



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Министерство на здравеопазването

Министър на здравеопазването

## ЗАПОВЕД

№ РД-01-161/06.06..... 2018 г.

за изменение и допълнение на Заповед № РД-01-93/29.03.2018 г. за утвърждаване на  
Методика за субсидиране на лечебни заведения през 2018 г.

На основание чл. 19, ал. 4, чл. 106, ал. 3 и чл. 106а от Закона за лечебните заведения, чл. 82, ал. 1, т. 1, 3, 7 и 8 от Закона за здравето, чл. 4, т. 2 и 4 от Закона за ветераните от войните, чл. 16 от Закона за военноинвалидите и военнопострадалите, чл. 5а, ал. 2 от Правилника за прилагане на Закона за ветераните от войните, чл. 52 от Постановление № 332 на Министерския съвет от 2017 г. за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2018 г., във връзка с чл. 73 от Административно-процесуалния кодекс

### НАРЕЖДАМ:

I. Изменям и допълвам Заповед № РД-01-93/29.03.2018 г. в частта на приложението й – Методика за субсидиране на лечебни заведения през 2018 г., както следва:

1. В чл. 3, ал. 4 думите „30 юни“ се заменят с „31 декември“.
2. В таблицата по чл. 10, ал. 1 се създава ред 8:  
„8. N/A Други лекарствени продукти за лечение на животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции на пациенти с вродени коагулопатии“.
3. В чл. 19, т. 2 след думата „туберкулоза“ се добавя „лица с латентна туберкулозна инфекция и суспектните за туберкулоза лица“.
4. В чл. 21, ал. 1 се правят следните изменения и допълнения:
  - а) Точка 2 се изменя така:  
„2. за извършен и отчетен преглед по чл. 19, т. 2 – ежемесечно по 15 лв. за пациент с поставена диагноза “латентна туберкулозна инфекция“ и отчетен под код МКБ 10- Z29.2. и по

35 лв. за изследвано контактно и/или суспектно лице и отчетено под код МКБ 10 – Z11.1, 83.1, Z91.8, Z03.0. При изследвани повече от 5 контактни лица на заразено лице, Министерство на здравеопазването заплаща отчетената дейност след извършена проверка от РЗИ.“

**б) Точка 4 се изменя така:**

„4. за ежедневно провеждане на пряко наблюдавано лечение и проследяване на пациент с активна туберкулоза без бацилоотделяне в интензивна фаза на лечение, както и на пациент с мултилекарствена резистентност без бацилоотделяне в продължителната фаза на лечение в амбулаторни условия при пряк наблюдаван ежедневен прием на лекарствените продукти от медицинско лице с продължителност до 2 месеца за пациенти без бацилоотделяне и до 12 месеца за пациенти с мултилекарствена резистентност без бацилоотделяне - по 3 лв. на ден.“

**в) Създава се т. 9:**

„9. лечебните заведения, които лекуват стационарно пациенти с мултилекарствена резистентност и екстензивна лекарствена резистентност и деца до 18 години с тежки форми на туберкулоза, както и в случаите на терапевтичен неуспех съгласно т. 7, отчитат хоспитализациите и свързаните с тях дейности ежемесечно. В тези случаи Министерство на здравеопазването заплаща авансово отчетената дейност и при дехоспитализацията на пациента извършва прихващане на отчетената и авансово заплатена дейност.“

**5. В чл. 22 се създава ал. 5:**

„(5) При наличие на свободен леглови фонд, държавните специализирани болници за продължително лечение/рехабилитация, отговарящи на изискванията на чл. 20, ал. 3, могат да приемат лица над 18 години с неспецифични белодробни заболявания, насочени от лекар-специалист по пневмология и фтизиатрия и/или алергология и/или вътрешни болести без наличие на експертно решение на ТЕЛК за загубена работоспособност над 50 %, в което да е посочена диагнозата „неспецифично белодробно заболяване“, при условие, че е приложена достатъчна медицинска документация, потвърждаваща наличието на неспецифично белодробно заболяване, изискващо продължаващо лечение и рехабилитация в болнично заведение. За целта лечебното заведение поддържа листа за планов прием и не по-висока от 75 на сто месечна използваемост на разкритите към 31.12.2017 г. пневмологични легла.“

**6. В чл. 31, ал. 3 накрая се поставя запетая и се добавя „съгласно Приложение № 3а“.**

**7. В чл. 33, ал. 1 се правят следните изменения:**

**а) в т. 1 числото „395“ се заменя с „1000“;**

**б) в т. 2 числото „1040“ се заменя с „1400“.**

8. В чл. 34, ал. 2 накрая се поставя запетая и се добавя „и съгласно Приложение № 36“.

9. В чл. 36 се правят следните изменения:

а) В ал. 1 числото „227“ се заменя със „750“.

б) В ал. 2 думите „№ 3 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи с механична вентилация и/или парентерално хранене“; № 4 „Интензивно лечение, мониторинг и интензивни грижи без механична вентилация и/или парентерално хранене“ се заличават.

10. В чл. 39 се правят следните изменения:

а) В ал. 1:

аа) в т. 1 числото „14 000“ се заменя с „20 000“;

аб) в т. 2 числото „4000“ се заменя с „6000“, а числото „1500“ се заменя с „2000“.

б) Алинея 2 се изменя така:

„(2) Министерството на здравеопазването възстановява разходите за медицинските изделия по чл. 37, ал. 2, т. 3, вложени в лечението на пациентите след 1 май 2018 г., на база общ финансов ресурс, определен като произведение от прогнозния годишен брой случаи, който не може да бъде по-голям от 40, и средно претеглена цена на медицинските изделия за 1 интервенция от 13 000 лева.“

11. В чл. 43, ал. 7, т. 1, буква „б“ числото „25“ се заменя „35“.

12. В чл. 44 се правят следните изменения:

а) В т. 1, буква „б“ числото „7“ се заменя с „10“;

б) В т. 2 думите „за до 24 часа, но за не по-малко от 20 часа“ се заличават.

13. В чл. 48 числото „22“ се заменя с „27“.

14. В чл. 50 се създава ал. 9:

„(9) Пациенти, преминали през спешните отделения не могат да бъдат хоспитализирани в рамките на 24 часа в същото лечебно заведение, ако пациентът е отчетен за заплащане по реда на методиката.“

15. Член 58 се изменя така:

„Чл. 58. (1) Министерство на здравеопазването заплаща субсидия, както следва:

1. по чл. 54, т. 1 - разликата между доставната цена на ставата и заплатената от НЗОК стойност;

2. по чл. 54, т. 2 - доставната цена на очната леща;

3. по чл. 54, т. 3 - доставната цена на херниалното/меш платно;

4. по чл. 54, т. 4 - доставната цена на контрастната материя;

5. по чл. 56, ал. 1 – 370 лв. за отдых (един път годишно до 15 дни) и профилактика и рехабилитация (два пъти годишно общо до 30 дни) на военноинвалиди и военнопострадали и 570 лв. за лечение на ветеран от войните (един път годишно, но не повече от 14 дни) и придружител при нужда по преценка на лекар.

(2) Министерство на здравеопазването субсидира стойността на предявените от лечебните заведения за заплащане медицински изделия, като на лечебното заведение с най-ниската предявена стойност за определено медицинско изделие същото се заплаща на 100 %, а на лечебните заведения с по-висока предявена стойност за същото изделие се заплаща до 110% от най-ниската предявена стойност.“

16. В Приложение № 1 към чл. 4, ал. 1, в наименованието на Лист (1)2.3 след думата „лица“ се поставя запетая и се добавя „суспектни лица и лица с латентна туберкулозна инфекция“.

17. Създава се Приложение № 3а:

**„Приложение № 3а към чл. 31, ал. 3**

**Процедура „Терапевтична афереза“**

Министерство на здравеопазването субсидира лечебните заведения за дейности по провеждане на процедури за терапевтична афереза, при спазване на следните критерии:

**Обем и обхват на дейностите по процедура „Терапевтична афереза“**

**1. Продължителност на процедура „Терапевтична афереза“**

Министерство на здравеопазването субсидира дейности по провеждане на терапевтична афереза, при:

1.1.минимален престой - 1 ден;

1.2.минимална продължителност на процедурата - 4 часа;

1.3.максимална продължителност на процедурата - 8 часа;

1.4.кратност на процедурата – от 1 път седмично до ежедневно;

2. Квалификация на екипа, провеждащ терапевтичната афереза:

Терапевтичната афереза се осъществява от екип от най-малко двама лекари с призната специалност по «Анестезия и интензивно лечение», от които най-малко един с придобит сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза. В екипа може да участват и лекари с медицинска специалност по профила на основното заболяване.

**2. Индикации за прилагане на „Терапевтичната афереза“**

1. Остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен Баре)

2. Миастения

3. Множествена склероза

4. Невромиелитис оптика. Синдром на Devic

5. Токсикоза на бременността

6. Сепсис с мултиорганна недостатъчност

7. Автоимунни заболявания на бъбреците

8. Извършена трансплантация

9. Други заболявания, съгласно индикациите за приложение на терапевтичната афереза в съответствие с утвърдените в световната медицинска практика (ASFA – Guidelines, USA) и в националния консенсус на българските анестезиолози, публикувани в списание Анестезиология и интензивно лечение, 2014 г. кн.2.

### 3. Основни процедури, изпълнявани в рамките на процедура „Терапевтична афереза”

#### ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

\*\*89.51 МОНИТОРИРАНЕ ЧРЕЗ ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ - ПОСТОЯНЕН МОНИТОРИНГ ПО ВРЕМЕ НА ПРОЦЕДУРАТА.

\*\*89.63 АПАРАТНО МОНИТОРИРАНЕ НА АРТЕРИАЛНО НАЛЯГАНЕ – НЕИНВАЗИВНО ИЛИ ИНВАЗИВНО.

\*\*89.62 МОНИТОРИРАНЕ НА ЦЕНТРАЛНО ВЕНОЗНО НАЛЯГАНЕ-ПО ПОКАЗАНИЯ.

\*\*89.70 МОНИТОРИРАНЕ (ИЗМЕРВАНЕ И ИЗЧИСЛЕНИЕ) НА БАЛАНСНА ПРИЕТИ/ОТДЕЛЕНИ ТЕЧНОСТИ.

\*\*90.59 МОНИТОРИРАНЕ НА КРЪВНИ ПОКАЗАТЕЛИ - ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ.

\*\*88.72 ЕХОКАРДИОГРАФИЯ – ПО ПОКАЗАНИЯ.

\*\*89.65 АЛКАЛНО-КИСЕЛИННОТО СЪСТОЯНИЕ В ПРОБИ ОТ АРТЕРИАЛНА КРЪВ - ПО ПОКАЗАНИЯ.

\*\*89.66 МОНИТОРИРАНЕ ПОКАЗАТЕЛИТЕ НА ДИХАТЕЛНИТЕ ГАЗОВЕ (КИСЛОРОД / ВЪГЛЕРОДЕН ДВУОКИС-ПО ПОКАЗАНИЯ.

\*\*89.68 МОНИТОРИРАНЕ НА СЪРДЕЧЕН МИНУТЕН ОБЕМ –ПОПОКАЗАНИЯ.

\*\*89.66 МОНИТОРИРАНЕ НА САТУРАЦИЯТА НА ХЕМОГЛОБИНА С КИСЛОРОД.

#### **Включва задължително всички посочени изследвания:**

Мониториране на кръвни показатели: хемоглобин, хематокрит, брой еритроцити, кръвна захар, електролити в серум, брой левкоцити, диференциално броене, протромбиново време, брой тромбоцити, билирубин, урея, креатинин, общ белтък и албумин, имуноглобулини А, G , М, Е. Специфични автоантитела и маркери за съответното заболяване.

Трансаминази, серумна амилаза, фибриноген, вр. на кръвене, вр. на съсирване, аРТТ, тромбоцити и други – по показания;

Хемокултура и антибиограма – по показания;

Токсични нива на медикаменти или други токсични субстанции - по показания;

Образни изследвания – по показания;

Други – по преценка на специалиста анестезиолог или началника на КАИЛ/ОАИЛ.

#### ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

\*38.93 ПУНКЦИЯ И КАТЕТЕРИЗАЦИЯ НА ПЕРИФЕРЕН И/ИЛИ ЦЕНТРАЛЕН ВЕНОЗЕН

ПЪТ.

\*38.91 ПУНКЦИЯ И /ИЛИ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ НА АРТЕРИАЛЕН СЪД – ПРИ ПОКАЗАНИЯ.

\*99.08 ТРАНСФУЗИЯ НА ФИЗИОЛОГИЧЕН РАЗТВОР, КОЛОИД СЪДЪРЖАЩИ РАЗТВОРИ, ЧОВЕШКИ АЛБУМИН, ПЗП, КОИТО ЗАМЕЩВАТ СЕПАРИРАНИТЕ ЕЛЕМЕНТИ ОТ ПЛАЗМАТА.

\*99.18 ИНФУЗИЯ НА ЕЛЕКТРОЛИТИ - ИНФУЗИЯ НА КОЛОИД-НЕСЪДЪРЖАЩИ РАЗТВОРИ.

\*99.19 ПОСТОЯННА ИНФУЗИЯ НА АНТИКОАГУЛАНТИ В ЕКСТРАКОРПОРАЛНОТО КРЪВООБРЪЩЕНИЕ.

\*96.04 ЕНДОТРАХЕАЛНА ИЛИ НАЗОТРАХЕАЛНА ИНТУБАЦИЯ.

\*93.96 КИСЛОРОДНО ЛЕЧЕНИЕ.

\*31.1 ВРЕМЕННА ТРАХЕОСТОМИЯ ПРЕЗ ТРАХЕОСТОМНА КАНИЮЛА – ПО ПОКАЗАНИЯ.

\*96.70 ПРОДЪЛЖИТЕЛНА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ – ПО ПОКАЗАНИЯ. ИЗВЪРШВА СЕ:

1. ЧРЕЗ ОРОТРАХЕАЛНА ИЛИ НАЗОТРАХЕАЛНА ИНТУБАЦИЯ НА ТРАХЕЯТА;
2. СЪЧЕТАНИЕ НА КОНВЕНЦИОНАЛНА И ДЖЕТ-ВЕНТИЛАЦИЯ – ПО ПОКАЗАНИЯ;
3. НЕИНВАЗИВНА ВЕНТИЛАЦИЯ – ПРИ ЗАПАЗЕНИ РЕФЛЕКСИ И СЪЗНАНИЕ НА ПАЦИЕНТА – ПО ПОКАЗАНИЯ.

#### **ТРАНСФУЗИЯ НА КРЪВ И КРЪВНИ КОМПОНЕНТИ – ПО ПОКАЗАНИЯ**

\*99.04 ТРАНСФУЗИЯ НА ЕРИТРОЦИТНА МАСА.

\*99.05 ТРАНСФУЗИЯ НА ТРОМБОЦИТЕН/ЛЕВКОЦИТЕН КОНЦЕНТРАТ.

\*99.06 ТРАНСФУЗИЯ НА ФАКТОРИ НА СЪСИРВАНЕ. ТРАНСФУЗИЯ НА РЕКОМБИНАНТНИ ФАКТОРИ.

\*99.07 ТРАНСФУЗИЯ НА ДРУГ СЕРУМ, ЧОВЕШКИ АЛБУМИН ИЛИ ПРЯСНО ЗАМРАЗЕНА ПЛАЗМА (ПЗП).

\*99.16 ТРАНСФУЗИЯ НА ГАМАВЕНИН – ПО ПОКАЗАНИЯ.

\*99.14 ТРАНСФУЗИЯ НА ГАМА-ГЛОБУЛИН – ПО ПОКАЗАНИЯ.

*Включва:* Подкожна и/или интрамускулна инжекция и/или интравенозна инжекция или инфузия.

\*99.21 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИБИОТИК – ПРИ ПОКАЗАНИЯ.

\*99.23 ИНЖЕКЦИЯ НА СТЕРОИД – ПРИ ПОКАЗАНИЯ.

\*99.26 ИНЖЕКЦИЯ НА СЕДАТИВА И/ИЛИ АНЕСТЕТИЦИ – ПРИ ПОКАЗАНИЯ.

\*99.29 ИНЖЕКЦИЯ/ИНФУЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО.

**Изключва:**

- \*39.95 ХЕМОДИАЛИЗА.
- \*93.39 ФИЗИОТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ.
- \*93.94 АЕРОЗОЛНА ТЕРАПИЯ - ПО ПОКАЗАНИЯ.

**4. Изисквания за осигуреност с лекарствени продукти и медицински изделия**

**Лекарствени продукти**

B05BB01 Sodium chloride 0,9%	4 бр.
A04AA00 Na citrate /ACD-A 1000 мл./	2 бр.
B01AB01 Heparin 25 000 IU	1 бр.
A12AA03 Calcium gluconate 10 ml	5 бр.
B05AA06 Succinylated galatine, Sodium chloride	2 бр.
<b>Кръвни биопродукти</b>	
B05AA01 Human Albumin 20% 50 мл.	10 бр.
Прясно замразена плазма 250 мл.	3 бр.

**Медицински изделия**

1. Нанотехнологична мембрана
2. Сет за плазмафереза
3. Сет за цитофереза
4. Консумативи: централен венозен катетър, абокат, вен. система, трипътен кран, памук, спирт, дезинфекционен разтвор, стерилни ръкавици, марля, бинт, есмарх, спринцовки, самозалепващ пластир, електроди за монитор

**5. Изисквания за завършеност на Процедура „Терапевтична афереза”**

Процедурата се счита за завършена, ако са приложени и отчетени задължително следните процедури:

**Диагностични процедури**, които се прилагат задължително при постъпване и при излизане от модела за провеждане на „Терапевтична афереза” - **\*\*89.51, \*\*89.63, \*\*89.70; \*\*90.59; \*\*89.66 (SPO2).**

**Терапевтични процедури**, които се прилагат задължително - **\*38.93; \*99.07; \*99.08; \*99.18; \*99.19.**

**4. Изход от Процедура „Терапевтична афереза”**

Процедурата приключва с последващо превеждане в клиника/отделение по основното

заболяване или дехоспитализация на пациента.

#### **6. Критерии за дехоспитализация**

Болният е изключен от апарата за екстракорпорално кръвообръщение със стабилна хемодинамика. Кървенето от съдовия достъп е спряло и е поставена превръзка.

**Забележка:** Обективното състояние на пациента при провеждане и приключване на процедурата се отразява в протокола за „Терапевтична афереза“.

#### **II. Документиране на дейността по Процедура „Терапевтична афереза“:**

1. Хоспитализацията на пациента се документира в “История на заболяването” на пациента (ИЗ)
3. Декларация за информирано съгласие (Образец № 1) – подписва се от родителя/настойника и е неразделна част от “История на заболяването”.
4. Основен документ за Процедура „Терапевтична афереза” е Протокол (Образец № 2). Този протокол се попълва при всяка проведена „Терапевтична афереза” и се съхранява в ИЗ на пациента.



**ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ****за извършване на „Терапевтична афереза”**

От: \_\_\_\_\_  
(име) (фамилия) (година)

Процедурата „Терапевтична афереза” се извършва от лекарски екип, който включва най-малко един лицензиран лекар за високоспециализирана медицинска дейност „Терапевтична афереза”.

**Декларирам**, че съм съгласен/а да ми бъде извършена терапевтична афереза за отделяне от кръвта ми на патологични антитела, които причиняват заболяването ми чрез въвеждане на катетър, включително всички медицински интервенции преди, по време и след процедурата.

Съгласен/а съм да ми бъдат направени необходимите медицински изследвания за тази цел.

Съгласен/а съм да се подложя и на онези медицински манипулации, които не са уточнени предварително, но биха могли да се окажат наложителни при изпълнението на тази процедура.

**Обяснено ми е** на достъпен език и напълно разбирам какво представлява това лечение и всички рискове свързани с него.

**Осъзнал/а съм** всички възможни усложнения свързани със здравето и живота ми.

**Желая** да ми бъде направена тази лечебна процедура на апарат за екстракорпорално изкуствено кръвообращение.

**Обяснено ми е**, че в световната научна литературата има данни за положителния лечебния ефект на метода при моето заболяване.

Дата: \_\_\_\_\_ Час: \_\_\_\_\_

Подпис на пациента \_\_\_\_\_

*Това информирано съгласие се попълва съгласно изискванията на Закона за здравето.*

## ПРОТОКОЛ

за извършване на процедура „Терапевтична афереза”

Име на пациента: \_\_\_\_\_ възраст \_\_\_\_\_

История на заболяване № \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2018г. Телесно тегло: \_\_\_\_\_ кг.; Ръст: \_\_\_\_\_ см.

Клинична диагноза \_\_\_\_\_

Час						Бележки
Начало/Край - х	170					
	160					
	150					
	140					
	130					
	120					
	110					
	100					
	90					
	80					
	70					
АН Пулс Сатурация на Нb (SPO2)	60					
	50					
ВЕР						
Хепарин						
АСД - А						
Хуман албумин						
ПЗП						
Са - глюконат						
Баланс на терапевтична						



Министерство на здравеопазването не заплаща процедури по бъбречнозаместителна терапия, отговарящи на изискванията и подлежащи на заплащане от НЗОК по процедури за хроничен диализ и диализно лечение при остри състояния.

## **2. Индикации за осъществяване на процедура «Бъбречно-заместителна терапия»**

### **Остра бъбречна увреда:**

1. Увеличаване на серумният креатинин с над 26,5  $\mu\text{mol/l}$  за период до 48ч.

*или*

2. Увеличение на серумния креатинин до 1.5 пъти над изходния /преди развитието на ОБН/

*или*

3. Диуреза под 0,5мл/кг/ч. за 6 часа.

### **Включването в процедурата се извършва при наличието на поне два критерия:**

1. 1,5-1,9 пъти увеличение на серумния креатинин спрямо изходния и/или диуреза под 0,5мл/кг/ч. за период от 6-12ч.

2. 2.0-2,9 пъти увеличение на серумния креатинин спрямо изходния и/или диуреза под 0,5 мл/кг/ч. за над 12 часа.

3. 3,0 пъти увеличение на серумния креатинин спрямо изходния или нива на серумен креатинин над 350  $\mu\text{mol/l}$ , или стартиране на бъбречнозаместителна терапия при пациенти под 18 год.възраст при спад на GFR под 35мл/мин. при телесно повърхност от 1,73м<sup>2</sup> и/или диуреза под 0,3 мл/кг/ч. за над 24 часа или пълна анурия.

4. Клиничнозначим периферен /тъканен/ и/или белодробен застой с/без влошаване на газообмена, с/без необходимост от изкуствена белодробна вентилация.

5. Уремична енцефалопатия, уремичен перикардит, уремична невропатия/миопатия.

6. Тежка некоригируема медикаментозно диснатриемия /серумен Na<sup>+</sup> над 160 или под 115mmol/l/.

7. Тежка хипертермия

8. Медикаментозни интоксикации подлежащи на диализна депурация.

## **3. Основни процедури, изпълнявани в рамките на процедура „Бъбречнозаместителна терапия”**

### **ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ**

**\*\*89.51 МОНИТОРИРАНЕ ЧРЕЗ ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ - ПОСТОЯНЕН МОНИТОРИНГ ПО ВРЕМЕ НА ПРОЦЕДУРАТА.**

**\*\*89.63 АПАРАТНО МОНИТОРИРАНЕ НА АРТЕРИАЛНО НАЛЯГАНЕ – НЕИНВАЗИВНО**

ИЛИ ИНВАЗИВНО.

\*\*89.62 МОНИТОРИРАНЕ НА ЦЕНТРАЛНО ВЕНОЗНО НАЛЯГАНЕ - ПО ПОКАЗАНИЯ.

\*\*89.70 МОНИТОРИРАНЕ (ИЗМЕРВАНЕ И ИЗЧИСЛЕНИЕ) НА БАЛАНС НА ПРИЕТИ/ОТДЕЛЕНИ ТЕЧНОСТИ.

\*\*90.59 МОНИТОРИРАНЕ НА КРЪВНИ ПОКАЗАТЕЛИ - ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ.

\*\*88.72 ЕХОКАРДИОГРАФИЯ – ПО ПОКАЗАНИЯ.

\*\*89.65 АЛКАЛНО-КИСЕЛИННОТО СЪСТОЯНИЕ В ПРОБИ ОТ АРТЕРИАЛНА КРЪВ - ПО ПОКАЗАНИЯ.

\*\*89.66 МОНИТОРИРАНЕ ПОКАЗАТЕЛИТЕ НА ДИХАТЕЛНИТЕ ГАЗОВЕ (КИСЛОРОД / ВЪГЛЕРОДЕН ДВУОКИС) - ПО ПОКАЗАНИЯ.

\*\*89.68 МОНИТОРИРАНЕ НА СЪРДЕЧЕН МИНУТЕН ОБЕМ – ПО ПОКАЗАНИЯ.

\*\*89.66 МОНИТОРИРАНЕ НА САТУРАЦИЯТА НА ХЕМОГЛОБИНА С КИСЛОРОД.

**Включва задължително всички посочени изследвания:**

Мониториране на кръвни показатели: хемоглобин, хематокрит, брой еритроцити, кръвна захар, електролити в серум, брой левкоцити, диференциално броене, протромбиново време, брой тромбоцити, билирубин, урея, креатинин, общ белтък и албумин.

Трансаминази, вр. на кървене, вр. на съсирване, аРТТ, тромбоцити и други – по показания;

### **ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ**

\*39.96 ПРОДЪЛЖИТЕЛНА БЪБРЕЧНО ЗАМЕСТИТЕЛНА ТЕРАПИЯ, ОСЪЩЕСТВЯВАНА В КАИЛ/ОАИЛ

\*38.93 ПУНКЦИЯ И КАТЕТЕРИЗАЦИЯ НА ПЕРИФЕРЕН И/ИЛИ ЦЕНТРАЛЕН ВЕНОЗЕН ПЪТ.

\*38.91 ПУНКЦИЯ И/ИЛИ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ НА АРТЕРИАЛЕН СЪД – ПРИ ПОКАЗАНИЯ.

\*99.08 ТРАНСФУЗИЯ НА ФИЗИОЛОГИЧЕН РАЗТВОР, КОЛОИД СЪДЪРЖАЩИ РАЗТВОРИ.

\*99.18 ИНФУЗИЯ НА ЕЛЕКТРОЛИТИ - ИНФУЗИЯ НА КОЛОИД-НЕСЪДЪРЖАЩИ РАЗТВОРИ.

\*99.19 ПОСТОЯННА ИНФУЗИЯ НА АНТИКОАГУЛАНТИ В ЕКСТРАКОРПОРАЛНОТО КРЪВООБРЪЩЕНИЕ.

\*31.1 ВРЕМЕННА ТРАХЕОСТОМИЯ ПРЕЗ ТРАХЕОСТОМНА КАНЮЛА – ПО ПОКАЗАНИЯ.

\*96.70 ПРОДЪЛЖИТЕЛНА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ – ПО ПОКАЗАНИЯ. ИЗВЪРШВА СЕ:

1. ЧРЕЗ ОРОТРАХЕАЛНА ИЛИ НАЗОТРАХЕАЛНА ИНТУБАЦИЯ НА ТРАХЕЯТА;
2. СЪЧЕТАНИЕ НА КОНВЕНЦИОНАЛНА И ДЖЕТ-ВЕНТИЛАЦИЯ – ПО ПОКАЗАНИЯ;
3. НЕИНВАЗИВНА ВЕНТИЛАЦИЯ – ПРИ ЗАПАЗЕНИ РЕФЛЕКСИ И СЪЗНАНИЕ НА ПАЦИЕНТА – ПО ПОКАЗАНИЯ.

**Включва:** Подкожна и/или интрамускулна инжекция и/или интравенозна инжекция или инфузия.

\*99.21 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИБИОТИК – ПРИ ПОКАЗАНИЯ.

\*99.23 ИНЖЕКЦИЯ НА СТЕРОИД – ПРИ ПОКАЗАНИЯ.

\*99.26 ИНЖЕКЦИЯ НА СЕДАТИВА И/ЛИ АНЕСТЕТИЦИ – ПРИ ПОКАЗНИЯ.

\*99.29 ИНЖЕКЦИЯ/ИНФУЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО.

**Изключва:**

\*39.95 ХЕМОДИАЛИЗА.

\*39.97 ТЕРАПЕВТИЧНА АФЕРЕЗА

54.98 Продължителна амбулаторна перитонеална диализа

54.98 Автоматична перитонеална диализа

\*93.39 ФИЗИОТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ.

\*93.94 АЕРОЗОЛНА ТЕРАПИЯ - ПО ПОКАЗАНИЯ.

Необходимо е достигане на ефективна доза на ултрафилтрация в хода на бъбречнозаместителната терапия от 25 до 35 мл/кг/ч.

Цялостен мониторинг на пациентите по време на БЗТ се осъществява съгласно раздел III. Буква „Б“, т.1 от медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“.

#### **4. Изисквания за завършеност на Процедура „Бъбречнозаместителна терапия“**

Процедурата се счита за завършена, ако са приложени и отчетени задължително следните процедури:

Диагностични процедури, които се прилагат задължително при постъпване и при излизане от модела за провеждане на Процедура „Бъбречнозаместителна терапия“ - \*\*89.51, \*\*89.63, \*\*89.70; \*\*90.59; \*\*89.66 ( SPO2).

Терапевтични процедури, които се прилагат задължително – \*39.96; \*38.93; \*99.08; \*99.18; \*99.19.

#### **5. Изход от Процедура „Бъбречнозаместителна терапия“**

Процедурата приключва с последващо превеждане в клиника/отделение по основното заболяване или дехоспитализация на пациента.

## **6. Критерии за дехоспитализация**

Болният е изключен от апарата за екстракорпорално кръвообращение, във връзка с продължителната бъбречнозаместителната терапия. Кървенето от съдовия достъп е спряло и е поставена превръзка.

**Забележка:** Обективното състояние на болния при провеждане и приключване на процедурата „Продължителна Бъбречнозаместителна терапия” се отразява в Протокол за „Продължителна Бъбречнозаместителна терапия”.

### **II. Документиране на дейността по Процедура „Бъбречнозаместителна терапия:**

1. Хоспитализацията на пациента се документира в “История на заболяването” на пациента (ИЗ)
3. Декларация за информирано съгласие (Образец № 1) – подписва се от родителя/настойника и е неразделна част от “История на заболяването”.
4. Основен документ за Процедура „Бъбречнозаместителна терапия” е Протокол (Образец № 2). Този протокол се попълва при всяка проведена „Бъбречнозаместителна терапия” и се съхранява в ИЗ на пациента.

## ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

За извършване на Процедура „Бъбречно-заместителна терапия“:

От:

Име: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_

Процедурата „Бъбречно-заместителна терапия“ се извършва от лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

**Декларирам**, че съм съгласен/а да ми бъде извършена „Бъбречно-заместителна терапия“, за отделяне от кръвта ми на азотни съставки, азотсъдържащи вещества, електролити и вода, които влошават моето заболяване. Съгласен съм да ми бъдат направени необходимите медицински изследвания за тази цел. Съгласен съм да се подложа и на онези медицински манипулации, които не са уточнени предварително, но биха могли да се окажат наложителни при изпълнението на тази процедура.

**Обяснено ми е** на достъпен език и напълно разбирам какво представлява това лечение и всички рискове, свързани с него.

**Запознат/а съм** с всички възможни усложнения, свързани със здравето и живота ми.

**Желая** да ми бъде направена тази лечебна процедура на апарат за екстракорпорално изкуствено кръвообращение, който е сертифицирани в ЕС.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпис на пациента: \_\_\_\_\_

*Това информирано съгласие се попълва съгласно изискванията на Закона за здравето.*





--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата: \_\_\_\_\_

Екип: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ “

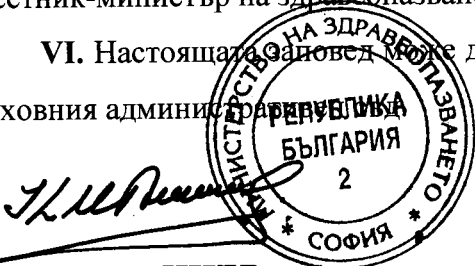
**II.** Заповедта се прилага по отношение на дейностите по част I, т. 3 и 5, извършени от лечебните заведения от 1 януари 2018 г. включително, и по отношение на останалите посочени в нея дейности, извършени от лечебните заведения от 1 април 2018 г. включително.

**III.** Заповедта да се обяви на официалната интернет – страница на Министерство на здравеопазването.

**IV.** В 30-дневен срок от обявяването на заповедта по т. III, Изпълнителна агенция „Медицински одит“ да изготви указания за извършване на контрол върху дейността на лечебните заведения по методиката и да ги представи на министъра на здравеопазването за утвърждаване.

**V.** Контрола по изпълнението на настоящата заповед възлагам на Жени Начева – заместник-министър на здравеопазването.

**VI.** Настоящата заповед може да се оспори в едномесечен срок от обявяването ѝ пред Върховния административен съд.



**КИРИЛ АНАНИЕВ**  
**МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**