от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК № 3, се установи, че се касае за ново заболяване, включено в Наредба № 39 от 2004 г. и в приложение на НРД.

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

1. при реализиран вторичен преглед по повод на същото заболяване при същия специалист или при преизбор на специалист на базата на издадено направление от ОПЛ "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК № 3, по повод същото заболяване;

2. когато при прегледи по диспансерно наблюдение, провеждани от един и същ лекар-специалист, се установи, че се касае за ново заболяване от същият клас по МКБ 10, включено в Наредба № 39 от 2004 г. и в приложение по НРД; в този случай диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист и не се изисква ново направление;

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

съгласно НРД; в тези случаи ЗЗОЛ вече е диспансеризирано при специалиста за съответното заболяване от същия клас;

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

(4) За видовете специализирана помощ се заплаща по реда на ал. 1 в случаите, в които са спазени всички изисквания за извършване на специализирани медицински дейности съгласно изискванията на Наредба № 39 от 2004 г., Наредба № 40 от 2004 г. и приложение по НРД, но за не повече от предвидения оптимален брой прегледи за заболяването с най-висока честота на наблюдение.

(5) Дейността по ал. 2 за месеца се отчита в РЗОК с електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, с "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК № 3, издадено от ОПЛ, при първичен преглед или посещение по повод на преизбор на диспансеризиращ специалист, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверение за регистрация към НЗОК; "Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение" - бланка МЗ - НЗОК № 3, издадено от ОПЛ, не се изисква, когато ЗЗОЛ се диспансеризира при посещение по друг повод.

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

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

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

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

(3) Националната здравноосигурителна каса заплаща за ВСМД, ако дейността е назначена от лекар-специалист с "Медицинско направление за високоспециализирани дейности" - бланка МЗ - НЗОК № 3А, а за дейностите по пакет "Анестезиология и интензивно лечение" и за дейностите, включени в диспансерното наблюдение на ЗЗОЛ - съгласно приложения № 9 и № 14 към НРД за медицински дейности 2013 г. - и от изпълнител на ПИМП, а за осигурени в друга държава лица - и копие от удостоверение за право на обезщетения в натура в случай на болест, майчинство, трудови злополуки или професионални заболявания.

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

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

(6) Заплащането за ВСМД е месечно след проверка на фактура (хартиена или

електронна), финансовоотчетните документи, първичните медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат.

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

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

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

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

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

Чл. 23. Регулацията на броя на специализираните медицински дейности и стойността на медико-диагностични дейности в извънболничната помощ се осъществява съгласно Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса за съответната година по ред, определен от Надзорния съвет на НЗОК.

Раздел III.

Методика за заплащане на медико-диагностичните дейности

Чл. 24. (1) Националната здравноосигурителна каса заплаща за медико-диагностичната дейност, назначена и извършена съобразно националните медицински стандарти, Наредба № 40 от 2004 г., включително за интерпретацията на резултатите.

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

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

(4) Заплащането по ал. 1 и 3 е месечно след проверка на фактурата (хартиена или електронна), финансовоотчетните документи, първичните медицински документи и електронен

отчет, съдържащ назначената и извършената медико-диагностична дейност, във формат, определен от НЗОК.

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

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

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

Раздел IV.

Условия и срокове за заплащането на дейностите в извънболничната помощ

Чл. 27. (1) Изпълнителите на медицинска помощ се отчитат, като представят ежемесечно в РЗОК фактура (хартиена или електронна), финансовоотчетни документи, първични медицински документи и електронен отчет за извършената дейност на ЗЗОЛ, отразена в амбулаторни листове в определен от НЗОК формат, и/или електронен отчет, съдържащ назначената и извършената медико-диагностична дейност и първите екземпляри от регистрационните форми за избор на новозаписаните пациенти в пациентска листа на ОПЛ, придружени с електронен отчет в определен от НЗОК формат, по утвърден график, до третия работен ден на месеца, следващ отчетния.

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

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

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

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

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

1. фактически грешки при отчитане на ПИМП, СИМП:

- а) сгрешен код по МКБ на заболяване при правилно попълване на диагноза;
- б) неточно посочени номер и дата на амбулаторния лист;

в) грешни данни за изпращащ лекар (РЦЗ/РЗИ, УИН, код на специалност) при вярно изписани такива в направленията за консултация и съвместно лечение - бланка МЗ - НЗОК № 3, за високоспециализирани дейности - бланка МЗ - НЗОК № 3А, и талон за медицинска експертиза - бланка МЗ - НЗОК № 6;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Чл. 30. (1) Условие за плащане на ИМП е точното и правилното попълване на документите съгласно настоящите условия и пълно и точно изпълнение на дейността.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Чл. 35. Когато плащането за извършените и отчетените дейности не се извърши в сроковете, определени с договора, на ИМП се дължи законна лихва за забава за просроченото време.

Чл. 36. Управителят на НЗОК по предложение на директорите на РЗОК утвърждава списък на населените места с неблагоприятни условия за работа на изпълнителите на ПИМП съгласно методика.