

## НАРЕДБА

### за реда за представяне в Националния осигурителен институт на данните от издадените болнични листове и решенията по обжалването им ДВ брой: 67, от 12.8.2014 г.

#### Глава първа

#### ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

**Чл. 1.** С наредбата се определя редът за представяне от органите на медицинската експертиза в Националния осигурителен институт (НОИ) на данните, съдържащи се в издадените болнични листове и в решенията по обжалването им.

**Чл. 2.** (1) Данните, съдържащи се в издадените болнични листове, се представят в НОИ от:

1. лекуващите лекари/лекари по дентална медицина – лично или чрез лечебните заведения, в които осъществяват дейност;

2. лекарските консултативни комисии (ЛКК) – чрез лечебните заведения, към които са създадени.

(2) Данните, съдържащи се в решенията по обжалването на болничните листове, се представят в НОИ от:

1. лекарските консултативни комисии (ЛКК) – чрез лечебните заведения, към които са създадени;

2. териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) – чрез регионалните картотеки на медицинските експертизи (РКМЕ);

3. Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК).

(3) Данните по ал. 1 и 2 постъпват в електронния регистър на болничните листове и решенията по обжалването им по чл. 33, ал. 5, т. 12 от Кодекса за социално осигуряване, наричан по-нататък „регистъра“.

#### Глава втора

#### РЕД ЗА ПРЕДСТАВЯНЕ НА ДАННИ В РЕГИСТЪРА

**Чл. 3.** Представянето на данните, съдържащи се в издадените болнични листове и в решенията по обжалването им, с изключение на данните, съдържащи се в експертните решения на ТЕЛК/НЕЛК, постановени по повод на обжалвани болнични листове, се извършва по електронен път чрез уебслужби, предоставяни от НОИ.

**Чл. 4.** Регионалните картотеки на медицинските експертизи изпращат на териториалните поделения на НОИ (ТП на НОИ) екземпляр от експертните решения на ТЕЛК, постановени по повод на обжалвани болнични листове, по реда на Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (ПУОРОМЕРКМЕ), приет с Постановление № 83 на Министерския съвет от 2010 г. (обн., ДВ, бр. 34 от 2010 г.; изм. и доп., бр. 5 и 41 от 2011 г. и бр. 55 от 2014 г.).

**Чл. 5.** Националната експертна лекарска комисия изпраща на ТП на НОИ екземпляр от експертните решения, постановени по повод на обжалвани болнични листове, по реда на ПУОРОМЕРКМЕ.

**Чл. 6.** Данните от решенията на ТЕЛК и НЕЛК, постановени по повод на обжалвани болнични листове, се въвеждат в регистъра от длъжностни лица в ТП на НОИ.

**Чл. 7.** (1) Данните от всеки болничен лист се представят и съхраняват в регистъра под уникален номер, който се генерира автоматично от регистъра и се състои от:

1. едносимволен буквен код, определящ начина на представяне на данните от болничния лист:

а) Е – за данните, представяни в регистъра по електронен път;

б) Р – за данните, представяни в НОИ на хартиен носител;

2. четирицифрено пълно означение на календарната година, в която се генерира номерът;

3. седемцифрен нарастващ номер, уникален за календарната година, в която се генерира номерът.

(2) Националният осигурителен институт предоставя на лечебните заведения уникални номера за осъществяващите дейност в тях лекари/лекари по дентална медицина и ЛКК по искане, подадено в съответното ТП на НОИ или онлайн, чрез уебприложение, достъпно през интернет страницата на НОИ.

(3) Лечебните заведения могат да подават искане по ал. 2 по всяко време без ограничение за броя на необходимите им уникални номера.

**Чл. 8.** (1) За получаване на уникалните номера по чл. 7 лечебните заведения подават еднократно заявление по образец съгласно приложение № 1 в ТП на НОИ по седалището си. Към заявлението се прилага удостоверение за регистрация на лечебното заведение съгласно чл. 40, ал. 9 от Закона за лечебните заведения или разрешение за осъществяване на дейност на лечебното заведение съгласно чл. 46, ал. 2 от Закона за лечебните заведения, а в случаите, когато заявлението се подава от пълномощник – и изрично нотариално заверено пълномощно.

(2) При подаване на заявлението в ТП на НОИ удостоверението/разрешението по ал. 1 се представя в оригинал за справка и се връща на заявителя. При подаване на заявлението по пощата удостоверението/разрешението по ал. 1 се прилага в нотариално заверено копие.

(3) Лечебните заведения, които са регистрирани в ТП на НОИ по реда на Инstrukция № 1 от 2011 г. за работата и отчетността с болнични листове за временна неработоспособност, издадена от управителя на НОИ (ДВ, бр. 44 от 2011 г.), не подават заявление по ал. 1.

**Чл. 9.** При прието нередовно заявление и/или при липсващи или нередовни документи лечебното заведение се уведомява с препоръчано писмо с обратна разписка. В 3-дневен срок от приемане на заявлението и документите по чл. 8, ал. 1 или от отстраняване на нередностите се издава уведомление по образец съгласно приложение № 2.

**Чл. 10.** При промяна на данните, съдържащи се в заявлението по чл. 8, ал. 1, или на данните, с които са регистрирани по реда на Инstrukция № 1 от 2011 г. за работата и отчетността с болнични листове за временна неработоспособност, лечебните заведения са длъжни да уведомят съответното ТП на НОИ в 7-дневен срок, като представят и съответните доказателства.

**Чл. 11.** За всяко лечебно заведение в регистъра се води отделна партида, в която се вписват съдържащите се в заявлението данни, промените в тях и предоставените уникални номера по чл. 7.

**Чл. 12.** (1) За представяне на данните и за получаване на достъп до данните в регистъра лекарите/лекарите по дентална медицина и лечебните заведения по чл. 8 се регистрират като потребители на уеб услугите. Регистрацията се извършва онлайн чрез уебприложение, достъпно през интернет страницата на НОИ.

(2) За регистрацията по ал. 1 лекарите/лекарите по дентална медицина трябва да притежават валидно удостоверение за квалифициран електронен подпис на физическо лице, издадено от акредитиран доставчик на удостоверителни услуги, съдържащо ЕГН/ЛНЧ и трите имена на лицето.

(3) За регистрацията по ал. 1 лечебните заведения трябва да притежават валидно удостоверение за квалифициран електронен подпис, издадено от акредитиран доставчик на удостоверителни услуги, съдържащо ЕИК по чл. 23 от Закона за търговския регистър/код по БУЛСТАТ и наименованието на лечебното заведение.

(4) Лечебните заведения по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква „а“ и т. 2, буква „а“ от Закона за лечебните заведения могат да извършат регистрацията по ал. 1 и чрез валидно удостоверение за квалифициран електронен подпис на физическо лице, издадено от акредитиран доставчик на удостоверителни услуги, съдържащо ЕГН/ЛНЧ и трите имена на лицето.

**Чл. 13.** (1) При издаване на болничен лист за временна неработоспособност данните съгласно приложение № 3 се въвеждат от лекарите/лекарите по дентална медицина/ЛКК, преминават през формален и логически контрол и се съхраняват, след което болничният лист се отпечатва, подписва и подпечатва с печата на лечебното заведение и се връчва на лицето.

(2) При издаване на решение на ЛКК по повод на обжалвани болнични листове данните съгласно приложение № 4 се въвеждат, преминават през формален контрол и се съхраняват, след което решението се отпечатва, подписва и подпечатва с печата на лечебното заведение.

**Чл. 14.** (1) За въвеждане, контрол, съхраняване, отпечатване на болничните листове, представяне/анулиране на данните в регистъра и изготвяне на справки за издадени/анулирани болнични листове се използва програмен продукт, разпространяван безплатно от НОИ, или друг програмен продукт, отговарящ на функционалните изисквания, структура и формат на данните, утвърдени със заповед на управителя на НОИ и публикувани на интернет страницата на НОИ.

(2) За въвеждане, съхраняване, отпечатване на решенията съгласно приложение № 4 и представяне на данните от тях в регистъра се използва програмният продукт по ал. 1.

(3) Разпространяваният от НОИ програмен продукт работи върху лицензирани версии на операционната среда. НОИ не носи отговорност за работата на програмния продукт, ако той се стартира върху нелицензирани операционни системи.

(4) Националният осигурителен институт разработва и предоставя уеб услугите, реализиращи контрол, представяне на данни и достъп до данните в регистъра, които се използват в програмните продукти.

**Чл. 15.** Представянето на данните съгласно приложения № 3 и № 4, както и достъпът до данните в регистъра се извършва по електронен път след подписване с квалифициран електронен подпис на регистриран по реда на чл. 12 потребител.

**Чл. 16.** (1) Представянето на данните от издадените/анулираните болнични листове и издадените решения на ЛКК по повод на обжалвани болнични листове в регистъра се извършва при издаването, съответно анулирането им.

(2) При липса на техническа възможност представянето на данните в регистъра се извършва в 7-дневен срок от издаването/анулирането на болничните листове или издаването на решенията на ЛКК по повод на обжалвани болнични листове.

**Чл. 17.** След постъпване на данните в регистъра НОИ издава справка за приетите данни и списък с несъответствията, ако такива бъдат открити, по образец съгласно приложение № 5. Справката се изпраща в момента на представяне на данните, както и на електронния адрес, съдържащ се в удостоверението за квалифициран електронен подпис на регистрирания по реда на чл. 12 потребител, представил данните.

**Чл. 18.** Корекции по съхранени данни се извършват, като болничните листове и данните от тях се анулират, след което се издават нови болнични листове.

**Чл. 19.** (1) Данните от болничните листове се съхраняват при лекарите/лекарите по дентална медицина и ЛКК, които са ги издали, за срок 10 години считано от 1 януари на годината, следваща годината, в която са издадени, във вид, позволяващ анулирането им и изготвянето на справка за издадени/анулирани болнични листове по образец съгласно приложение № 6.

(2) Данните от решенията на ЛКК по повод на обжалвани болнични листове се съхраняват при ЛКК, които са ги издали, за срок 10 години считано от 1 януари на годината, следваща годината, в която са издадени.

#### ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

**§ 1.** (1) До 30 юни 2015 г. включително вторите екземпляри на издадени на хартиен носител болнични листове съгласно приложение № 3 и на решения на ЛКК съгласно приложение № 4 могат да се представят в съответното ТП на НОИ в 14-дневен срок от издаването им от:

1. лекарите/лекарите по дентална медицина, които са ги издали, лечебните заведения, в които те осъществяват дейност, или от упълномощени от тях лица;

2. лечебните заведения, към които са създадени ЛКК, или от упълномощени от тях лица.

(2) Болничните листове и решенията на ЛКК се представят с придружително писмо по образец съгласно приложение № 7 и опис по образец съгласно приложение № 8. Придружителното писмо се представя в два екземпляра, върху които в ТП на НОИ се вписват входящият номер и датата на представянето им. Единият екземпляр се връчва на приносителя, а другият остава в ТП на НОИ.

(3) Описът се представя в два екземпляра. Длъжностно лице в ТП на НОИ извършва проверка за съответствие между представените болнични листове/решения на ЛКК и данните за тях в описа, като отразява откритите несъответствия върху двата екземпляра на описа. Единият екземпляр се подписва и подпечатва и се връчва на приносителя, а другият остава в ТП на НОИ.

(4) Данните от представените на хартиен носител болнични листове и решения на ЛКК се въвеждат в регистъра от длъжностни лица в ТП на НОИ.

**§ 2.** (1) До 30 юни 2015 г. включително лицата по § 1, ал. 1 могат да представят в съответното ТП на НОИ на електронен носител данните съгласно приложения № 3 и № 4, които не са представени в регистъра, в 14-дневен срок от издаване на болничния лист/решението на ЛКК.

(2) Данните се представят с придружително писмо по образец съгласно приложение № 7. Придружителното писмо се представя в два екземпляра, върху които в ТП на НОИ се вписват входящият номер и датата на представянето им. Единият екземпляр се връчва на приносителя, а другият остава в ТП на НОИ.

(3) Длъжностно лице в ТП на НОИ въвежда данните от представения електронен носител в регистъра и издава справка за приетите данни в два екземпляра и списък с несъответствията, ако такива бъдат открити, по образец съгласно приложение № 5. Единият екземпляр на справката се подписва и подпечатва и се връчва на приносителя, а другият остава в ТП на НОИ.

**§ 3.** Регистърът съдържа и данните от болничните листове, представени в НОИ по реда на Наредбата за изчисляване и изплащане на паричните обезщетения и помощи от държавното обществено осигуряване, приета с Постановление № 364 на Министерския съвет от 2006 г. (обн., ДВ, бр. 1 от 2007 г.; изм., Решение № 9943 от 2007 г. на Върховния административен съд – бр. 1 от 2008 г.; изм. и доп., бр. 26 от 2008 г., бр. 13 и 67 от 2009 г., бр. 2 от 2010 г., бр. 14 от 2011 г., бр. 16 и 80 от 2012 г., бр. 33 от 2013 г. и бр. 17 и 55 от 2014 г.).

**§ 4.** Корекции и анулиране на болнични листове, издадени до 1 януари 2015 г. върху бланки „Болничен лист за временна неработоспособност“ по чл. 3 от Инструкция № 1 от 2011 г. за работата и отчетността с болнични листове за временна неработоспособност, се извършват по досегашния ред.

**§ 5.** Наредбата се приема на основание чл. 103а от Закона за здравето.

**§ 6.** Наредбата влиза в сила от 1 декември 2014 г., с изключение на чл. 3, 13, 15, 16, 17, 18 и 19 и § 1 и 2 от преходните и заключителните разпоредби, които влизат в сила от 1 януари 2015 г.

**§ 7.** Контролът по изпълнение на наредбата се възлага на управителя на НОИ.

Приложение № 1 към чл. 8, ал. 1

Вх. № в ТП на НОИ ...../.....20.... г.

**ДО  
ДИРЕКТОРА НА  
ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ  
НА НАЦИОНАЛНИЯ ОСИГУРИТЕЛЕН  
ИНСТИТУТ.....  
ЗАЯВЛЕНИЕ**

за получаване на уникални номера на болнични листове

От .....  
(име, презиме и фамилия на лицето, представляващо лечебното заведение)

ЕГН/ЛНЧ ....., ЛК № ....., издадена на ..... 20.... г., от .....

ГОСПОДИН (ГОСПОЖО) ДИРЕКТОР,

Моля на основание чл. 8, ал. 1 от Наредбата за реда за представяне в Националния осигурителен институт на данните от издадените болнични листове и решенията по обжалването им лечебно заведение

.....  
(наименование и вид)

с ЕИК ....., регистрационен номер по ЗЛЗ .....

адрес за кореспонденция .....

(град/село, ПК, община, област, улица №, ж.к., бл., ет., ап.)

телефон/и: .....

e-mail: .....

....., удостоверение за регистрация по чл. 40, ал. 9 ЗЛЗ/разрешение за осъществяване на дейност по чл. 46, ал. 2 ЗЛЗ

№ ..... от ..... 20.... г.,

с ..... извършвани ..... дейности ..... по ..... ЗЛЗ:

и подвижни структури:

1. ....

2. ....

3. ....

.....  
(адрес на подвижната структура)

да получава уникални номера на болнични листове за осъществяващите дейност в лечебното заведение лекари/лекари по дентална медицина и ЛКК.

Прилагам следните документи:

1. Документ за самоличност (за справка).

2. Оригинал (за справка) и копие от удостоверението за регистрация на лечебното заведение съгласно чл. 40, ал. 9 ЗЛЗ.

3. Оригинал (за справка) и копие от разрешението за осъществяване на дейност на лечебното заведение съгласно чл. 46, ал. 2 ЗЛЗ.

4. Изрично нотариално заверено пълномощно (за случаите, когато заявлението се подава от пълномощник).  
Забележка. С оградяване на съответната цифра се отбелязва кои от изброените документи са приложени.

ИЗВЕСТНО МИ Е, ЧЕ при промяна на данните, съдържащи се в заявлението, съм задължен в 7-дневен срок от настъпване на съответното обстоятелство да уведомя териториалното поделение на Националния осигурителен институт.

Упълномощавам настоящите документи да представи:

.....  
(име, презиме, фамилия)

ЕГН/ЛНЧ ....., ЛК № ....., издадена на ..... 20.... г., от

Дата .....

Представяващ лечебното заведение: .....

(подпис и печат)

Приложение № 2 към чл. 9

**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**  
**НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ**

**ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ – .....**

п.к. ...., ул. .... № ....., тел. ...., факс ....., e-mail .....@nssi.bg

Изх. №...../.....20..... г.

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Настоящото уведомление се издава на .....

(наименование, вид на лечебното заведение)

.....  
ЕИК .....,

регистрационен номер по ЗЛЗ .....,

адрес за кореспонденция .....,

(град/село, ПК, община, област, улица №, ж.к., бл., ет., ап.)

.....  
телефон/и: .....

.....  
за получаване на уникални номерана болнични листове от НОИ за осъществяващите дейност в лечебното заведение лекари/лекари по дентална медицина и ЛКК е прието.

ДИРЕКТОР НА

ТП НА НОИ:

.....  
(име, фамилия, подпис и печат)

Приложение № 3 към чл. 13, ал. 1

**Указания за попълване на болничен лист**

**Издаване на болничен лист**

Избира се позиция „Издаване“.

На ред „Болничен лист №“ се визуализира/попълва следващият свободен уникален номер от предоставените на лечебното заведение уникални номера от Националния осигурителен институт.

На ред „ЛАК №“ се попълва номерът на личната амбулаторна карта на лицето.

На ред „№ на амбулаторния лист“ се визуализира/попълва поредният номер на амбулаторния лист на НЗОК.

На ред „Ист. забол. №“ се вписва номерът на историята на заболяването на лицето, прието на болнично лечение.

При издаване на болничен лист от лечебно заведение за извънболнична помощ задължително се попълват редове „ЛАК №“ и „№ на амбулаторния лист“.

При издаване на болничен лист от лечебно заведение за болнична помощ задължително се попълват редове „ЛАК №“ и „Ист. забол. №“.

Чрез знак „X“ се попълват вертикално разположените позиции за болничния лист „Първичен“ или „Продължение“.\*

Забележка. \*

Първият болничен лист при всяко ново излизане в отпуск поради временна неработоспособност се обозначава като „Първичен“, а следващите за непосредственото продължаване на временната неработоспособност – като „Продължение“. Когато непосредственото продължаване на временната неработоспособност се обуславя от заболяване, което не е свързано с предходното, за което дотогава е получаван отпуск по болест, издаденият болничен лист за новото заболяване се означава като „Първичен“.

Чрез знак „X“ се попълват вертикално разположените позиции за пола на лицето – мъж или жена.

На ред „Издаден от“ се попълват:

име и вид на лечебното заведение по Закона за лечебните заведения;

име на лекаря/вид на лекарска консултативна комисия (ЛКК) към клиника/отделение, които издават болничния лист;

адрес на лечебното заведение.

На ред „Осигурен“ се вписват името, презимето и фамилията на лицето, на което се издава болничния лист, навършените години и постоянният адрес на лицето.

На ред „Месторабота“ се вписват наименованието и адресът на предприятието, учреждението, организацията или фирмата, където се осигурява лицето, както и професията и длъжността.

На ред „Диагноза“ се вписва латинското наименование на диагнозата на български език. Когато болничният лист се издава за придружаване или за гледане на болен член от семейството, се вписва диагнозата на болния.

На ред „Причина за неработоспособността“ се вписва текстът на причината за временната неработоспособност съгласно изискванията на Кодекса за социално осигуряване (КСО) и Наредбата за медицинската експертиза (НМЕ):

Код	Причини за временна неработоспособност
01	общо заболяване
02	професионална болест*
04	злополука – трудова по чл. 55, ал. 1 КСО**
05	злополука – трудова по чл. 55, ал. 2 КСО**
06	злополука – нетрудова
07	изследване поради общо заболяване
08	изследване поради трудова злополука по чл. 55, ал. 1 КСО
09	изследване поради трудова злополука по чл. 55, ал. 2 КСО
10	изследване поради професионална болест
11	бацило-/паразитоносителство
12	карантина
13	аборт
14	бременност
15	майчинство
16	трудоустрояване – общо заболяване
17	трудоустрояване – трудова злополука по чл. 55, ал. 1 КСО
18	трудоустрояване – трудова злополука по чл. 55, ал. 2 КСО
19	трудоустрояване – професионална болест
20	трудоустрояване – бременност
21	санаторно-курортно лечение поради общо заболяване
22	санаторно-курортно лечение поради трудова злополука по чл. 55, ал. 1 КСО
23	санаторно-курортно лечение поради трудова злополука по чл. 55, ал. 2 КСО
24	санаторно-курортно лечение поради професионална болест
25	придружаване на дете до 3-годишна възраст в болнично заведение
26	придружаване и гледане на дете до 18-годишна възраст
27	придружаване и гледане на болен над 18-годишна възраст

*Забележки:*

\* Острите професионални отравяния се кодират като трудова злополука, а хроничните професионални отравяния – като професионални болести.

**\*\* Член 55, ал. 1 – Трудова злополука е всяко внезапно увреждане на здравето, станало през време и във връзка или по повод на извършваната работа, както и при всяка работа, извършена в интерес на предприятието, когато е причинило временна неработоспособност, трайно намалена неработоспособност или смърт.**

Член 55, ал. 2 – Трудова е и злополуката, станала с осигурен по чл. 4, ал. 1 и 2 и чл. 4а по време на обичайния път при отиване или при връщане от работното място до:

- а) основното място на живеене или до друго допълнително място на живеене с постоянен характер;
- б) мястото, където осигуреният обикновено се храни през работния ден;
- в) мястото за получаване на възнаграждение.

На ред „Режим на лечение“ чрез знак „X“ се отбелязва един от режимите на лечение съгласно НМЕ.

На ред „Дни (словом)“ с думи се изписва общият брой на дните за временна неработоспособност.

На ред „Бременност: Термин... Раждане...“ се попълват датите на съответните обстоятелства във формат „ДДММГГ“ от ляво надясно.

На ред „Придружаване и гледане на болен член от семейството“ се вписват родствената връзка и трите имена на болния. В двете вертикално разположени позиции със знак „X“ се отбелязва видът на личния идентификатор – ЕГН или ЛНЧ. В хоризонтално разположените десет позиции се вписват десетте цифри на ЕГН или ЛНЧ.

На ред „Да се яви на преглед на“ се вписва датата на контролния преглед във формат „ДДММГГ“ от ляво надясно.

Ред „Решение ЛКК №... дата“ се попълва при издаване на болничен лист от ЛКК. Вписват се номерът и датата на решението на ЛКК от ляво надясно.

Ред „Решение ТЕЛК/НЕЛК №... дата“ се попълва, когато болничният лист се издава на основание решение на ТЕЛК/НЕЛК. Вписват се номерът и датата на решението на ТЕЛК/НЕЛК от ляво надясно.

На ред „БЕЛЕЖКИ“ се попълват всички видове бележки, необходими за доизясняване на някои данни, свързани с изискванията на НМЕ и Наредбата за трудоустрояване:

• Болничният лист се издава за повече от един работодател/осигурител.

*При попълване на тази бележка се вписва и броят на работодателите/осигурителите, за които е издаден.*

• Разрешава се ползването на домашния отпуск в друго населено място.

• За доказване с разпореждане на ТП на НОИ – при съмнение за трудова злополука.

• За доказване с експертно решение на ТЕЛК – при съмнение за професионална болест.

• За анкета.

• При трудоустрояване се посочва работното място или длъжността/изискванията към работното място или длъжността.

• Издава се за минало време.

*При попълване на тази бележка се вписват и номерът и датата на амбулаторния лист, в който е регистриран прегледът, или се посочват причините за неизвършения предварително преглед.*

• Издава се за лечение/изследване в чужбина.

• Издава се за раждане в чужбина.

• Неработоспособността на майката е вследствие на раждането.

• Издава се на лице, осигурено по законодателството на друга държава.

*При попълване на тази бележка се вписва държавата, в която лицето е осигурено.*

• „Заразна болест“ при повод и във връзка с такава.

• За гледане на дете под карантина.

• Гледане на болен член от семейството в лечебно заведение за болнична помощ по заключение от ръководителя на лечебното заведение.

*При попълване на тази бележка се вписва и номерът на историята на заболяването на болния член от семейството.*

• Гледане на болно дете до 3-годишна възраст в лечебно заведение за болнична помощ.

• Гледане на болен член от семейството у дома.

• За придружаване на член от семейството за консултация и изследване.

• Други – попълват се всички други бележки, които са необходими.

**При издаване на болничен лист на осиновителка (осиновител):**

• На ред „Причина за неработоспособността“ се попълва „15 – майчинство“.

• На ред „Диагноза“ се попълва текстът: „За гледане на дете“.

• В съответните редове се вписват трите имена на детето и датата на раждането му.

• На ред „Бележки“ се вписва текстът „За гледане на дете“.

**При издаване на болничен лист за случаите по чл. 167 от Кодекса на труда:**

• На ред „Причина за неработоспособността“ се попълва „15 – майчинство“.

• На ред „Диагноза“ се попълва текстът: „За гледане на дете по чл. 167 КТ“.

• В съответните редове се вписват трите имена на детето и датата на раждането му.

• На ред „БЕЛЕЖКИ“ се вписват: текстът „За гледане на дете по чл. 167 КТ“, номерът и датата на протокола на ЛКК или номерът и датата на акта/актовете за смърт на майката и/или бащата на детето.

**Дясната кодова част на болничния лист се попълва по следния начин:**

На ред „ЕГН/ЛНЧ“ със знак „X“ се отбелязва видът на личния идентификатор на лицето, като съответно се вписват десетте цифри на ЕГН или ЛНЧ в хоризонтално разположените десет позиции.

На ред „Рег. № на л.з.“ се вписва десетцифреният регистрационен номер на лечебното заведение, издаден от регионалната здравна инспекция/Министерството на здравеопазването.

На редове „В отпуск от“ и „В отпуск до“ се вписват датата на началото и датата на края на разрешените дни за отпуск във формат „ДДММГГ“.

На ред „Всичко отпуск в календарни дни“ се попълва с цифри с дясно подравняване броят на дните във временна неработоспособност.

На ред „Диагноза по МКБ“ се вписва буквено-цифровият код на диагнозата по Международната класификация на болестите 10, като първият знак е буква, а последващите го – цифри. Буквено-цифровият код се вписва, като се ползва ляво подравняване.

На ред „Причина“ се вписва кодът на отразената с думи причина за временната неработоспособност.

На ред „Брой на дните при режим“ се вписва с дясно подравняване броят на дните за определения/те в болничния лист режим/режими.

На редове „ЛЕКАР“ и „ЧЛЕНОВЕ НА ЛКК“ със знак „X“ се отбелязва кой е издал болничния лист.

В позициите, разположени на съответните редове, се попълва/т фамилията/ите на лекаря/лекарите, членове на ЛКК и се вписва/т номера/та от националния регистър по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина (УИН).

На ред „Издаден на“ се вписва датата, на която е издаден болничният лист, във формат „ДДММГГ“.

След въвеждане, контролиране и съхраняване на данните болничният лист се отпечатва, подписва се от лекаря/лекарите – членове на ЛКК, подпечатва се с печата на лечебното заведение и се връчва на лицето.

#### **Анулиране на болничен лист**

**Анулиране на болничен лист се извършва от лечебното заведение, което го е издало.**

Избира се позиция „Анулиране“ и се въвеждат:

- номерът на болничния лист, който ще се анулира;
- личният идентификатор на лицето – ЕГН или ЛНЧ, на което е издаден;
- регистрационният номер на лечебното заведение.

**Не е допустимо след съхраняване да бъде извършвана корекция на данните за издадения болничен лист. При необходимост от корекции на издадения болничен лист подписаният хартиен носител и съхранените данни се анулират, след което се издава нов болничен лист (с нов номер) и с правилно попълнени данни.**

Приложение № 4 към чл. 13, ал. 2

#### **РЕШЕНИЕ**

НА ЛЕКАРСКА КОНСУЛТАТИВНА КОМИСИЯ

№ ..... / ..... Г.

(от книгата за решения на ЛКК)

.....  
(лечебно заведение – наименование и адрес)

.....  
(вид ЛКК)

Днес, ..... Г., на заседание № ....., ЛКК в състав:

Председател: ....., специалност ....., УИН .....

.....  
(фамилия на лекаря)

Членове: 1. ...., специалност ....., УИН .....

.....  
(фамилия на лекаря)

2. ...., специалност ....., УИН .....

.....  
(фамилия на лекаря)

по повод жалба вх. № ..... / ..... Г. от .....

разгледа болничен лист № ....., издаден от .....

.....  
(лечебно заведение – наименование, адрес и регистрационен номер)

за ..... дни временна неработоспособност от ..... до .....

на .....

.....  
(име, презиме и фамилия на лицето)

Адрес на лицето по ЛК: .....

ЕГН/ЛНЧ: .....

Месторабота .....

.....  
(предприятие, учреждение, организация, фирма)

Адрес на работодателя .....

.....  
(обл., общ., гр./с., ж.к., ул. №, бл., вх., ап.)

#### **Диагноза:**

#### **Изследвания (документи):**

#### **Заклучение на ЛКК:**

Лекарската консултативна комисия ..... болничен лист № .....

.....  
(потвърждава/отменя/потвърждава частично)

.....  
(брой на потвърдените частично дни временна неработоспособност и период, за който те се отнасят)\*

#### **Мотиви:**

Забележка. \*Когато ЛКК „потвърждава частично“, се вписват и броят на дните, и периодът, за който те се отнасят.

Решението е съставено в \_\_\_\_\_ екземпляра.

Председател: .....

Членове: 1. ....

.....  
(подпис)

.....  
(подпис)

.....  
(печат на лечебното заведение)

2. ....

.....  
(подпис)

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
НАЦИОНАЛЕН ОСИГУРИТЕЛЕН ИНСТИТУТ

ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ –

п.к. ...., ул. .... № ....., тел. ...., факс ....., e-mail .....@nssi.bg
Изх. № в ТП на НОИ ...../.....20.... г.

СПРАВКА
за

приети данни, съдържащи се в издадени болнични листове и/или решения на ЛКК по повод на обжалвани болнични листове
Данните са подадени от

(лекуващ лекар/лекар по дентална медицина/лечебно заведение)

ЕГН/ЛНЧ/ЕИК

А. ПРИЕТИ ДАННИ ЗА ИЗДАДЕНИ/АНУЛИРАНИ БОЛНИЧНИ ЛИСТОВЕ:

I. Подадени данни за ..... броя издадени болнични листове.

1. Приети данни за ..... броя издадени болнични листове, както следва:

1.1. Б. л. № ..... на ....., ЕГН/ЛНЧ

(име, презиме и фамилия)

в отпуск от ....., в отпуск до ....., причина за неработоспособността .....

1.2. Б. л. № ..... на ....., ЕГН/ЛНЧ

(име, презиме и фамилия)

в отпуск от ....., в отпуск до ....., причина за неработоспособността .....

2. Списък с откритите несъответствия в приетите данни от издадени болнични листове:

2.1. Б.л. № ..... на ....., ЕГН/ЛНЧ ....., описание .....

(име, презиме и фамилия)

2.2. Б.л. № ..... на ....., ЕГН/ЛНЧ ....., описание .....

(име, презиме и фамилия)

II. Подадени данни за ..... броя анулирани болнични листове.

1. Приети данни за ..... броя анулирани болнични листове, както следва:

1.1. Б. л. № ..... на ....., ЕГН/ЛНЧ

(име, презиме и фамилия)

1.2. Б. л. № ..... на ....., ЕГН/ЛНЧ

(име, презиме и фамилия)

2. Списък с откритите несъответствия в приетите данни от анулирани болнични листове:

2.1. Б.л. № ..... на ....., ЕГН/ЛНЧ ....., описание .....

(име, презиме и фамилия)

2.2. Б.л. № ..... на ....., ЕГН/ЛНЧ ....., описание .....

(име, презиме и фамилия)

III. Неприети данни за ..... броя издадени/анулирани болнични листове, причина:

Б. ПРИЕТИ ДАННИ ЗА РЕШЕНИЯ НА ЛКК ПО ПОВОД НА ОБЖАЛВАНИ БОЛНИЧНИ ЛИСТОВЕ:

I. Подадени данни за ..... броя издадени решения на ЛКК.

1. Приети данни за ..... броя издадени решения на ЛКК, както следва:

1.1. Решение № ..... от .....20.... г. от

ЛКК,

(вид ЛКК)

по б. л. № .....на ....., ЕГН/ЛНЧ

(име, презиме и фамилия)

1.2. Решение № ..... от .....20.... г. от

ЛКК,

(вид ЛКК)

по б. л. № .....на ....., ЕГН/ЛНЧ

(име, презиме и фамилия)

2. Списък с откритите несъответствия в приетите данни за издадени решения на ЛКК, както следва:

2.1. Решение № ..... от .....20.... г. от ..... ЛКК,

(вид ЛКК)

по б. л. № ..... на ....., ЕГН/ЛНЧ ....., описание .....

(име, презиме и фамилия)

2.2. Решение № ..... от .....20.... г. от

ЛКК,

(вид ЛКК)

по б. л. № ..... на ....., ЕГН/ЛНЧ ....., описание .....

(име, презиме и фамилия)

II. Неприети данни за ..... броя издадени решения на ЛКК, причина:

Дата: .....

Приел данните: .....

(име, фамилия, длъжност, подпис и печат)



**Справка за издадени/анулирани болнични листове за временна неработоспособност**

№ по ред	Дата на издаване/анулиране	Издаване/анулиране	№ на болничния лист	Първичен или продължение	Име, презиме, фамилия на пациента	ЕГН/ЛНЧ на пациента	Местоработата	Диагноза	Причина за неработоспособността	Резимивен/лечебни мероприятия	Временна неработоспособност от...	Временна неработоспособност до...	Всичко отпускателни дни	№ и дата на амбулаторния лист	Име на лекаря/ЛКК, издали болничния лист	Дата на поставяне на данните в НОИ	Забележка
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	

*Забележка.* След въвеждане, контролиране и съхраняване на данните от болничния лист те автоматично получават пореден номер (в рамките на годината), под който се вписват в справката.

Приложение № 7 към § 1, ал. 2 и § 2, ал. 2 от преходните и заключителните разпоредби

Вх. № в ТП на НОИ ...../.....20.... г.

**ДО  
ДИРЕКТОРА НА  
ТЕРИТОРИАЛНО ПОДЕЛЕНИЕ  
НА НАЦИОНАЛНИЯ ОСИГУРИТЕЛЕН  
ИНСТИТУТ**

**ПРИДРУЖИТЕЛНО ПИСМО**

От .....  
(име, презиме и фамилия на лекуващия лекар/лекарка по дентална медицина/наименование на лечебното заведение)

ЕГН/ЛНЧ/ЕИК .....  
адрес ..... за ..... кореспонденция .....  
(град/село, ПК, община, област, улица №, ж.к., бл., ет., ап.)

.....  
телефон/и: .....

.....  
представяван/о .....

.....  
от

.....  
(име, презиме и фамилия на представляващото лечебно заведение)

ЕГН/ЛНЧ ....., ЛК № ....., издадена на ..... 20.... г., от .....

На основание § 1, ал. 2 и § 2, ал. 2 от Наредбата за реда за представяне в Националния осигурителен институт на данните от издадените болнични листове и решенията по обжалването им Ви представям:

Документи на хартиен носител:

1. Болнични листове – ..... броя.

2. Решения на ЛКК по повод на обжалвани болнични листове – ..... броя.

3. Опис на представените болнични листове и решения на ЛКК по повод на обжалвани болнични листове, издадени на хартиен носител, съдържащ ..... страници.

Данни на електронен носител за:

1. Болнични листове – ..... броя записи.

2. Решения на ЛКК по повод на обжалвани болнични листове – ..... броя записи.

Упълномощавам документите/данните да представи:

.....  
(име, презиме, фамилия)

ЕГН/ЛНЧ ....., ЛК № ....., издадена на ..... 20.... г., от .....

Дата: .....

Подпис: .....

(лекуващ лекар/лекар по дентална медицина

/представляващ лечебно заведение)

(печат на лечебното заведение)

Приложение № 8 към § 1, ал. 2 от преходните и заключителните разпоредби

**ОПИС НА ДОКУМЕНТИТЕ**

**по § 1, ал. 2 от ПЗР към наредбата**

**A. Попълва се от лекуващия лекар/лекаря по дентална медицина/лечебното заведение.**

**I. Болнични листове – ..... броя.**

1. Б. л. № ....., на .....  
(име, презиме и фамилия)

.....  
ЕГН/ЛНЧ .....

представен/непредставен, описание на несъответствията .....  
(вярното се подчертава) (попълва се от длъжностното лице в ТП на НОИ)

2. Б. л. № ....., на .....  
(име, презиме и фамилия)

.....  
ЕГН/ЛНЧ .....

представен/непредставен, описание на несъответствията .....  
(вярното се подчертава) (попълва се от длъжностното лице в ТП на НОИ)

3. Б. л. № ....., на .....  
(име, презиме и фамилия)

.....  
ЕГН/ЛНЧ .....

представен/непредставен, описание на несъответствията .....  
(вярното се подчертава) (попълва се от длъжностното лице в ТП на НОИ)

4. Б. л. № ....., на .....  
(име, презиме и фамилия)

.....  
ЕГН/ЛНЧ .....

представен/непредставен, описание на несъответствията .....  
(вярното се подчертава) (попълва се от длъжностното лице в ТП на НОИ)

5. Б. л. № ....., на .....  
(име, презиме и фамилия)

.....  
ЕГН/ЛНЧ .....

представен/непредставен, описание на несъответствията .....  
(вярното се подчертава) (попълва се от длъжностното лице в ТП на НОИ)

6. Б. л. № ....., на .....  
(име, презиме и фамилия)

.....  
ЕГН/ЛНЧ .....

представен/непредставен, описание на несъответствията .....  
(вярното се подчертава) (попълва се от длъжностното лице в ТП на НОИ)

Стр. .... от .....

Подпис: .....

(лекуващ лекар/лекар по дентална медицина/

представляващ лечебното заведение)

(печат на лечебното заведение)

Забележка. При необходимост се попълва съответният брой страници.

**II. Решения на ЛКК по повод на обжалвани болнични листове – ..... броя.**

1. Решение № ..... от ..... 20.... г. от ..... ЛКК,  
(вид ЛКК)

по б. л. № ..... на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

представено/непредставено, описание на несъответствията .....

(вярното се подчертава)

(попълва се от длъжностното лице в ТП на НОИ)

2. Решение № ..... от .....20.... г. от ..... ЛКК,  
(вид ЛКК)

по б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

представено/непредставено, описание на несъответствията .....  
(вярното се подчертава) (попълва се от длъжностното лице в ТП на НОИ)

3. Решение № ..... от .....20.... г. от ..... ЛКК,  
(вид ЛКК)

по б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

представено/непредставено, описание на несъответствията .....  
(вярното се подчертава) (попълва се от длъжностното лице в ТП на НОИ)

4. Решение № ..... от .....20.... г. от ..... ЛКК,  
(вид ЛКК)

по б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

представено/непредставено, описание на несъответствията .....  
(вярното се подчертава) (попълва се от длъжностното лице в ТП на НОИ)

5. Решение № ..... от .....20.... г. от ..... ЛКК,  
(вид ЛКК)

по б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

представено/непредставено, описание на несъответствията .....  
(вярното се подчертава) (попълва се от длъжностното лице в ТП на НОИ)

6. Решение № ..... от .....20.... г. от ..... ЛКК,  
(вид ЛКК)

по б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

представено/непредставено, описание на несъответствията .....  
(вярното се подчертава) (попълва се от длъжностното лице в ТП на НОИ)

Стр. .... от .....

Подпис на представляващия лечебното заведение: .....  
(печат)

Забележка. При необходимост се попълва съответният брой страници.

**Б. Попълва се от длъжностното лице в ТП на НОИ.**

**I. Представени болнични листове, неописани в раздел А, т. I – .....**

**броя, както следва:**

1. Б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

2. Б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

3. Б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

4. Б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

5. Б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

6. Б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

7. Б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

8. Б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

9. Б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

10. Б. л. № .....на .....  
(име, презиме и фамилия)

....., ЕГН/ЛНЧ .....

Стр. .... от .....

Подпис: .....

(длъжностно лице,  
описало документите)  
(печат)

Забележка. При необходимост се попълва съответният брой страници.

**II. Представени решения на ЛКК по повод на обжалвани болнични листове, неописани в раздел А, т. II – ..... броя, както следва:**

1. Решение № ..... от .....20.... г. от ..... ЛКК,  
(вид ЛКК)  
по б. л. № .....на ..... ,  
(име, презиме и фамилия)  
ЕГН/ЛНЧ.....
2. Решение № ..... от .....20.... г. от ..... ЛКК,  
(вид ЛКК)  
по б. л. № .....на ..... ,  
(име, презиме и фамилия)  
..... ЕГН/ЛНЧ .....
3. Решение № ..... от .....20.... г. от ..... ЛКК,  
(вид ЛКК)  
по б. л. № .....на ..... ,  
(име, презиме и фамилия)  
....., ЕГН/ЛНЧ .....
4. Решение № ..... от .....20.... г. от ..... ЛКК,  
(вид ЛКК)  
по б. л. № .....на ..... ,  
(име, презиме и фамилия)  
....., ЕГН/ЛНЧ .....
5. Решение № ..... от .....20.... г. от ..... ЛКК,  
(вид ЛКК)  
по б. л. № .....на ..... ,  
(име, презиме и фамилия)  
....., ЕГН/ЛНЧ .....
6. Решение № ..... от .....20.... г. от ..... ЛКК,  
(вид ЛКК)  
по б. л. № .....на ..... ,  
(име, презиме и фамилия)  
....., ЕГН/ЛНЧ .....
7. Решение № ..... от .....20.... г. от ..... ЛКК,  
(вид ЛКК)  
по б. л. № .....на ..... ,  
(име, презиме и фамилия)  
....., ЕГН/ЛНЧ .....
8. Решение № ..... от .....20.... г. от ..... ЛКК,  
(вид ЛКК)  
по б. л. № .....на ..... ,  
(име, презиме и фамилия)  
....., ЕГН/ЛНЧ .....

Стр. .... от

.....  
Подпис: .....  
(длъжностно лице,  
описало документите)  
(печат)

Забележка. При необходимост се попълва съответният брой страници.

**V. Попълва се от длъжностното лице в ТП на НОИ.**

**Представени болнични листове и/или решения на ЛКК по повод на обжалвани болнични листове.**

I. Болнични листове.

1. Представени болнични листове, описани в **раздел А, т.І**, от лекуващия лекар/лекаря по дентална медицина/лечебното заведение – броя.
  2. Представени болнични листове, описани в **раздел Б, т.І**, от длъжностно лице в ТП на НОИ –..... броя.
  3. Общо представени болнични листове (т. 1 + т.2) –..... броя.
  4. Непредставени болнични листове, описани в **раздел А, т.І**, от лекуващия лекар/лекаря по дентална медицина/лечебното заведение – броя.
- II. Решения на ЛКК по повод на обжалвани болнични листове.**
1. Представени решения на ЛКК, описани в **раздел А, т. II**, от лечебното заведение – ..... броя.
  2. Представени решения на ЛКК, описани в **раздел Б, т. II**, от длъжностното лице в ТП на НОИ–..... броя.
  3. Общо представени решения на ЛКК (т. 1 + т.2) –..... броя.
  4. Непредставени решения на ЛКК, описани в **раздел А, т. II**, от лечебното заведение – ..... броя.

Дата: .....

Приел документите: .....

(име, фамилия, длъжност,  
подпис и печат)

Стр. .... от

.....