

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

СЛУЖЕБЕН БЮЛЕТИН

Год. LV

Брой 8

декември, 2009 г.

Съдържание

НАРЕДБА №40 от 1.09.2009 г. за изменение и допълнение на Наредба №23 от 17.05.2001 г. за условията и изискванията за представяне на хранителната информация при етикетирането на храните (обн. ДВ, бр. 53 от 2001 г., изм. ДВ бр. 41 от 2005 г.)	3
НАРЕДБА № 41 от 24.09.2009 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Диализно лечение"	11
ЗАПОВЕД № РД 09-571 София 09.10.2009 г.	39
ЗАПОВЕД за изменение на Заповед РД 09-519/21.10.2008 г. № РД 09-572 София 09.10.2009 г.	40
НАРЕДБА №42 от 12.11.2009 г. за изменение на Наредба №4 от 4 март 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти (обн. ДВ, бр. 21 от 2009 г.)	41
НАРЕДБА №43 от 18.11.2009 г. за изменение и допълнение на Наредба №12 от 8 април 2009 г. за условията и реда за провеждане и оценяване на стажа за приспособяване и на изпита за правоспособност (обн. ДВ, бр. 30 от 2009 г.)	42
ЗАПОВЕД № РД 15-2795 София, 09.09.2009 г.	50

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

НАРЕДБА №40 от 1.09.2009 г.
за изменение и допълнение на Наредба №23 от
17.05.2001 г. за условията и изискванията за
представяне на хранителната информация при
етикетирането на храните
(обн. ДВ, бр. 53 от 2001 г., изм. ДВ бр. 41 от 2005 г.)

- § 1. В чл. 1 след думата „храните” се добавя „включително и в случаите на предявяване на хранителни претенции”.
- § 2. Член 2 се изменя така:
„Чл. 2. (1) Представянето на хранителна информация при етикетиранието на храни включва:
1. данни за енергийната стойност;
2. съдържанието на следните хранителни вещества:
а) белтъци;
б) въглехидрати;
в) мазнини;
г) хранителни влакнини;
д) натрий;
е) витамини и минерали, посочени в Приложението, и които са в значителни количества по смисъла на ал. 2.
(2) Значително количество на витамините и минералите по ал. 1, т. 2, буква „е” представлява най-малко 15% от посочения в Приложението препоръчителен прием на 100 g или 100 ml или на опаковка, ако опаковката съдържа само една доза.”
- § 3. В чл. 3, ал. 2 се изменя така:
„(2) Когато при етикетиранието, представянето и рекламирането на храни, с изключение на общата реклама за вида продукти, се предявява хранителна претенция, обявяването на хранителната информация е задължително.”

- § 4. В чл. 5, т. 2 се изменя така:
„2. хранителните добавки.”
- § 5. В раздел I „Общи положения” се създава чл. 5а:
„**Чл. 5а.** При представянето на хранителна информация при етикетирането на храни със специално предназначение се спазват и изискванията на съответните наредби по чл. 4 от Закона за храните.
- § 6. В чл. 6 след думата „представена” се добавя „и”.
- § 7. В чл. 7 се правят следните изменения:
1. В ал. 1 т. 2 се изменя така:
„2. изписана четливо, с незаличими букви, на видно място.”
2. В ал. 2 думите „Данните за енергийната стойност и съдържанието на хранителни вещества трябва да се представят” се заменят с „Хранителната информация при етикетирането трябва да се представя”.
- § 8. В чл. 8 се правят следните изменения:
1. В ал. 1 думите „по чл. 2, т. 1” се заличават.
2. Алинея 4 се изменя така:
“(4) Хранителната информация при етикетирането може да включва и количествата на едно или повече от следните хранителни вещества:
1. нишесте;
2. полиоли;
3. мононенаситени мастни киселини;
4. полиненаситени мастни киселини;
5. холестерол;
6. всеки от витамините или минералите, изброени в Приложението и присъстващи в значителни количества.”
3. Алинея 5 се отменя.
- § 9. В чл. 9, ал. 1 след думите „предназначени за” се добавя „продажба на”, а след думите „обществено хранене” се добавя „и при храните, пакетирани на мястото на продажбата по молба на купувача, или предварително опаковани храни за незабавна продажба”.

- § 10. В чл. 10 се правят следните изменения и допълнения:
1. В т. 2 думите „поливалентни алкохоли (сорбитол, мانيتол, ксилитол и др.)“ се заменят с „полиоли“.
 2. В т. 7 думата „салатрим“ се заменя със „салатрими“.
 3. Създават се т. 8 и т. 9:
“8. хранителни влакнини – 2 kcal/g (8 kJ/g);
9. еритритол – 0 kcal/g (0 kJ/g).”
- § 11. В чл. 11 ал. 1 и 2 се изменят така:
- „(1) При обявяването на енергийната стойност и на съдържанието на хранителни вещества или техните компоненти, изразяването се извършва чрез числени стойности, като се използват следните мерни единици:
1. енергия – килокалории (kcal) и килоДжаули (kJ), като 1 kcal е равна на 4,184 kJ;
 2. белтъци, въглехидрати, мазнини, хранителни влакнини и натрий – грамове (g);
 3. холестерол – милиграми (mg);
 4. витамини и минерали – съгласно Приложението.
- „(2) Информацията за витамините и минералите се обявява и като процент от препоръчителния дневен хранителен прием (RDA) съгласно Приложението за количествата, определени в чл. 12.”
- § 12. Член 12 се изменя така:
- „Чл. 12. (1) Хранителната информация при етикетирането се изразява на 100 g или на 100 ml храна.
- (2) В допълнение информацията по ал. 1 може да се обявява на база:
1. единица на сервирана храна, количествено определена върху етикета;
 2. порция, при условие, че броят на порциите е определен на опаковката.”
- § 13. Член 12а се изменя така:
- „Чл. 12а. Хранителната информация и информацията за съдържанието на витамините и минералите по чл. 11, ал. 2 може да бъде посочена и в графична форма.”

- § 14. Член 13 се изменя така:
„Чл. 13. (1) Обявените стойности трябва да се отнасят за храната, както се продава.
(2) По целесъобразност може да се предостави информация за готовата храна, при условие че:
1. начинът за приготвяне е описан достатъчно подробно;
2. информацията се отнася до готовата за консумация храна.”
- § 15. В чл. 16 накрая се добавя „като в такъв случай обявяването на наситените мастни киселини не представлява хранителна претенция.”
- § 16. Член 17 се изменя така:
„Чл. 17. Обявените стойности, в зависимост от индивидуалния случай, трябва да представляват средни стойности, основани на:
1. анализ на храната от производителя;
2. изчисление въз основа на известни или актуални данни за действителните средни стойности на използваните съставки на храни;
3. изчисление на база общоустановени и общоприети данни за състава на храната.”
- § 17. Член 18 се отменя.
- § 18. В чл. 19 ал. 1 се изменя така:
„(1) Разрешават се само хранителни претенции, които се отнасят до енергийната стойност и до хранителните вещества по чл. 2, ал. 1, т. 2 и субстанциите, които принадлежат към или са компоненти на категория от тези хранителни вещества.”
- § 19. Чл. 20 се изменя така:
„Чл. 20. Хранителните претенции и условията за предявяването им се определят съгласно Регламент (ЕО) № 1924/2006 на Европейския Парламент и на Съвета от 20 декември 2006 година относно хранителни и здравни претенции за храните (ОВ, Специално издание 2007 г., глава 15, том 18).”
- § 20. В §1 от Допълнителните разпоредби се правят следните изме-

нения и допълнения:

1. Точка 4 се изменя така :

„4. „въглехидрати“ са всички въглехидрати, които се метаболизират в организма на човека, и включват полиолите.”

2. Точка 6 се изменя така:

“6. “хранителни влакнини (фибри)” са въглехидратни полимери с три или повече мономерни, които не подлежат на смилане, нито на абсорбиране в тънките черва на човека и спадат към следните категории:

а) ядивни въглехидратни полимери, естествено съдържащи се в консумираната храна;

б) ядивни въглехидратни полимери, получени от суровини на храни чрез физични, ензимни или химични средства, които оказват благоприятен физиологичен ефект, потвърден от общоприети научни доказателства;

в) ядивни синтетични въглехидратни полимери, които оказват благоприятен физиологичен ефект, потвърден от общоприети научни доказателства;”.

3. Точка 7 се изменя така:

„7. „мазнини“ са общите липиди и включват фосфолипидите;”.

4. В т. 8 след думата „наситени“ се добавя „мастни киселини”.

5. В т. 9 след думата „мононенаситени“ се добавя „мастни киселини”.

6. В т. 10 след думата „полиненаситени“ се добавя „мастни киселини”.

7. Точка 12 се изменя така:

„12. „хранителна претенция“ е всяко представяне и всяко рекламно съобщение, което заявява, създава впечатление или внушава, че дадена храна има специални хранителни свойства, които се дължат на:

а) енергийната стойност (калорийна стойност), която:

- предоставя;

- предоставя в намалена или увеличена норма; или

- не предоставя; и/или

б) хранителните вещества, които:

- съдържа;

- съдържа в намалени или увеличени съотношения; или

- не съдържа;”

8. Създава се т. 13:

„13. “хранителна информация при етикетиране” е информация, която се намира на етикета и се отнася до енергийната стойност и хранителните съставки, посочени в чл. 2.”

§ 21. В Допълнителните разпоредби се създава § 16:

„§ 16. С тази наредба се въвеждат изискванията на Директива 90/496/ЕИО на Съвета относно етикетирането за питателност на храните (ОВ L 276, 6.10.1990 г.), последно изменена с Директива 2008/100/ЕО.”

§ 22. Създава се Приложение към чл. 2, ал. 1, т. 2, буква „е“:

„Приложение към чл. 2, ал. 1, т. 2, буква „е“

Витамини и минерали, които могат да се обявяват, и техният препоръчителен дневен хранителен прием (RDAs)

ВИТАМИНИ	Препоръчителен дневен прием	МИНЕРАЛИ	Препоръчителен дневен прием
Витамин А (µg)	800	Калий (mg)	2000
Витамин D (µg)	5	Хлорид (mg)	800
Витамин Е (mg)	12	Калций (mg)	800
Витамин К (µg)	75	Фосфор (mg)	700
Витамин С (mg)	80	Магнезий (mg)	375
Тиамин (mg)	1,1	Желязо (mg)	14
Рибофлавин (mg)	1,4	Цинк (mg)	10
Ниацин (mg)	16	Мед (mg)	1
Витамин В6 (mg)	1,4	Манган (mg)	2
Фолиева киселина (µg)	200	Флуор (mg)	3,5
Витамин В12 (µg)	2,5	Селен (µg)	55
Биотин (µg)	50	Хром (µg)	40
Пантотенова киселина (mg)	6	Молибден (µg)	50
		Йод (µg)	150

- § 23. Приложение № 1 към чл. 8, ал. 4 се отменя.
- § 24. Приложение № 2 към чл. 20 се отменя.
- § 25. Навсякъде в текста на наредбата думите „поливалентни алкохоли“ и „поливалентните алкохоли“ се заменят съответно с „полиоли“ и „полиолите“.

ДОПЪЛНИТЕЛНА РАЗПОРЕДБА

- § 26. С тази наредба се въвеждат изискванията на Директива 2008/100/ЕО за изменение на Директива 90/496/ЕИО на Съвета относно етикетирването за питателност на храните по отношение

на препоръчителния дневен прием, факторите за енергийна конверсия и някои определения (ОВ L 285, 29.10.2008 г.) и се създават условия за прилагане на Регламент (ЕО) № 1924/2006 на Европейския Парламент и на Съвета от 20 декември 2006 година относно хранителни и здравни претенции за храните (ОВ, Специално издание 2007 г., глава 15, том 18).

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

- § 27. От 31 октомври 2012 г. се забранява търговията с храни, които не отговарят на изискванията на наредбата. Храните, които се намират на пазара след тази дата и не отговарят на изискванията на наредбата, следва да бъдат изтеглени от търговската мрежа.
- § 28. Наредбата влиза в сила от 31 октомври 2009 г.
- § 29. Наредбата е съгласувана с министъра на земеделието и храните.

МИНИСТЪР:
д-р Божидар Нанев

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

НАРЕДБА № 41 от 24.09.2009 г.
за утвърждаване на медицински стандарт "Диализно
лечение"

Член единствен. (1) С тази наредба се утвърждава медицинският стандарт "Диализно лечение" съгласно приложението.

(2) Дейността по диализно лечение се осъществява при спазване на стандарта по ал. 1 и се изпълнява от всички лечебни заведения, в които се осъществява дейност по диализно лечение.

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

- § 1. Указания по прилагането на тази наредба се дават от министъра на здравеопазването.
- § 2. Наредбата се издава на основание чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения.
- § 3. Отменя се Наредба № 10 от 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Диализно лечение" (обн. ДВ. бр.31 от 2004 г.).

МИНИСТЪР:
д-р Божидар Нанев

МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ “ДИАЛИЗНО ЛЕЧЕНИЕ”

А. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

I. Определение

Диализното лечение е продължително лечение на болни, при които една жизнено важна физиологична система – отделителната, практически не функционира. Прилагат се методи за интензивно лечение.

Диализното лечение е неразделна част от лечебната дейност, осъществявана в рамките на специалност “нефрология”.

С този стандарт се въвеждат изисквания за качество на диализното лечение, в това число за качество на:

- техническо оборудване
- медицински изделия и лекарствени продукти
- квалификация на персонала

Качеството на диализното лечение се удостоверява със степента на изпълнение на заложените клинични цели и изисквания.

II. Извън бъбречни методи за очистване на кръвта, прилагани в диализните структури

1. Хемодиализа.
2. Хемофилтрация: артерио-венозна и вено-венозна.
3. Хемодиафилтрация.
4. Терапевтична афереза.
5. Хемосорбция.
6. Апаратна перитонеална диализа.
7. Продължителна амбулаторна перитонеална диализа.
8. Комбинации между различни методи на извън бъбречно очистване на кръвта.

III. Лечебни заведения, в които може да се осъществява диализна дейност

1. Лечебни заведения за болнична помощ с разкрита диализ-

на структура (клиника или отделение).

2. Диализни центрове.

3. Диализната структура по смисъла на този стандарт е медицинска структура в рамките на лечебно заведение за болнична помощ (диализна клиника или отделение) и диализният център.

Б. ДИАЛИЗНА СТРУКТУРА

I. Дейности, осъществявани в диализните структури

1. Лечение на болни с хронична (ХБН) и остра бъбречна недостатъчност (ОБН) чрез извън бъбречни методи за почистване на кръвта.

2. Лечение на усложненията на ХБН при болни на диализно лечение.

3. Лечението на болни с напреднала ХБН и подготовката им за диализно лечение.

4. Подготовка на подходящите болни за бъбречна трансплантация.

5. Приложение на извън бъбречни методи за почистване на кръвта при спешни състояния и остри интоксикации.

II. Обем на лечебната дейност в диализните структури на Република България.

1. Диализна клиника или отделение на университетска или национална болница извършва:

а) наблюдение и лечение на болни в преддиализния стадий на ХБН;

б) подготовка на болни с напреднала ХБН за диализно лечение;

в) лечение на болни с ХБН с хемодиализа, перитонеална диализа и други извън бъбречни методи за почистване на кръвта;

г) лечение на усложненията на ХБН и диализното лечение;

д) лечение на болни с ОБН, лекувани в други структури на болницата;

е) приложение на извън бъбречни методи за почистване на

кръвта при спешни състояния и остри интоксикации;

ж) приложение и на други методи на извън бъбречно очистване на кръвта;

з) диализно лечение на болни и от други болници в страната;

и) научноизследователска и преподавателска дейност;

Университетската или националната болница може да сключва договори с всички лечебни заведения, които осъществяват диализно лечение в страната, за консултативна помощ и лечение на техни болни с усложнения на ХБН или на диализното лечение.

2. Диализно отделение от областна болница извършва:

а) наблюдение и лечение на болни в преддиализния стадий на ХБН;

б) подготовка на болни с напреднала ХБН за диализно лечение;

в) лечение на болни с ХБН с хемодиализа, перитонеална диализа и други извън бъбречни методи за очистване на кръвта;

г) лечение на усложненията на ХБН и диализното лечение.;

д) лечение на болни с ОБН, лекувани в други структури на болницата;

е) приложение на извън бъбречни методи за очистване на кръвта при спешни състояния и остри интоксикации;

3. Диализно отделение от районна болница извършва:

а) наблюдение и лечение на болни в преддиализния стадий на ХБН;

б) подготовка на болни с напреднала ХБН за диализно лечение;

в) лечение на болни с ХБН с хемодиализа, перитонеална диализа и други извън бъбречни методи за очистване на кръвта;

г) лечение на усложненията на ХБН и диализното лечение;

д) лечение на болни с ОБН, лекувани в други структури на болницата.

4. Диализен център извършва:

а) наблюдение и лечение на болни в преддиализния стадий на ХБН;

б) подготовка на болни с напреднала ХБН за диализно лечение;

в) лечение на болни с ХБН с хемодиализа, перитонеална диализа и други извън бъбречни методи за очистване на кръвта;

г) лечение на усложненията на ХБН и диализното лечение.

За дейностите, които не извършва (съдов достъп, ползване на лаборатория, дейности по образна диагностика и други), диализният център или лечебното заведение, в което се намира диализната структура сключва договор с областна, междуобластна, университетска или национална болница, извършваща тези дейности.

Оценка на диализното лечение се прави според обема на извършената дейност и постигнатите показатели за качество съгласно т.V. от Таблица № 3. Различен е обемът на дейността при пациенти в стабилно и в критично състояние. Критични състояния са тези при полиморбидни болни с полиорганна недостатъчност, пациенти в напреднала възраст с придружаващи заболявания, коматозни състояния, тежко протичащи клинични форми на ОБН, остри отравяния, усложнена и декомпенсирана ХБН, малки деца. Хемодиализи и хемосорбции, които се провеждат по витални индикации налагат извършване на по-голям обем дейност. Тя включва спешна консултация, провеждане на лабораторни и рентгенови изследвания, осъществяване на временен съдов достъп, проследяване на виталните показатели по време на диализа, при необходимост кардиомониторирание, проследяване на сатурацията, кислородолечение, осигуряване на индивидуален сестрински пост.

Интензивните грижи за такива пациенти изискват допълнителна квалификация, опит и отговорност. Състоянието проследено в динамика, проведените изследвания, приложените лекарствени продукти, диализната прескрипция и резултатът от лечението се описват в диализния протокол съгласно Таблица № 1. Хемодиализи и хемосорбции, провеждани при пациенти в критично състояние се оценяват с коефициент за тежест 1,5. Броят на диализите на пациенти в критично състояние се отчитат отделно. Оценката се извършва от ръководителя на лечебното заведение след доклад от началника на диализната структура, който се представя ежемесечно, в срок до пето число на следващия месец.

III. Изисквания към персонала на диализната структура

1. Изисквания към числеността:

- а) един лекар на 2000 диализи годишно;
- б) една медицинска сестра на 700 диализи годишно;
- в) един технолог минимум на 6 диализни поста.

2. Изисквания към професионалната квалификация:

персоналът на диализната структура трябва да има теоритични познания, практически опит и умения в областта на диализното лечение:

а) обучението на лекари по диализно лечение е неразделна част от обучението за придобиване на специалност „нефрология“;

б) преди започване на работа медицинските сестри трябва да преминат най-малко седмично обучение в структурата, в която ще работят; медицинските сестри трябва да преминат курс по диализно лечение до края на третата година от началото на работата им в диализната структура; това обучение се провежда в лечебно заведение, което е акредитирано за обучение на студенти и специализанти;

в) началник на диализна клиника или отделение трябва да бъде лекар, отговарящ на изискването за специалност „нефрология“, съгласно чл. 68, ал.2 и 3 от ЗЛЗ;

г) управител (изпълнителен директор) на диализен център може да бъде правоспособен лекар с призната специалност и с най-малко две години трудов стаж в диализна структура.

IV. Организация на дейността в диализната структура и взаимодействие с болницата

1. Диализната структура (клиника или отделение) работи съвместно с другите структури на болницата – отделения, клиники, лаборатории, аптека, образна диагностика, диагностично консултативен блок.

2. В правилника за взаимодействие и координация между структурите трябва да са описани взаимоотношенията с останалите структури на болницата и да са дефинирани дейностите, които извършва: нефрологични консултации, консервативно лечение на бъбречна недостатъчност, извън бъбречно очистване на кръвта при пациенти с остра, хронична бъбречна недостатъчност, отравяния и други спешни състояния.

3. Диализния център трябва бъде организиран според Правилника за устройството и дейността на диализните центрове.

V. Контрол на дейността.

Началникът на диализната структура създава, внедрява и под-

държа система по качеството, отговаряща на изискванията на този стандарт, съобразно сферата на дейностите, които то извършва, подкрепено със съответната документация.

Началникът и старшата медицинска сестра осъществяват системен вътрешен контрол на качеството на работа.

Анализират се отчетите по следните показатели:

- а) използваемост на диализните постове;
- б) качество на лечение (URR, Kt/V, корекция на анемия, артериално налягане, водно-електролитно, алкално-киселинно състояние, хранителен статус);
- в) преживаемост;
- г) смъртност;
- д) брой хоспитализации по повод усложнения на пациент за една година;
- е) временен съдов достъп – брой и вид катетеризации;
- ж) усложнения на съдовия достъп при пациент за година;
- з) усложнения на перитонеалния достъп на пациент за година;
- и) честота на перитонит при пациенти провеждащи перитонеална диализа;
- й) вътреболнични инфекции, инфекции на съдовия достъп и перитонеалния катетър, стафилоково носителство, хепатит-Б и -С сред болни и персонал;
- к) участие в системата на продължителна медицинска квалификация;
- л) лекарски и сестрински колегиуми – планове и изпълнение;
- м) научна продукция за диализни структури от университетски и национални болници;

3. външната оценка се осъществява от Акредитационния съвет на МЗ

VI. Документиране

Документацията, трябва да отговаря на нормативно установените изисквания за водене на медицинска документация.

1. Основен документ за диализната дейност е Диализен

протокол (Таблица № 1). Попълва се при всяка проведена хемодиализа и се съхранява в продължение на една година.

2. Дейността на диализната структура се отчита в ежемесечни, тримесечни и годишни отчети:

а) ежемесечни отчети включват: броя проведени диализи; представят се в РЦЗ; служат за анализиране на нуждите от субсидиране на диализните структури според извършената от тях дейност;

б) тримесечни отчети (Таблица № 2): изпращат се в МЗ след изтичане на периода в сроковете, съгласно наредбата по чл. 82, ал. 1, т. 8 от Закона за здравето; служат за анализиране на нуждите от разпределение и доставка на лекарствени продукти и медицински изделия през следващото тримесечие;

в) годишни отчети (Таблица № 3): изпращат се в МЗ и на националния консултант по диализа до края на м. януари следващата година; служат за определяне тенденциите в развитието на бъбречно заместващото лечение, плануване количествата на лекарствени продукти и медицински изделия за следващата година, анализ на качеството на лечение.

VII. Изисквания към помещенията и условията на околната среда

1. Диализната структура е осигурена с помещения и условия на околна среда, които благоприятстват извършването на диализно лечение.

2. Диализната структура разполага със следните помещения:

2.1. Диализни зали:

а) минимална площ на диализен пост 6 кв.м.;

б) диализното лечение се извършва на подходящо легло или кресло;

в) диализната зала трябва да е оборудвана с водопроводна инсталация, изработена от инертен материал, със сертификат за такава употреба, канал, електрозахранване, възможност за подаване на кислород до всеки диализен пост; по-високо качество на диализна дейност се гарантира чрез наличие в диализната зала на аварийно електро- и водно захранване;

г) осветление – от естествен или изкуствен (напр. луминесцентно) източник;

д) добра вентилация и топлинен комфорт. Препоръчителна е климатична инсталация;

е) входната врата трябва да бъде достатъчно широка с оглед преминаването през нея на реанимационно легло;

ж) във всяка диализна зала трябва да има работен пост за медицинска сестра, от който да се осъществява непрекъснато наблюдение на диализните постове;

з) зареден спешен шкаф със животоспасяващи лекарствени продукти и набор за кардио-пулмонална ресусцитация;

и) стените и подовата настилка трябва да позволяват лесно почистване и дезинфекция.

2.2. Други помещения:

а) помещение за подготовка на водата за диализа;

б) манипулационна;

в) лекарски кабинет;

г) сестринска стая;

д) помещение за хигиенни материали;

е) баня и тоалетна за пациенти и персонал;

ж) подходящо място за разпределение на храна;

з) помещение за обучение на пациенти;

и) съблекалня за болните с помещение за изчакване до започване на диализа;

й) помещение за техническа поддръжка и ремонт на диализна апаратура;

к) административна част с кабинети за началника, старшата сестра и шкафове за документи;

л) складови помещения с обем, позволяващ съхраняване на материали и медицински изделия, достатъчни за един месец.

3. Да има видимост за осъществяване на контрол върху достъпа на хора до помещенията или местата, влияещи върху качеството на работа.

4. Помещенията трябва да се поддържат в изряден вид и хигиена.

5. Да има обособени работни места, като се вземат мерки за предотвратяване разпространяването на трансмисивни и други вътреболнични инфекции. Да се съблюдават правилата изключващи пресичането на чисти и мръсни потоци и материали.

В. ДИАЛИЗА – КЛИНИЧНИ ЦЕЛИ И ИЗИСКВАНИЯ

I. Хемодиализна апаратура

1. Осъществяването на качествена дейност налага диализната структура да има един резервен апарат на всеки 6 диализни поста.

2. Доброто качество на диализната дейност изключва работа на четири сменен режим.

3. При трисменен режим на работа диализната структура трябва да има по един диализен апарат за 5 пациенти.

4. При двусменен режим на работа диализната структура трябва да има по един диализен апарат за 3,5 пациенти.

5. Диализните апарати трябва да са с обемен контрол на ултрафилтрацията. По-високо качество се постига, когато апаратите имат възможност за профилиране на ултрафилтрация, на натрий и бикарбонат в диализния разтвор и са оборудвани с антибактериален филтър на диализатния път.

6. Диализната апаратура се монтира и поддържа от правоспособно техническо лице.

7. Диализната апаратура подлежи на подмяна при над 30000 отработени часа.

8. Техническата поддръжка на диализната апаратура се осъществява съобразно изискванията на фирмата-производител.

9. Стерилизация на диализната апаратура се извършва задължително след всяка диализна смяна, като процедурата се съобразява с изискванията на производителя.

II. Хемодиализни концентрати и вода за хемодиализа

1. Използват се диализни концентрати, които имат разрешение за производство, разрешение за употреба в Р България и сертификат за качество на всяка партида.

2. Недопустимо е използването на вода за диализа, която не е обработена с обратна осмоза.

3. Апаратът за обратна осмоза и водопроводът от него до диализните апарати трябва да са включени в затворена рециркулираща система и да се стерилизират според изискванията на производителя.

4. Допуска се използване на вода за диализа с електропроводимост до 20 мS. След подмяна на водоочистващите съоръжения, трябва да бъде под 10 мS.

5. Изисквания към водата за диализа:

а) микробиологични параметри:

– водата използвана за приготвяне на диализен разтвор трябва да отговаря на изискванията на Европейската фармакопея: бактериален брой до 100 CFU/ml (колонии формиращи единици/мл) и ендотоксини под 0,25 EU/ml (ендотоксинови единици/мл). Ултрачиста вода отговаря на следните критерии: микробна контаминация < 0,1 CFU/ml и бактериални ендотоксини < 0,03 EU/ml;

– до подмяна на водоочистващите съоръжения в Р България се допускат изискванията на АAMI: бактериален брой във водата (до 200 CFU/ml) и ендотоксини под 2,0 EU/ml. Микробиологичен контрол се извършва през не повече от 6 месеца;

Допустими концентрации на субстанции във вода използвана за приготвяне на диализни разтвори според американски стандарт (АAMI) и European Pharmacopoeia		
1. рН 5.0 - 7.0	7. Флуор до 0.2 ppm	13. Цинк до 0.1 ppm
2. Хлор до 0.1 ppm/mg/L*	8. Натрий до 50 ppm	14. Олово до 0.005 ppm
3. Хлорамин до 0.10 ppm	9. Калий до 2 ppm	15. Живак до 0.001 ppm
4. Хлориди до 50 ppm	10. Калций до 2 ppm	16. Сребро до 0.005 ppm
5. Нитрати до 2,0 ppm	11. Магнезий до 2 ppm	17. Алуминий до 0.01 ppm
6. Сулфати до 50 ppm	12. Мед до 0.1 ppm	18. Амоняк до 0.2 ppm

*единиците ppm и mg/L са еквивалентни

Химически анализ се прави само при клинични показания.

III. Хемодиализни разтвори

1. Използва се бикарбонатен концентрат за хемодиализа.
2. За осигуряване на ултрачист диализен разтвор се поставя антибактериален филтър на пътя на диализатния разтвор.

IV. Медицински изделия

Необходимо е да имат CE марка и да отговарят на изисквани-

ята на Закона за медицинските изделия.

Медицинските изделия за диализа се използват еднократно.

1. Хемодиализни мембрани.

Хемодиализните мембрани трябва да притежават висока ефективност и биосъвместимост.

2. Стерилизация на медицинските изследвания за хемодиализа.

а) при болни с прояви на алергия към етиленов окис трябва се използват медицински изделия, стерилизирани по други начини.

б) за по-високо качество на лечението могат да се използват медицински изделия, които не са стерилизирани с етиленов окис.

V. Изисквания за диализно лечение

1. Честота и доза на хемодиализата

а) хемодиализа се провежда минимум три пъти седмично; недопустимо е разреждане на хемодиализите поради липса на диализни места;

б) седмичната продължителност на хемодиализата трябва да бъде минимум 12 часа;

в) изключение от подточки а) и б) се допуска при GFR над 10 ml/min 1,73 m²;

г) при 85% от болните, след 3 месеца хемодиализно лечение, трябва да се постигне URR > 65% или Kt/V > 1,2 за всяка диализна процедура (при хемодиализа три пъти седмично).

2. Съдов достъп;

а) минимум 50% от пациентите трябва да започват хемодиализно лечение с функциониращ траен съдов достъп;

б) минимум 80% от пациентите на хемодиализно лечение над 3 месеца трябва да провеждат хемодиализа с траен съдов достъп, предпочитано с нативна А-В фистула;

в) пациентите, които вече са на хемодиализно лечение не трябва да чакат повече от 2 седмици за нов съдов достъп или реконструкция. В случаите, когато не може да се осигури съдов достъп до 2 седмици, пациентът трябва да бъде насочен към друго лечебно заведение, в което да се конструира А-В фистула;

г) необходимо е да се осъществява наблюдение и отчитане функцията на трайния съдов достъп;

д) всички диализни структури са задължени да събират и обработват данните за инфекция на централните венозни катетри и съдовите протези.

3. Информирано съгласие за диализно лечение, спиране на лечение и отказ от лечение:

а) няма медицински противопоказания за диализно лечение на болни с хронична бъбречна недостатъчност; има рискови състояния при пациенти с остра бъбречна недостатъчност, остри екзогенни интоксикации и усложнена хронична бъбречна недостатъчност, които налагат компетентна преценка на риск и полза за пациента;

б) съгласието за започване на диализно лечение, както и за прилагането на конкретен диализен метод се дава от пациента, след подробно разяснение от лекуващия екип на рисковете и ползите от лечението;

в) диализата се извършва след писмено информирано съгласие, което се съхранява към досието на болния;

г) ако диализата се извършва по спешност при болен в безсъзнание, информираното съгласие се дава от близките. Ако няма придружител, а диализата (хемосорбцията) се налагат по витални индикации, решението за провеждането им се взима от началника на диализната структура или от дежурния диализен лекар в присъствието на поне още един лекар (реаниматор, токсиколог);

д) отказът на пациента от диализно лечение се документира с подпис на пациента и лекуващия лекар или с подпис на свидетел, ако пациентът откаже да подпише отказа;

е) при отказ и последващо съгласие на пациента диализният екип може да започне диализно лечение след като получи неговото писмено информирано съгласие;

ж) съгласието за спиране на диализното лечение се дава от пациента, след подробни разяснения от лекуващия екип на последиците от това решение; желанието на пациента за спиране на диализното лечение се дава в писмена форма.

з) при недееспособни пациенти писменото информирано

съгласие за провеждане, за отказ или за спиране на диализно лечение, се дава от техните законни представители или попечители;

и) отказът на пациента за започване на диализно лечение, както и желанието му за спиране на диализното лечение не е основание да му бъде отказано консервативно лечение;

й) диализната структура води статистика за пациентите, от които са получавали диализно лечение, както и за тези, дали съгласие за спиране на лечението;

к) задължението на лекаря за информиране на пациента включва: запознаване с клиничното му състояние; спецификата на предстоящото лечение; риска и ползата от необходимите диагностични и лечебни процедури и манипулации.

4. Хемодиализа при деца:

а) хемодиализно лечение на деца, се извършва от лекар с призната специалност „детски болести“ с подходяща за дейността професионална квалификация;

б) провежда се при наличие на информирано съгласие подписано от родител или настойник;

в) показателите за ефективност на лечението, установени за възрастни, се считат за минимално изискуеми при лечението на деца.

5. Перитонеална диализа:

5.1. Екипировка и диализни разтвори:

а) диализна структура, предлагаща перитонеална диализа, трябва да има възможност за:

– провеждане на лечение както с постоянна амбулаторна перитонеална диализа, така и с други форми на перитонеална диализа;

– прехвърляне на хемодиализа при нужда;

– включване на подходящите пациенти в листа на чакащите бъбречна трансплантация;

б) използваните медицински изделия и лекарствени продукти е необходимо да са произведени съгласно изискванията на GMP, да притежават CE марка, да отговарят на изискванията на нормативната уредба.

в) при част от пациентите, по показания следва да се при-

лагат специални разтвори съдържащи глюкозни полимери, бикарбонатен буфер, аминокиселини;

г) необходимо е да бъде създадена възможност за лечение с автоматизирана перитонеална диализа, при наличие на клинични и социални индикации.

5.2. Тестуване на функцията на перитонеалната мембрана и ефективността на перитонеалната диализа:

а) перитонеалния еквилибрационен тест (PET) се провежда през първите 4 – 8 седмици на лечението, при наличие на клинични индикации или при смяна на метода от продължителна амбулаторна перитонеална диализа (CAPD) на апаратна перитонеална диализа (APD);

б) общият седмичен креатининов клирънс (диализа плюс остатъчна бъбречна функция) трябва да е в следните стойности: над 50 l /седмица/ 1,73m² и/или Kt/V за урея за една седмица трябва да е над 1,7 при измерване 8 седмици след началото на лечението. Горните стойности се приемат за минимални при пациентите с висока транспортна функция и при тези на APD;

в) двата метода за определяне на ефективността са равностойни;

г) при болни с ниска транспортна функция е необходимо да се отчита обстоятелството, че достигането на желанния общ седмичен креатининов клирънс е затруднено;

д) изследването за ефективност е необходимо да се провежда всеки път при наличие на клинични индикации;

е) необходимо е внимателно да се следи водният баланс, специално при болни в анурия. При невъзможност да се осигури адекватност на диализата може да се използват разтвори с глюкозни полимери през деня в комбинация с APD.

5.3. Риск от инфекциозни усложнения:

честотата на инфекциозните усложнения при перитонеална диализа да не надвишава следните показатели:

а) честота на диализния перитонит трябва да бъде по-малка от 1 епизод на 18 месеца за пациент;

б) при по-голяма честота се прави клиничен анализ, като причината се вписва в документацията на пациента;

в) честотата на излекуване при първи епизод на перитонит трябва да е над 80% (без отстраняване на перитонеалния катетър).

5.4. Показателите за ефективност на лечението, установени за възрастни, се считат за минимално изискуеми при лечението на деца. Всички деца, лекувани с перитонеална диализа трябва да се наблюдават в диализна структура, специализирана в лечението на деца.

6. Биохимични параметри и хранене в диализата.

6.1. Вземане на кръвната проба:

а) при болни на хемодиализа кръвната проба се взема в средата на седмицата (след първия къс интервал);

б) посочените по-долу стойности на албумин, бикарбонати, фосфати, калций и калий се отнасят за преддиализна проба при болни на хемодиализа:

– серумен албумин – над 35g/L;

– серумен бикарбонат – между 20 и 26 mmol/L при болни на хемодиализа и между 25 и 29 mmol/L при болни на CAPD;

Преддиализната ацидоза се коригира чрез приложение на алкалий между диализите;

– паратхормон (ПТХ): не е задължителен показател; при възможност за изследване, не трябва да надвишава стойности между 2 до 4 пъти над нормата;

– серумените фосфати трябва да бъдат под 1,8 mmol/L; таргетни стойности 1,1 – 1,8 mmol/L;

– серумен калций между 2,2 и 2,6 mmol/L;

– серумен калий между 3,5 и 6,0 mmol/L при болни на хемодиализа и между 3,5 и 5,5 mmol/L при пациенти на перитонеална диализа;

в) ефективност е налице при достигане на всеки от горните показатели при над 75 % от болните, които са на диализно лечение над 3 месеца.

6.2. Скрининг на хранителния статус: скрининг на хранителния статус по биохимични и антропометрични данни се извършва на 12 месеца.

6.3. Лечение на малнутрицията: болните с доказана малнутри-

ция подлежат на суплементиране – орално, ентерално и парентерално хранене с разтвори и добавки регистрирани в страната. При пациенти на перитонеална диализа са подходящи разтвори съдържащи аминокиселини.

7. Трансмисивни инфекции при диализно лечение:

7.1. Универсалните мерки за сигурност трябва да бъдат спазвани във всички диализни структури.

7.2. Ваксинация и тестване на пациентите:

а) всички пациенти на диализно лечение трябва да са ваксинирани срещу хепатит В;

б) развитите имунитет трябва да бъдат реваксинирани на всеки 5 години; пациентите с лош отговор на ваксинацията трябва да бъдат реваксинирани след 1 и на всеки 5 години;

в) при неотговарящите се прави повторна ваксинация;

г) тестване за HBsAg и HCV антитела се извършва на всеки 6 месеца, а за HIV – ежегодно; при пациентите, развили имунитет срещу HBV, HBsAg се изследва ежегодно; изследвания се правят често при клинични индикации;

д) изследването се провежда след информирано съгласие от пациента; отказалите следва да се третират като инфектирани;

е) на инфектираните пациенти не може да се отказва диализно лечение;

ж) ваксинирането и реваксинирането в горните случаи се извършва от диализната структура.

7.3. Диализно лечение при носители на трансмисивни инфекции.

а) носителите на хепатит В трябва да бъдат диализирани на отделни апарати, при възможност в отделни помещения;

б) носителите на хепатит С трябва да бъдат диализирани на отделни апарати, които след всяка процедура да бъдат дезинфекцирани, включително и повърхността им;

в) HIV положителните пациенти трябва да бъдат диализирани в отделни помещения и апаратите да бъдат третирани както при хепатит С.

7.4. Диализен персонал и трансмисивни инфекции: персоналет,

работещ в контакт с пациенти, апарати и материали, използвани при диализа трябва да бъде ваксиниран срещу хепатит В. Ваксините се осигуряват от лечебното заведение. Скрининг за HCV и HIV на персонала не е необходим. Изследване се провежда при индикации.

8. Контрол на инфекциите със Стафилококус ауреус:

8.1. Всички диализни структури задължително разработват план за контрол и борба със стафилококовата инфекция, метицилин-резистентни и други мултирезистентни щамове. Планът се разработва в следните основни насоки: скрининг за назално носителство, профилактични мерки, антибиотична терапия на инфектираните, обучение на персонала и пациентите с акцент върху поддържане на личната хигиена, изолация на носителите на метицилин-резистентни щамове, приети в диализната структура.

8.2. При хемо- и перитонеално диализни пациенти се провежда скрининг за назално стафилококово носителство на всеки 12 месеца.

8.3. При пациентите, които се диализират с временен съдов достъп в началото на всяка диализна процедура се извършва щателна дезинфекция на изходното кожно отворстие с подходящ дезинфектант (според инструкцията на катетъра) с оглед профилактика на инфекции.

8.4. На всички хемодиализни пациенти, назални носители на Стафилококус ауреус се провежда санираща терапия с интраназално прилагане на 2% Мупироцин, последвана от продължително еднократно седмично прилагане на същия препарат.

8.5. На пациентите на перитонеална диализа се прилага 2% Мупироцин върху кожата около перитонеалния катетер ежедневно, като част от рутинните грижи за предотвратяване на инфекция на кожния отвор.

8.6. На пациентите на перитонеална диализа, които са назални носители на Стафилококус ауреус се провеждат редовно 5-дневни курсове с 2% Мупироцин интраназално на всеки 4 седмици.

9. Сърдечно-съдов риск при възрастни пациенти на диализно лечение:

9.1. За пациентите, които са на диализно лечение повече от три месеца се препоръчва постигане на стойности на преддиализно артериалното налягане 140/90 mm Hg.

9.2. При всички диализни пациенти се провежда ехокардиография при клинични индикации.

9.3. На пациенти, с доказана сърдечна недостатъчност се прилага лечение с АСЕ-инхибитор и ниска доза бета-блокери, ако няма противопоказания за такова лечение.

9.4. Пациентите, които имат анамнестични данни за миокарден инфаркт, мозъчен инсулт, периферна съдова болест, нестабилна стенокардия или при които е извършена коронарна реваскуларизация, се лекуват с ниски дози аспирин, антистенокардин, антикоагулант, АСЕ-инхибитор, бета-блокери и статин ако няма контраиндикации за такова лечение. Дозите на АСЕ-инхибитора и бета-блокера трябва да бъдат максимално толерираните от пациента.

10. Сърдечно-съдов риск при деца на диализно лечение:

10.1. Артериалното налягане се поддържа без значими отклонения от средното за здрави деца за съответната възраст и пол.

10.2. На 6 месеца се изследва нивото на холестерол и триглицериди при всички деца на диализно лечение.

11. Анемия при хронична бъбречна недостатъчност:

Таргетният хемоглобин при пациенти с ХБН в преддиализния стадий и на диализно лечение трябва да бъде между 110 и 120 g/l. Той трябва да бъде достигнат при 75% от болните след не повече от 6 месеца от първия им контакт с диализната структура. Лечение с Епоетин е показано при всички болни, които имат стойности на хемоглобин под таргетните. Всички болни с ХБН (независимо дали са на лечение с Епоетин) трябва да имат адекватен железен статус (трансфериново насищане над 20% и серумен феритин над 100 mg/l).

12. Диализна антикоагулация:

Прилага се стандартен нефракциониран хепарин като еднократна доза (болус) 2-3 минути преди започване на хемодиализа. Доза по-голяма от 5000 Е не се препоръчва поради риск от хеморагия. Предпочита се двукратно хепаринизиране: начален болус от 3000-4000 Е (на нулевия час) и втори болус от 1000-2000 Е (на втория час). При постоянна инфузия се започва с начална доза от 30-50 Е/кг т.т. и поддържаща инфузия от 12-15 Е/кг т.т./час. Удобно за практиката е начална доза от 2000 Е хепарин, инфузия по 1200 Е/час, която се прекъсва 1 час преди края на диализата. Съществуват различни техники на приложение и отчитане постигнатия ефект. Адекватността на антикоагулацията се определя по броя тромбозирани капилляри в диализатора след употреба

и по времето на кървене след изваждане на фистулните игли.

Дозата се индивидуализира според активираното парциално тромбoplastиново време (АРТТ) изразено в секунди. Референтните граници за този показател зависят от реактива използван от съответната лаборатория. При лечение с хепарин секундите на АРТТ се удължават така, че отнесени спрямо обявената стойност на нормален контролен серум на лабораторията формират отношението R, чрез което се обозначава т. нар. терапевтичен оптимум. При адекватно проведено лечение R трябва да е между 1,5 и 2,5. Това означава правилна дозировка на стандартния нефракциониран хепарин. Ако АРТТ е удължено в секунди, така че R е извън терапевтичен оптимум т.е. над 2,5 е необходимо да се намали дозировката на хепарина, за да се избегне кървене. Обратно, ако не е постигната хипокоагулация се увеличава дозировката до попадане в терапевтичния оптимум. АРТТ се изследва във всички лаборатории в България, а описаната методика е включена в медицински стандарт по клинична лаборатория.

Друг показател е активираното време на съсирване (АСТ). Стойностите му трябва да се удължат с 80% по време на хемодиализа и с 40% в края на хемодиализа. АСТ не е рутинен метод у нас.

При повишен риск от кървене се прилага ниска доза хепарин с ускорен кръвоток над 300 мл/мин. Безхепаринова диализа се налага при хеморагична диатеза или кървене. Прави се с периодично промиване (през 20-30 минути) на кръвното пространство на диализатора с физиологичен серум (150-250 ml) при едновременна ултрафилтрация в еквивалентно количество.

Нискомолекулни хепарини се предпочитат при диализни пациенти с перикардит, пресен мозъчен инсулт, тромбоцитопения, проблемен съдов достъп и съдови протези. Прилагат се еднократно. Не се налага мониториране на антикоагулацията.

13. Лечение на ХБН в преддиализен стадий:

Болните с прогресираща ХБН и креатининов клирънс под 25 ml/min/1,73 m² трябва да се подготвят за бъбречно заместващо лечение и се насочват към диализна структура. При необходимост те се хоспитализират във вътрешни или нефрологични клиники и отделения.

Децата с ХБН се наблюдават от специалист по детски болести и детска нефрология. При необходимост се хоспитализират в детска нефрологична клиника. При ХБН III степен се насочват към детска

диализна структура.

14. Започване на диализно лечение:

14.1. Започване на диализно лечение при възрастни пациенти.

а) при наличие на малнутриция и/или симптоми на уремия, диализното лечение трябва да започне при стойност на гломерулната филтрация $15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$;

б) при липса на уремична симптоматика началото на диализното лечение може да се отсрочи до стойност на гломерулната филтрация $10 \text{ ml/min/1,73 m}^2$;

в) всички пациенти трябва да започнат диализно лечение при наличие на клинични индикации;

г) пациенти със захарен диабет започват диализно лечение при спадане на гломерулната филтрация под $20 \text{ ml/min/1,73 m}^2$;

д) не трябва да има чакащи пациенти за диализно лечение.

Качественото диализно лечение включва обучение на пациента от персонала на диализната структура за необходимите промени в начина му на живот и режим. Протокол за това обучение, подписан от лекуващия лекар и пациента се съхранява в диализното досие на пациента.

14.2. Започване на диализно лечение при деца:

а) всички деца трябва да започнат диализно лечение при достигане на стойностите на гломерулната филтрация до $10\text{-}15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ независимо от клиничното състояние;

б) бъбречна трансплантация трябва да се има предвид и при деца, които не са започнали диализно лечение;

в) всички деца трябва да бъдат имунизирани според имунизационния календар.

14.3. Лечение на болни, отказали започване на диализно лечение или спрели същото се извършва с консервативни методи.

15. Остра бъбречна недостатъчност (ОБН):

15.1. Лечение на ОБН:

а) всички болни с ОБН и полиорганна недостатъчност трябва да бъдат лекувани в отделения за интензивно лечение в тясно сътрудничество с диализната структура.

б) през ануричния период се препоръчва ежедневна диализна

за с ултрафилтрация позволяваща адекватен прием на хранителни и енергийни субстанции;

в) при хемодинамично нестабилни пациенти се предпочитат методите на непрекъснато почистване на кръвта;

б) при неусложнена ОБН е възможно провеждане на диализното лечение в диализната структура;

15.2. Данните за лечението на пациентите с ОБН се включват в ежемесечни, тримесечни и годишни отчети на диализната структура.

16. Приложение на извънбъбречно почистване на кръвта при пациенти с остри екзогенни интоксикации.

16.1. Провежда се в болнични заведения разполагащи с отделение по токсикология и диализна структура.

16.2. Показанията за приложението им включват: тежки интоксикации протичащи с полиорганни увреждания, засягане на централната нервна система, хиповентилация, хипотония, хипотермия, прогресивно влошаване на състоянието, въпреки провежданото лечение.

16.3. В хематогенния стадии на интоксикацията се прилагат следните почистващи методи:

а) хемодиализа с продължителност ≥ 5 часа за отстраняване на нискомолекулни, водноразтворими субстанции; предпочитат се хемодиализатори с високопропускливи мембрани;

б) хемосорбция с въглен (карбохемоперфузия) или смоли е най-често прилагания метод в спешната токсикология; подходящ е за лечение на отравяния с мастноразтворими и белтъчносвързани субстанции със средни и големи молекули;

в) плазмен обмен; прилага се за отстраняване на токсини с големи молекули или свързани с плазмените белтъци;

г) продължителни хемофилтрация или хемосорбция са приложими за отстраняване на токсини със среден обем на тъканно разпределение (намиращи се все още в кръвта) или когато токсикинетиката им протича с редистрибуция (повторно навлизане от тъканите в кръвообращението);

д) перитонеална диализа; прилага се по изключение, при деца и пациенти с грацилни кръвоносни съдове, когато не може да се осъществи временен съдов достъп.

Няма ефект от приложението на извънбъбречните методи за очистване на кръвта когато токсините са трайно свързани с тъканите.

Данните за диализно лечение на пациенти с отравяния се включват в ежемесечни, тримесечни и годишни отчети на диализната структура.

Таблица № 1 към раздел Б, т. II

Диализен протокол

Клиника /отделение/диализен център:				Протокол № дата:			
Пациент (име, презиме, фамилия):		Диагноза:		№ диализа на пациента за годината		Оптимално тегло	
Състояние на диализен апарат №:				Дежурен технолог: /име и подпис/			
Диализатор:	Съдов достъп:		Диализен разтвор			Кр. помпа:	Начално тегло.....
Състояние преди диализа:		Хепарин:	Пулс	АГ	Оплаква- ния	Медика- ция	УФ
	Начален час:						
	I час:						
	II час:						
	III час:						
	IV час:						
	V час:						
	Крайна ХД:						
Ход на диализата, състояние след диализа:						Крайно тегло...	
Дежурен екип:	Дежурен лекар /име, подпис/:		Включила мед.сестра /име, подпис/:		Изключила мед.сестра /име,подпис/:		Началник отделение /име,подпис/:

Таблица № 2 към раздел Б, т. VI

Клиника, отделение, диализен център

Лечебно заведениеград.....

адрес.....

Началник на диализна структура:.....

ТРИМЕСЕЧЕН ОТЧЕТ затримесечие на 200....г.*Израща се в МЗ в срок до 5-то число след изтичане на периода.*

1. Брой диализни постове /апарати/	
2. Брой преминали болни с ХБН хемодиализирани през тримесечието	
3. Брой проведени хемосорбции	
4. Брой проведени ХД при ХБН	
5. Брой проведени ХД при ОБН	
6. Брой проведени хемодиализи при пациенти в критични състояния (отчита се броят на хемодиализите без да се умножава с коефициент на тежест 1.5.)	
7. Общ брой проведени ХД	
8. Брой използвани хемодиализатори:	
9. Брой катетеризации за временен съдов достъп	
10.Общо използвано количество Еритропоетин - в хиляди Е	
11.Количество използвано венозно желязо в бр. ампули	
12.Количество употребен НМХ в хиляди Е	
13.Количество използван Vit D дериват в брой таблетки	
14.Брой пациенти провеждащи перитонеална диализа	
15.Специфични нужди на диализна структура според вида на пациентите: хемодиализатори (вид, повърхност), катетри, други	
16.Ненужни за момента консумативи подлежащи за преразпределение	

Началник на Клиника (отделение) диализен център:.....

подпис

Актуализирани служ.телефон, GSM, факс, e-mail.....

Дата.....

Таблица № 3 към раздел Б, т. II

ГОДИШЕН ОТЧЕТ

за дейността

през периода от 1 януари до 31 декемвригодина
на диализната структура в град лечебно заведение

I. Движение на болни

	ХД	ПД
1. Брой болни с ХБН в началото на годината		
2. Брой нови болни с ХБН		
3. Брой болни с ХБН трайно приведени от друг център		
4. Брой болни с ХБН трайно преведени в друг център		
5. Брой временно диализирани		
6. Брой болни с възстановена бъбречна функция (Обострена ХБН)		
7. Брой диализирани с извършена БТ (ХД + ПД →БТ)		
8. Брой трансплантирани, върнати на диализа (БТ →ХД+ПД)		
9. Брой преминали от ХД →ПД		
10. Брой преминали от ПД → ХД		
11. Брой починали през годината		
а/ с ХБН до 3 месец след включване на диализа		
б/ с ХБН до 1 година след включване на диализа		
в/ с ХБН до 2 години след включване на диализа		
г/ с ХБН до 5 години след включване на диализа		
д/ с ХБН над 5 години		
12. Брой болни с ХБН оставащи в края на годината		
13. Нови болни с ОБН		
а/ брой починали болни с ОБН		
б/ брой с възстановена бъбречна функция		
14. Брой болни с екзогенни интоксикации		
15. Брой проведени хемосорбции		
16. Брой проведени ХД при ХБН		
17. Брой проведени ХД при ОБН		
18. Брой проведени хемодиализи при пациенти в критични състояния (отчита се броят на хемодиализите, без да се умножава с коефициент на тежест 1.5.)		
19. Общ брой ХД		
20. Брой катетеризации за временен съдов достъп		
21. Брой поставени катетри за продължителна употреба		
22. Брой конструирани артерио-венозни фистули		
23. Брой имплантирани съдови протези		
24. Брой болни на ХД с позитивен HBsAg		
25. Брой болни на ХД позитивни за HCV		
26. Брой диспансеризирани, чакащи БТ		

II. Възрастова структура на болните с ХБН в края на годината

0-18 год.		19-44 год.		45-64 год.		65-74 год.		над 75 год.	
момичета	момчета	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже

III. Разпределение по основна диагноза – причина за ХБН

Диагноза	Лекувани с ХД		Лекувани с ПД	
	жени	мъже	жени	мъже
ХГН				
ХПН				
Бъбречна поликистоза				
Захарен диабет Тип I				
Захарен диабет Тип II				
Бъбречно-съдова болест				
Смесени причини (изброяване)				
Неизвестни				
Липсваща диагноза				

IV. Причини за смърт при пациенти с ХБН на диализно лечение

Причина за смърт	Лекувани с ХД		Лекувани с ПД	
	жени	мъже	жени	мъже
Сърдечно-съдови				
Мозъчно-съдови				
Инфекциозни				
Неоплазми				
Гастроинтестинални				
Белодробни				
Отказване от диализа				
Друга известна (описание)				
Неизвестна				

V. Клинични критерии за качество на диализно лечение при пациенти с ХБН

Брой болни на ХД > 3 месеца	
Брой болни на ХД < 3 пъти седмично	
Брой болни на ХД < 12 часа/седмично	
Брой болни с URR < 65%	
Брой болни с Hb < 110 g/l	
Брой болни със серумни фосфати > 1,8 mmol/l	
Брой болни със серумен албумин < 35 g/l	

Началник на Клиника (отделение, диализен център):

подпис

Актуализирани служ.телефон, GSM, факс, e-mail.....

Дата.....

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ЗАПОВЕД
№ РД 09-571
София 09.10.2009 г.

На основание чл. 1, б. "б" и чл. 4 т.3 от Конвенция № 50 на Съвета на Европа за разработване на Европейската фармакопея от 22 юли 1964 г., ратифицирана със Закона за ратифициране на Конвенция № 50 на Съвета на Европа за разработване на Европейската фармакопея (обн., ДВ бр. 55 от 25.06.2004 г.), Резолюция АР-СРН (08) 4 на Съвета на Европа и на основание чл. 12 ал.1, ал.3 и ал.4 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина,

НАРЕЖДАМ:

I. Определям 1 април 2010 г. за дата на отпадане на територията на Република България на монографиите за *Астемизол* (1067), *Цизапридов тартарат* (1503) и *Цизаприд монохидрат* (0995), съставляващи част от Европейската фармакопея.

II. Настоящата заповед да бъде публикувана в Държавен вестник и на Интернет страницата на Изпълнителната агенция по лекарствата.

МИНИСТЪР:
д-р Божидар Нанев

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ЗАПОВЕД
за изменение на Заповед РД 09-519/21.10.2008 г.
№ РД 09-572
София 09.10.2009 г.

На основание чл. 1, буква "б" и чл. 4 т.3 от Конвенция № 50 на Съвета на Европа за разработване на Европейската фармакопея от 22 юли 1964 г., ратифицирана със Закона за ратифициране на Конвенция № 50 на Съвета на Европа за разработване на Европейската фармакопея (Обн., ДВ бр. 55 от 25.06.2004 г.), Резолюции АР-СРН (09) 1 и АР-СРН (09) 2 на Съвета на Европа и във връзка с чл. 12 ал.3 и 4 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина,

НАРЕЖДАМ:

I. Изменям т. 2 на Заповед № РД-09-519 от 21.10.2008 г. както следва:

"2. Текстовете в основните два тома на шестото издание на Европейската фармакопея (6.0) влизат в сила от 1 януари 2008 г. Допълнение 6.1 влиза в сила от 1 април 2008 г., допълнение 6.2 - от 1 юли 2008 г., допълнение 6.3 - от 1 януари 2009 г., допълнение 6.4 - от 1 април 2009 г., допълнение 6.5 - от 1 юли 2009 г., допълнение 6.6 - от 1 януари 2010 г., допълнение 6.7 - от 1 април 2010 г. и допълнение 6.8 - от 1 юли 2010 г."

II. Настоящата заповед да бъде публикувана в Държавен вестник и на Интернет страницата на Изпълнителната агенция по лекарствата.

МИНИСТЪР:
д-р Божидар Нанев

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

НАРЕДБА №42 от 12.11.2009 г.
за изменение на Наредба №4 от 4 март 2009 г. за
условията и реда за предписване и отпускане на
лекарствени продукти
(обн. ДВ, бр. 21 от 2009 г.)

Параграф единствен. В §3 от Преходните и заключителни разпоредби ал. 1 се изменя така:

“§ 3. (1) В срок до 31 май 2010 г. лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества от приложения №2 и 3 към чл. 3, ал. 2 на Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите, могат да се предписват и на специалните рецептурни бланки по образец съгласно приложение №6 към чл. 11, ал. 1 от Наредба № 4 от 2001 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.”

МИНИСТЪР:
д-р Божидар Нанев

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

НАРЕДБА №43 от 18.11.2009 г.
за изменение и допълнение на Наредба №12 от 8
април 2009 г. за условията и реда за провеждане и
оценяване на стажа за приспособяване и на изпита за
правоспособност (обн. ДВ, бр. 30 от 2009 г.)

- § 1. В чл. 1 се правят следните изменения и допълнения:
1. В ал. 1 в края на изречението се поставя запетая и се добавя “както и за преминаване на обучение, полагане на изпити и провеждане на стаж в случаите по § 3б, ал. 1 от Закона за признаване на професионални квалификации”.
 2. В ал. 2, т. 3 думите “ал. 2” се заменят с “т. 1”, а думите “ал. 3” се заменят с “т. 2”.
 3. Създава се ал. 3:
“(3) Наредбата се прилага и за български граждани, които са поискали от министъра на здравеопазването признаване на придобита в трета държава професионална квалификация за професиите по ал. 2, т. 1 или специалност по ал. 2, т. 2, ако са налице условията по § 3б, ал. 1 от Закона за признаване на професионални квалификации.”
- § 2. Създава се чл. 2а:
- “Чл. 2а. (1) В случаите по § 3б, ал. 1 от Закона за признаване на професионални квалификации комисиите по чл. 79, ал. 1 от същия закон могат да предложат на министъра на здравеопазването да предложи на заявителя една или няколко от следните възможности:
1. да премине допълнително обучение по учебните дисциплини, които не са изучавани или са изучавани в недостатъчен обем и съдържание;
 2. да положи изпити;
 3. да проведе стаж.

(2) Учебните дисциплини, по които следва да се премине допълнително обучение и/или да се положат изпити, броят на часовете (хорариумът) по всяка учебна дисциплина и продължителността на допълнителното обучение, както и професионалните дейности, които следва да се извършат по време на стажа и неговата продължителност се определят от комисиите по ал. 1 и се включват в предложението до министъра на здравеопазването.

(3) Министърът на здравеопазването или оправомощено от него длъжностно лице уведомява писмено заявителя за определените мерки по ал. 1 в 14-дневен срок от вземането на решението.

(4) Заявителят изразява писмено съгласието си с определените мерки по ал. 1 чрез попълване на декларация по образец съгласно приложение № 1а в едномесечен срок от получаване на уведомлението по ал. 3.”

§ 3. Създава се чл. 6а:

“Чл. 6а. (1) За провеждането на стаж по чл. 2а, ал. 1, т. 3 се прилагат разпоредбите на чл. 3, 4, 5 и 6.

(2) За успешно приключване на стажа по чл. 2а, ал. 1, т. 3 лицата по чл. 6, ал. 1 издават удостоверение по образец съгласно приложение № 2а.”

§ 4. В чл. 7 се правят следните изменения:

1. В ал. 1 думите “за приспособяване по чл. 6, ал. 1” се заменят с “по чл. 6, ал. 1 или чл. 6а, ал. 2”.

2. Алинеи 2 и 3 се изменят така:

„(2) Когато извършените професионални дейности и продължителността на преминатия стаж за приспособяване или на стажа по чл. 2а, ал. 1, т. 3 съответстват на определените по реда на чл. 3, ал. 2 или на чл. 2а, ал. 2, комисиите представят пред министъра на здравеопазването мотивирано предложение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия или на специалност в областта на здравеопазването.

(3) Когато извършените професионални дейности и продължителността на преминатия стаж за приспособяване или на стажа по чл. 2а, ал. 1, т. 3 не съответстват на определените по реда на чл. 3, ал. 2 или на чл. 2а, ал. 2, комисиите представят

пред министъра на здравеопазването мотивирано предложение за отказ за признаване на професионална квалификация по медицинска професия или на специалност в областта на здравеопазването.”

§ 5. Създава се чл. 9а:

“Чл. 9а. (1) За полагането на изпити по чл. 2а, ал. 1, т. 2 се прилагат разпоредбите на чл. 8 и 9.

(2) Резултатите от изпитите се вписват като “издържал” или “не-издържал” в индивидуален изпитен протокол по образец съгласно приложение № 3а.”

§ 6. В чл. 10, ал. 1 след думите “ал. 4” се добавя “или чл. 9а, ал. 2”.

§ 7. В чл. 11 се правят следните изменения и допълнения:

1. Алинея 1 се изменя така:

„(1) Комисиите по чл. 79, ал. 1 от Закона за признаване на професионални квалификации разглеждат протокола по чл. 9, ал. 4 или чл. 9а, ал. 2, когато заявителят е издържал изпита за правоспособност или изпитите по чл. 2а, ал. 1, т. 2 или не ги е издържал след повторно явяване.”

2. В ал. 2 и 3 след думата “правоспособност” се добавя “ или изпитите по чл. 2а, ал. 1, т. 2”.

§ 8. Създават се чл. 11а и 11б:

“Чл. 11а. (1) Преминаването на допълнително обучение по чл. 2а, ал. 1, т. 1 за професионална квалификация по медицинска професия се провежда от висшите училища, които са получили програмна акредитация по Закона за висшето образование по съответната специалност за придобиване на регулирана медицинска професия.

(2) Допълнителното обучение по чл. 2а, ал. 1, т. 1 за специалност в областта на здравеопазването се провежда от институциите по чл. 7 от Наредба № 34 от 2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването.

(3) Висшите училища и институциите по ал. 2 определят такса за провеждане на допълнителното обучение.

(4) Допълнителното обучение по чл. 2а, ал. 1, т. 1 се провеж-

да въз основа на сключен договор между заявителя и ръководителя на обучаващата институция.

(5) В договора по ал. 3 се посочват:

1. учебните дисциплини, по които ще се извършва допълнително обучение;
2. хорариумът на всяка учебна дисциплина в случаите по ал. 1 или продължителността на допълнителното обучение в случаите по ал. 2;
3. графикът на лекционните курсове, семинарните и практическите упражнения по всяка учебна дисциплина;
4. мястото на провеждане на обучението;
5. таксата, която следва да заплати заявителят.

(6) Допълнителното обучение завършва с изпит по съответната учебна дисциплина, проведен от хабилитиран преподавател. За резултата от изпита се съставя протокол.

(7) След приключване на обучението и успешно полагане на изпита по ал. 6 висшите училища и институциите по ал. 2 издават удостоверение по образец съгласно приложение № 4 за преминалото допълнително обучение по всяка от учебните дисциплини, определени по реда на чл. 2а, ал. 2.

Чл. 116. (1) Комисиите по чл. 79, ал. 1 от Закона за признаване на професионални квалификации разглеждат удостоверенията по чл. 11а, ал. 7 за преминалото допълнително обучение по всяка от учебните дисциплини, определена по реда на чл. 2а, ал. 2.

(2) Когато преминалото допълнително обучение съответства на учебните дисциплини, определени по реда на чл. 2а, ал. 2, комисиите представят пред министъра на здравеопазването мотивирано предложение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия или на специалност в областта на здравеопазването.

(3) Когато преминатите по време на допълнителното обучение учебни дисциплини и/или техния хорариум или неговата продължителност не съответстват на определените по реда на чл. 2а, ал. 2, комисиите представят пред министъра на здравеопаз-

ването мотивирано предложение за отказ за признаване на професионална квалификация по медицинска професия или на специалност в областта на здравеопазването.”

- § 9. В § 2 от Заключителните разпоредби след думите “ал. 3” се добавя “и § 3б, ал. 2”.
- § 10. Създава се Приложение № 1а към чл. 2а, ал. 4:

“Приложение №1а към чл. 2а, ал. 4
ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният

.....

(трите имена, гражданство, дата и място на раждане, ЕГН)

Паспорт (лична карта) №, издаден/а на

от

телефон

Изразявам съгласието си с определените от министъра на здравеопазването мерки по §3б, ал. 1 от Закона за признаване на професионални квалификации:

да премина допълнително обучение по учебните дисциплини, които не са изучавани или са изучавани в недостатъчен обем

и съдържание;

да положи изпити;

да проведе стаж.

(определените от министъра на здравеопазването една или няколко мерки се отбелязват със знак “х”)

Дата: Подпис:

Град “

- § 11. Създава се Приложение № 2а към чл. 6а, ал. 2:

“Приложение № 2а към чл. 6а, ал. 2

Наименование на лечебното заведение/на лицето, получило разрешение за
търговия на дребно с лекарствени продукти в аптека

УДОСТОВЕРЕНИЕ

№ /.....

ЗА УСПЕШНО ПРИКЛЮЧЕН СТАЖ ПО §36 ОТ ЗАКОНА ЗА ПРИЗНАВАНЕ
НА ПРОФЕСИОНАЛНИ КВАЛИФИКАЦИИ

.....
(име, презиме, фамилия на лицето, преминало стажа по § 36 от ЗППК)

.....
(гражданство, дата и място на раждане, ЕГН)
успешно е преминал/а стаж в продължение на месеца/години.

По време на стажа той/тя е извършвал/а професионални дейности на

.....
(посочва се медицинската професия или специалност)

под ръководството на

.....
(имената и длъжността на специалиста, под чието ръководство е осъществен стажът)

В
(посочва се структурата - клиника, отделение и др., в която се е провел стажът)

Ръководител на лечебното заведение/
лицето, получило разрешение за
търговия на дребно с лекарствени
продукти в аптека:

(име, подпис и печат)”

§ 12. Създава се Приложение № 3а към чл. 9а, ал. 2:

“Приложение № 2а към чл. 9а, ал. 2

ПРОТОКОЛ

№ /.....

На _____ комисия, назначена със
(ден, месец, година)

Заповед № _____

на _____ в състав: _____

Председател: _____

и

Членове: _____
(посочват се научното звание и трите имена на председателя и членовете)

проведе изпит по § 3б от Закона за признаване на професионални квалификации по:

_____ (наименование на учебната дисциплина)

на _____
(име, презиме и фамилия на кандидата)

Кандидатът разработи следните въпроси за:

Практически изпит:

1. _____

2. _____

3. _____

Теоретичен изпит:

1. _____

2. _____

3. _____

В резултат на показаните знания комисията

РЕШИ:

_____,
(име, презиме и фамилия на кандидата)

_____,
(гражданство, дата и място на раждане, ЕГН)

Е ИЗДЪРЖАЛ/НЕ Е ИЗДЪРЖАЛ

(излишното се зачертава)

Мотиви и препоръки при първо неуспешно явяване на изпит:

КОМИСИЯ: Председател: _____

Членове: 1. _____

2. _____ ”

§ 13. Създава се Приложение № 4 към чл. 11а, ал. 7:

“Приложение № 4 към чл. 11а, ал. 7

Наименование на висшето училище/лечебното заведение/здравното заведение/РИОКОЗ

УДОСТОВЕРЕНИЕ

№ /.....

ЗА УСПЕШНО ПРЕМИНАТО ДОПЪЛНИТЕЛНО ОБУЧЕНИЕ ПО §36 ОТ
ЗАКОНА ЗА ПРИЗНАВАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНИ КВАЛИФИКАЦИИ

.....
(име, презиме, фамилия на лицето, преминало допълнително обучение по § 36 от ЗППК)

.....
(гражданство, дата и място на раждане, ЕГН)

успешно е преминал/а допълнително обучение по
(посочва се учебната дисциплина)

с общ хорариум часа/ с продължителност месеца/години.
(излишното се зачертава)

В края на обучението си
(имената на лицето, преминало допълнително обучение)

успешно е положил/а изпит по

.....
(посочва се учебната дисциплина)

пред

.....
(имената и научното звание на хабилитирания преподавател)

с оценка

Ръководител на висшето училище/лечебното заведение/
здравното заведение/РИОКОЗ

(име, подпис и печат)”

МИНИСТЪР:

д-р Божидар Нанев

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ЗАПОВЕД № РД 15-2795
София, 09.09.2009 г.

На основание § 65, ал.1 от Преходните и заключителни разпоредби на Закона за държавния бюджет на Република България за 2009 година

НАРЕЖДАМ:

I. Изменям Методиката за реда за субсидиране на преобразуваните държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ и лечебните заведения за болнична помощ с държавно и/или общинско участие в капиталата през 2009 г. (Приложение към Заповед № РД 15-1522/04.06.2009 г., изменена със Заповед № РД 15-1957/08.07.2009 г.), както следва:

1. Приложение № 1 към чл.2, т. 1 се изменя както следва:

Приложение № 1 към чл. 2, т.1

СПИСЪК
НА ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ, В
КОИТО ИМА РАЗКРИТИ ПСИХИАТРИЧНИ ОТДЕЛЕНИЯ

№	Уни- ка- лен код на ЛЗ	Наименование
I ГРУПА		
1.	1101	"Многопрофилна болница за активно лечение - Александровска" ЕАД
2.	1106	"Университетска многопрофилна болница за активно лечение "Свети Георги" ЕАД-гр. Пловдив
3.	1107	"Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Д-р Георги Странски“ ЕАД – гр. Плевен
4.	1108	"Многопрофилна болница за активно лечение "Света Марина"- Варна" ЕАД
5.	1202	"Специализирана болница за активно лечение по неврология и психиатрия - Свети Наум" ЕАД

II ГРУПА		
6.	2203	"Многопрофилна болница за активно лечение - "Св.Петка" АД, Видин
7.	2208	"Многопрофилна болница за активно лечение - д-р Никола Василиев" АД, Кюстендил
8.	2210	"Многопрофилна болница за активно лечение - д-р Ст.Илиев" АД, Монтана
9.	2211	"Многопрофилна болница за активно лечение - Пазарджик" АД
10.	2212	"Многопрофилна болница за активно лечение - Рахила Ангелова" АД, Перник
11.	2213	"Многопрофилна болница за активно лечение "Св.Иван Рилски" - Разград" АД
12.	2214	"Многопрофилна болница за активно лечение - Силистра" АД
13.	2215	"Многопрофилна болница за активно лечение" Д-р Иван Селимински" - Сливен" АД
14.	2217	"Многопрофилна болница за активно лечение -Търговище" АД
15.	2220	"Многопрофилна болница за активно лечение - "Св.Панталеймон" АД, Ямбол
16.	4321	"Многопрофилна болница за активно лечение – Лом" ЕООД
17.	4380	"Многопрофилна болница за активно лечение "Св. Иван Рилски" ЕООД, гр. Дупница
18.	4362	"Многопрофилна болница за активно лечение "Д-р Панайот Томов" ЕООД, гр. Омуртаг
19.	2204	"Многопрофилна болница за активно лечение - Христо Ботев " АД, Враца
20.	4203	"Многопрофилна болница за активно лечение – Казанлък" ЕООД
21.	4381	"Многопрофилна болница за активно лечение – Левски" ЕООД

II. Настоящата заповед влиза в сила от 01 септември 2009 г.

III. Заповедта да се публикува в 14-дневен срок от издаването ѝ в служебен бюлетин.

IV. Контролът по изпълнението на настоящата заповед възлагам на главния секретар на Министерство на здравеопазването.

МИНИСТЪР:
д-р Божидар Нанев