

**МЕТОДИКА
ЗА СУБСИДИРАНЕ НА ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ПРЕЗ 2018 Г.**

**ГЛАВА ПЪРВА
ОБЩИ ПРАВИЛА**

Чл. 1. (1) С тази методика се определят критериите и редът за субсидиране на преобразувани държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ, болници с държавно и/или общинско участие в капитала и държавни и общински центрове за психично здраве въз основа на едногодишни договори за дейностите по чл. 52, ал. 1 – 4 и ал. 6 от Постановление № 332 на Министерския съвет от 2017 г. за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2018 г. (обн., ДВ, бр. 103 от 2017 г.).

(2) С тази методика се определят критериите и редът за субсидиране на лечебни заведения за болнична помощ въз основа на едногодишни договори за оказване на медицинска помощ при спешни състояния.

Чл. 2. (1) Министърът на здравеопазването сключва с лечебните заведения, отговарящи на критериите за осъществяване на съответната дейност, индивидуални договори за субсидиране на дейности по методиката, изготвени по образец, утвърден от министъра на здравеопазването и съгласуван с министъра на финансите.

(2) Списъкът на лечебните заведения, сключили договор за субсидиране на дейности по методиката, се обявява на интернет страницата на Министерството на здравеопазването.

(3) В срок от 7 дни от сключване на договорите по ал. 1, лечебните заведения предоставят на съответната регионална здравна инспекция (РЗИ) копия от сключените индивидуални договори с министъра на здравеопазването.

(4) Договорите се сключват за период от 1 януари 2018 г. до 31 декември 2018 г.

Чл. 3. (1) Субсидията по чл. 1 се определя за всяко лечебно заведение ежемесечно, съгласно сключените договори и извършената и отчетена дейност по определените с тази методика ред, цени и общ финансов ресурс.

(2) Министерството на здравеопазването може да коригира определените в методиката единични цени и общ финансов ресурс съобразно определения лимит за разход и общото изпълнение на бюджета на министерството за всяко тримесечие в хода на бюджетната година.

(3) Министерството на здравеопазването може да договори еднократна, за срока на договора, авансова субсидия с лечебни заведения, но не повече от една четвърт от усвоените за 2017 г. средства от субсидии по Методиката за субсидиране на лечебни заведения през 2017 г. (утвърдена със Заповед № РД-01-12/13.01.2017 г. на министъра на здравеопазването).

(4) Авансово преведените средства по реда на ал. 3 се удържат от отчетената дължима субсидия на лечебното заведение не по-късно от 30 юни 2018 г.

(5) Извършената през месец декември 2018 г. дейност се заплаща авансово до края на годината, в размер не по-голям от средномесечната стойност на отчетената за периода януари-ноември дейност, като през месец януари 2019 г. се извършва изравняване.

(6) За дейностите, за които е предвидено да се финансират на общ финансов ресурс, Министерството на здравеопазването заплаща ежемесечна субсидия в размер на една дванадесета част от определения годишен финансов ресурс по договора, освен ако не е предвидено друго.

Чл. 4. (1) Лечебното заведение отчита ежемесечно извършената дейност по индивидуалния договор до 8-мо число на месеца, следващ отчетния период, като представя по електронен път в съответната РЗИ подписан от управителя/изпълнителния директор на лечебното заведение електронен месечен отчет за дейността на лечебното заведение, изготвен по образец, съгласно приложение № 1.

(2) Електронният отчет по ал. 1 се попълва съобразно упътването за попълване на електронен месечен отчет за дейността на лечебното заведение по приложение № 2.

(3) Лечебните заведения отчитат извършената дейност за периода от началото на 2018 г. до месеца, предхождащ сключването на индивидуалните си договори по методиката включително, едновременно с отчета за текущия месец.

Чл. 5. (1) В срок до 13-то число на месеца съответната РЗИ извършва проверка на отчетите за формално съответствие на поставените в методиката и индивидуалните договори условия, включително за наличие/отсъствие на лечение/хоспитализация по реда на националните рамкови договори, съответно решението на надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса, когато това е предвидено/изключено от методиката или индивидуалния договор.

(2) Директорът на РЗИ определя със заповед длъжностни лица – служители на РЗИ, които обработват и проверяват постъпилите документи по ал. 1 и които изпращат одобрените отчети в Министерството на здравеопазването.

(3) Когато при проверка на отчетите се установи дейност, която не подлежи на заплащане по настоящата методика, РЗИ в срока по ал. 1 връща на лечебното заведение отчета в цялост за извършване на исканата корекция.

(4) Лечебното заведение подава коригиран отчет в срок до 15-то число на месеца, следващ отчетния. Регионалната здравна инспекция проверява отчета в срок до 17-то число и го предоставя по електронен път на Министерството на здравеопазването.

(5) Когато в срока по ал. 4 лечебното заведение не извърши исканите корекции, то губи правото си на субсидия за отчетния месец.

(6) Лечебните заведения губят правото си на субсидия за дейности, които не са били отчетени от тях в предвидените с методиката срокове и ред.

(7) Когато възникне спор относно правото на лечебното заведение за получаване на субсидия за конкретна извършена дейност се назначава проверка от РЗИ/Изпълнителна агенция „Медицински одит“ (ИАМО), която на място в лечебното заведение да установи отчетната документация и прецени правомерността на искането.

(8) Министерството на здравеопазването извършва проверка на предоставените от РЗИ отчети, като може да удържи стойността на извършената дейност, за която се установи противоречие с изискванията по методиката.

(9) Министерството на здравеопазването заплаща отчетената по реда на методиката и одобрена дейност до края на месеца, следващ отчетния, като прихваща авансово преведените средства за дейностите, и средствата за които се установи, че са недължими.

Чл. 6. (1) Лечебните заведения отчитат хоспитализациите и свързаните с тях дейности след завършването на хоспитализацията.

(2) Дейности, финансирани през 2017 г., но завършили през 2018 г. се отчитат през 2018 г., като изплатената през 2017 г. стойност се удържа през 2018 г.

Чл. 7. (1) Регионалните здравни инспекции извършват проверки на място в лечебните заведения най-малко веднъж на тримесечие, за изпълнение на субсидираните дейности. Проверките се извършват на принципа на произволна извадка на поне 5 % от отчетените дейности за тримесечието. При установяване на несъответствия при проверките РЗИ изготвя доклад и го изпраща в Министерството на здравеопазването в срок до 30-то число на месеца, следващ отчетното тримесечие.

(2) Регионалните здравни инспекции могат да извършват проверки и след представяне на месечните отчети, включително в случаите на установяване на несъответствия в рамките на извършваните проверки, по искане на Министерството на здравеопазването и при наличие на обосновано съмнение за нарушаване на индивидуалните договори и методиката.

(3) Министърът на здравеопазването може да възлага извършването на проверка на лечебните заведения по изпълнението на индивидуалните им договори и методиката на ИАМО или на комисия, включваща длъжностни лица от Министерството на здравеопазването, РЗИ, национални консултанти и др., като определя конкретно предмета и обхвата на проверката.

(4) Министърът на здравеопазването може да прекрати договор за субсидиране по методиката в частта за съответната дейност, за която се установи извършването от лечебното заведение на повече от едно нарушение по изпълнението на договора.

(5) Отчетната и друга документация, събрана при извършваните проверки, се съхранява в РЗИ в срок от 5 години и може да бъде ползвана при поискване от Министерството на здравеопазването или ИАМО за извършване на проверки и анализи.

Чл. 8. Лечебните заведения са задължени да използват получените субсидии единствено за дейността, за която са предназначени, като нямат право да определят допълнителни възнаграждения на персонала като процент от получената субсидия по реда на методиката и сключените индивидуални договори.

ГЛАВА ВТОРА СПЕЦИАЛНИ ПРАВИЛА

Раздел I.

Осигуряване на лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии и лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене за пациенти със „синдром на късото черво“

Чл. 9. Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински заведения за болнична помощ за осигуряване на лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии и лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене за пациенти със „синдром на късото черво“.

Чл. 10. (1) Лекарствените продукти по международно непатентно наименование (INN), които се закупуват от лечебните заведения за лечение на животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции на пациенти с вродени коагулопатии, са както следва:

№ по ред	АТС	Международно непатентно наименование
----------	-----	--------------------------------------

1	B02BB01	fibrinogen, human
2	B02BD01	coagulation factor IX, II, VII and X in combination
3	B02BD02	coagulation factor VIII
4	B02BD03	factor VIII inhibitor bypassing activity
5	B02BD04	coagulation factor IX
6	B02BD06	von Willebrand factor and coagulation factor VIII in combination
7	B02BD08	coagulation factor VIIa

(2) Лекарствените продукти по международно непатентно наименование (INN) и консумативите, които се закупуват от лечебните заведения за парентерално хранене на пациенти със „синдром на късото черво“ като периодично поддържащо заместително лечение извън фазата на активно лечение, са както следва:

№ по ред	АТС	Международно непатентно наименование
1	B05BA01	Аминокиселини
2	B05BA02	Мастни емулсии
3	B05BA03	Въглехидрати
4	B05CX01	Въглехидрати
5	V06DC01	Въглехидрати
6	V07AB00	Въглехидрати
7	B05BA10	Комбинации
8	N/A	Други лекарствени продукти и консумативи за поддържащо заместително лечение, съгласно утвърдената лекарствена схема

Чл. 11. (1) Лечебните заведения по чл. 9, които могат да осигуряват лекарствени продукти по чл. 10, ал. 1 със средства от субсидия от Министерството на здравеопазването са специализирани болници за активно лечение на болни с хематологични заболявания с разрешение за дейност и клиника/отделение по клинична хематология с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Клинична хематология“.

(2) Когато в съответната област на страната няма разкрити лечебни заведения, които отговарят на критериите по ал. 1, Министерството на здравеопазването може да субсидира държавни и общински многопрофилни болници за активно лечение с разрешение за дейност и клиника/отделение или осъществяване на дейности по клинична хематология с III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Клинична хематология“.

(3) Лечебните заведения по чл. 9, които могат да осигуряват лекарствени продукти и консумативи по чл. 10, ал. 2 със средства от субсидия от Министерството на здравеопазването са държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение с разрешение за дейност и клиника/отделение по вътрешни болести с разрешена дейност по гастроентерология в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Гастроентерология“ и при наличие на становище на специалист по гастроентерология за необходимостта от провеждане на парентерално хранене на пациенти със „синдром на късото черво“ като периодично поддържащо заместително лечение извън фазата на активно лечение (с посочена схема на лечение), както и че лечението може да бъде провеждано в кандидатстващото лечебно заведение.

Чл. 12. Лечебните заведения разходват закупените лекарствени продукти по чл. 10, ал. 1 за лечение на пациенти с вродени коагулопатии при:

1. кръвоизливи, при които кръвенето не може да бъде овладяно в амбулаторни условия и съществува риск за живота на пациента;

2. спешно възникнали състояния в резултат на усложнения на вродените коагулопатии, при които е необходимо извършването на оперативни и инвазивни интервенции;

3. постъпили на лечение в същото лечебно заведение или в лечебни заведения, осъществяващи дейности по оказване на спешна медицинска помощ, финансирана по настоящите условия и ред.

Чл. 13. (1) След постъпването на пациент с вродена коагулопатия в лечебно заведение по чл. 12, т. 3, хематологът (ако има такъв към заведението), началникът на съответното отделение или дежурният екип информират по телефона съответната структура по клинична хематология с III ниво на компетентност (ръководителя или друг хематолог от интердисциплинарния екип за обслужване на пациенти с вродени коагулопатии) към лечебни заведения – крайни получатели по чл. 11, ал. 1 и 2 за:

1. трите имена на пациента, ЕГН, телесно тегло;

2. повода за хоспитализацията, органната локализация и тежестта на кръвоизлива;

3. общото състояние на пациента;

4. необходимите и предстоящи медицински процедури, извън овладяването на хеморагичната диатеза.

(2) Ръководителят или друг хематолог от интердисциплинарния екип за обслужване на пациенти с вродени коагулопатии приема данните, като:

1. проверява в регистъра формата на коагулопатията на пациента;

2. изчислява необходимото количество от съответния лекарствен продукт за овладяване на състоянието в рамките на 48 часа, съгласно „Методичните указания за диагностика, лечение и проследяване на заболяванията на кръвта и кръвотворните органи“;

3. дава указания за дозировката и ритъма на приложение на съответните лекарствени продукти.

(3) В случай на неовладяване на състоянието в рамките на 48 часа, допълнителните количества лекарствени продукти се заявяват след повторна консултация с хематолог от интердисциплинарния екип за обслужване на пациенти с вродени коагулопатии.

Чл. 14. До 12 часа след постъпването на пациента, лечебното заведение по чл. 12, т. 3 изготвя и представя на лечебното заведение, получило субсидия, мотивирано искане - приемо-предавателен протокол по образец съгласно приложение № 3, за осигуряване на необходимите лекарствени продукти за лечение при животозастрашаващи кръвоизливи и при спешно възникнали състояния и/или в резултат на усложнения на вродените коагулопатии, при които е необходимо извършването на оперативни и инвазивни интервенции. Мотивираното искане - приемо-предавателен протокол се изготвя в два екземпляра, по един за всяко от лечебните заведения.

Чл. 15. (1) Лицата по чл. 13, ал. 1:

1. организират транспорта на лекарствения продукт и хематолога от интердисциплинарния екип за обслужване на пациенти с вродени коагулопатии, ако е необходимо;

2. изписват необходимото количество лекарствен продукт на лекарствен лист и приемно-предавателен протокол, изготвен в два екземпляра, по един за всяко лечебно заведение.

(2) Когато в лечебно заведение по чл. 12, т. 3, има хематолог, лицата организират получаването на лекарствения продукт от лечебното заведение, получило субсидията, и указания от хематолога от интердисциплинарния екип за обслужване на пациенти с вродени коагулопатии. Ако в подалото мотивираното искане лечебно заведение няма хематолог, то хематолог от интердисциплинарния екип за обслужване на пациенти с вродени коагулопатии лично занася антихемофилните фактори в доза за не по-малко от 48 часа, като едновременно с това консултира на място пациента, изчислява цялото количество лекарствени продукти, необходими за лечение при животозастрашаващи кръвоизливи и при спешно възникнали състояния и/или в резултат на усложнения на вродените коагулопатии, при които е необходимо извършването на оперативни и инвазивни интервенции и ги отразява в историята на заболяването (ИЗ) на пациента.

(3) Всяко лечебно заведение съхранява мотивираното искане - приемо-предавателен протокол и лекарствения лист. Лекарственият лист се изготвя в 3 екземпляра – един екземпляр остава в отделението на лечебното заведение, получило лекарствения продукт, и по един в аптеката и в счетоводството на лечебното заведение, осигурило лекарствения продукт, а мотивираното искане - приемо-предавателен протокол – в два екземпляра по един за двете лечебни заведения.

(4) В случай, че не бъде използвано цялото количество предписан лекарствен продукт, лечебното заведение по чл. 12, т. 3 връща останалото количество неупотребени флакони в лечебното заведение, получило субсидията, с приемо-предавателен протокол в два екземпляра за всяко от двете лечебни заведения.

(5) Лечебното заведение по чл. 12, т. 3 информира лечебното заведение, получило субсидията, за хода на лечението и за изхода от хоспитализацията по подходящ начин, обезпечаваш коректното попълване на отчетната форма по приложение № 1.

Чл. 16. (1) Лечебните заведения, сключили договор за субсидиране, задължително поддържат резерв (количество) от лекарствени продукти по чл. 10, ал. 1, в зависимост от броя и вида на пациентите с вродени коагулопатии през последните 3 години.

(2) Резервът по ал. 1 се използва при спазване на следните правила:

1. при наличие на необходимост от незабавно приложение на антихемофилни фактори, които не могат да бъдат своевременно осигурени по гореописания ред, при заявка от лечебните заведения на необходимите количества по реда на чл. 13;

2. след получаване на указания за дозировката и ритъма на приложение на съответните лекарствени продукти от ръководителя или друг хематолог от интердисциплинарния екип за обслужване на пациенти с вродени коагулопатии по чл. 13, ал. 2, лекарствените продукти от наличния резерв се прилагат на пациента, като приложението им се регистрира в медицинската документация;

3. след получаване на лекарствените продукти по реда на чл. 14, използваните продукти се възстановяват в резерва на лечебното заведение.

(3) В болничните аптеки на двете лечебни заведения се съхранява информация за движението на лекарствените продукти по чл. 10, в т.ч. за пациентите, на които са приложени лекарствените продукти и сроковете на годност на същите.

Чл. 17. (1) Субсидираните лечебни заведения отчитат разходените лекарствени продукти, след завършване на хоспитализацията на пациента, съгласно приложение № 1.

(2) Задължително условие за субсидиране е наличието на диспансеризация за вродени коагулопатии на лицето или установяването на вродена коагулопатия за първи път в хода на лечението.

(3) Лечебните заведения по чл. 11, ал. 3 разходват закупените лекарствени продукти и консумативи по чл. 10, ал. 2 за парентерално хранене, като периодично поддържащо

заместително лечение извън фазата на активно лечение на пациенти със „синдром на късото черво“.

Чл. 18. Финансирането на лечебните заведения се извършва след предоставен отчет по приложение № 1 до стойността на разходваните лекарствени продукти и консумативи като цените на лекарствените продукти не могат да превишават тези, посочени в приложение № 2 на Позитивния лекарствен списък.

Раздел II.

Осигуряване на лечение на пациенти с активна туберкулоза, амбулаторно проследяване (диспансеризация), продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и с неспецифични белодробни заболявания

Чл. 19. Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за:

1. амбулаторно проследяване (диспансеризация) на пациенти с туберкулоза съгласно наредбата по чл. 30, ал. 3 от Закона за здравето;
2. обхващане на контактни на пациенти с туберкулоза, съгласно утвърдените от министъра на здравеопазването методични указания за насочване, диагноза, проследяване и лечение на лицата с латентна туберкулозна инфекция;
3. лечение на пациенти с активна туберкулоза, съгласно утвърдени от министъра на здравеопазването методични указания за диагностика и лечение на туберкулозата и резистентна туберкулоза;
4. продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и с неспецифични белодробни заболявания.

Чл. 20. (1) Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за дейността им по чл. 19, т. 1-3, при наличие на разрешение за дейност и:

1. разкрита структура по пневмология и фтизиатрия с II или III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пневмология и фтизиатрия“;
2. медико-диагностични структури, включващи клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, микробиологична лаборатория, структура за функционална диагностика на дишането, образна диагностика;
3. разкрит приемно-консултативен кабинет и създадена организация за 24-часов прием на пациенти със спешни състояния;
4. изградена електронна индивидуална база данни за регистрация на пациентите с туберкулоза.

(2) За лечение на мултирезистентни форми на туберкулоза се изисква лечебното заведение по ал. 1 да разполага и с диагностични възможности за изследване на лекарствена резистентност.

(3) Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински специализирани болници за продължително лечение/рехабилитация за извършена дейност по продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и с неспецифични белодробни заболявания при наличие на разрешение за дейност и:

1. разкрита структура за продължително лечение по пневмология и фтизиатрия;
2. медико-диагностични структури – клинична лаборатория, образна диагностика (собствени или по договор на територията на областта);

3. структура по физикална и рехабилитационна медицина съгласно медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“.

Чл. 21. (1) Министерството на здравеопазването определя размера на субсидията за амбулаторно проследяване и активно лечение на пациенти с активна туберкулоза, както следва:

1. за извършен и отчетен преглед по чл. 19, т. 1 – 35 лв.;
2. за изследвано лице по чл. 19, т. 2 – 15 лв., но за не повече от средно 5 контактни лица на заражено лице за едно тримесечие;
3. за стационарно лечение по чл. 19, т. 3 с непрекъснат 24-часов престой на лица с продължителност до 3 месеца за пациенти с бацилоотделяне и до 2 месеца за пациенти без бацилоотделяне:
 - а) за леглоден лечение без мултилекарствена резистентност в клиники/отделения с III ниво на компетентност - по 48 лв.;
 - б) за леглоден лечение без мултилекарствена резистентност в клиники/отделения с II ниво на компетентност - по 38 лв.;
 - в) за леглоден лечение с мултилекарствена резистентност в клиники/отделения с III ниво на компетентност - по 53 лв.;
 - г) стойността на 1 преминал болен по б. „а“ – „в“ се коригира с коефициент за тежест от 2,5 за пациенти с коинфекция СПИН и 1,5 за деца до 18 години.
4. за ежедневно провеждане на пряко наблюдавано лечение и проследяване на пациент с активна туберкулоза без бацилоотделяне в интензивна фаза на лечение в амбулаторни условия при пряк наблюдаван ежедневен прием на лекарствените продукти от медицинско лице с продължителност до 2 месеца по 3 лв. на ден;
5. за ежемесечно провеждане на лечение и проследяване в амбулаторни условия на пациент с активна туберкулоза в продължителна фаза на лечение - по 50 лв. на месец до 6 месеца на пациенти с първоначална диагноза „туберкулоза с бацилоотделяне“ и до 4 месеца на пациенти с първоначална диагноза „туберкулоза без бацилоотделяне“;
6. за дейности по системно регистриране, съхранение и изпращане на данни за лицата с туберкулоза за нуждите на електронна индивидуална база данни за случаи с туберкулоза се определя субсидия от 5 лв. на новорегистриран пациент с туберкулоза;
7. в случаите на терапевтичен неуспех лечението продължава след разрешение от Министерството на здравеопазването;
8. при наличие на резистентна туберкулоза, стационарното лечение продължава не повече от 12 месеца, освен в случаите на терапевтичен неуспех и невъзможност за обезбациляване в посочения срок.

(2) Министерството на здравеопазването определя размера на субсидията за продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и с неспецифични белодробни заболявания за леглоден лечение на 25 лв., но не по-малко от 20 дни за пациенти с туберкулоза и 14 дни за пациенти с неспецифични белодробни заболявания (възрастни) и 10 дни за пациенти с неспецифични белодробни заболявания (деца).

(3) Случаите на рехоспитализация по ал. 2 в рамките на 180 дни от датата на предходна хоспитализация не се заплащат с изключение на случаите на рехоспитализация на деца и пациенти с туберкулоза.

Чл. 22. (1) Насочването за продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и неспецифични белодробни заболявания се осъществява с направление за хоспитализация, издадено от личен лекар или лекар-специалист по пневмология и фтизиатрия (и/или детска пневмология и фтизиатрия/или детски болести за лица до 18 години) за пациенти с туберкулоза и от лекар-специалист по пневмология и фтизиатрия и/или алергология и/или вътрешни болести (при наличие на експертно решение на ТЕЛК за

загубена работоспособност над 50%, включващо диагноза неспецифично белодробно заболяване) за пациенти с неспецифични белодробни заболявания, а за деца до 18 години с неспецифични белодробни заболявания – от личен лекар и/или лекар-специалист по пневмология и фтизиатрия и/или детска пневмология и фтизиатрия и/или алергология или педиатрия.

(2) Насочващият лекар изготвя етапна епикриза за състоянието на пациента.

(3) Личният лекар може да насочва за продължаващо лечение и рехабилитация на лица над 18 години с хронични неспецифични заболявания само в случаите на проведено активно стационарно лечение (документирано с епикриза) или проведен амбулаторен преглед от лекар-специалист (съгласно посочените по-горе), осъществени в период не по-голям от 3 месеца от датата на издаване на направлението за хоспитализация, и при които в издадените документи е посочена необходимост от провеждане на продължаващо лечение и/или рехабилитация в специализирано болнично заведение.

(4) Документи по ал. 1-3 се прилагат към направлението за хоспитализация на пациента. За лицата над 18 години с неспецифични белодробни заболявания се прилага и експертно решение от ТЕЛК.

Раздел III.

Осигуряване на амбулаторно проследяване и лечение на пациенти с ХИВ и стационарно лечение на пациенти със СПИН

Чл. 23. Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за:

1. стационарно лечение на пациенти с ХИВ/СПИН;

2. амбулаторно проследяване на шест месеца на пациент с ХИВ/СПИН, съгласно утвърдени от министъра на здравеопазването методични указания за антиретровирусно лечение и мониторинг на възрастни на ХИВ/СПИН и методични указания за профилактика на предаването на ХИВ-инфекция от майка на дете или при наличие на резултат от определяне на абсолютен брой и процент CD4+, CD8+ и общи Т клетки, съотношение CD4/CD8, определяне на плазмено ниво на ХИВ Вирусен товар;

3. месечно амбулаторно лечение на пациент с ХИВ/СПИН – съгласно утвърдените от министъра на здравеопазването методични указания за антиретровирусно лечение и мониторинг на възрастни на ХИВ/СПИН и методични указания за профилактика на предаването на ХИВ-инфекция от майка на дете.

Чл. 24. Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за дейността им по чл. 23 при наличие на разрешение за дейност и:

1. разкрита клиника по инфекциозни болести с III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Инфекциозни болести“;

2. обособена структура в клиниката по т. 1 за лечение на пациенти с придобита имунна недостатъчност;

3. медико-диагностични структури, включващи клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, вирусологична лаборатория, образна диагностика.

Чл. 25. Министерството на здравеопазването определя размера на субсидията, както следва:

1. за дейностите по чл. 23, т. 1 - по 70 лв. на леглоден, а когато е установена и коинфекция с вирусен хепатит - по 100 лв. на леглоден и при наличие на резултат при приемане на абсолютен брой и процент CD4+, CD8+ и общи Т клетки, съотношение

CD4/CD8, определяне на плазмено ниво на ХИВ Вирусен товар, серологично изследване за хепатит С, хепатит В, скрининг за туберкулоза – ТКТ на Манту или IGRA, рентгенография на бял дроб, изследване на хрчка, а за пациенти с коинфекции и резултат при приемане от серологично изследване за хепатит С, хепатит В и хепатит D;

2. за дейностите по чл. 23, т. 2 - по 50 лв. за извършено амбулаторно проследяване за шест месеца при наличие на резултат от определяне на абсолютен брой и процент CD4+, CD8+ и общи Т клетки, съотношение CD4/CD8, определяне на плазмено ниво на ХИВ Вирусен товар;

3. за дейностите по чл. 23, т. 3 - по 50 лв. за извършено месечно амбулаторно лечение;

4. за дейности по системно регистриране, съхранение и изпращане на данни за лицата с ХИВ/СПИН за нуждите на електронна индивидуална база данни за случаи с ХИВ/СПИН, се определя по 5 лв. на новорегистриран пациент с ХИВ/СПИН.

Раздел IV.

Осигуряване на диагностика и стационарно лечение на пациенти с инфекциозни заболявания за предотвратяване на епидемиологичен риск

Чл. 26. (1) Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за диагностика и стационарно лечение на пациенти с инфекциозни заболявания за предотвратяване на епидемиологичен риск при възникване на конкретна епидемиологична ситуация.

(2) Размерът на субсидията и лечебните заведения се определят със заповед на министъра на здравеопазването, съобразно конкретната ситуация, потребностите на населението и необходимия финансов ресурс.

Раздел V.

Осигуряване на поддържането на медицински регистри

Чл. 27. (1) Министерството на здравеопазването субсидира дейности за системно събиране, съхранение, анализ, интерпретация и публикуване на данни, когато тази дейност е възложена с нормативен или административен акт на държавно или общинско лечебно заведение.

(2) Размерът на субсидията се определя със заповед на министъра на здравеопазването, съобразно конкретната необходимост от дейностите по ал. 1 и необходимия финансов ресурс.

Раздел VI.

Осигуряване на диагностика, лечение и специализирани грижи за деца с висок медицински риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване

Чл. 28. Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение за дейности по осигуряване на диагностика, лечение и специализирани грижи за деца с висок медицински риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, както следва:

1. деца, родени с недоносеност или екстремно ниско тегло без друг медицински риск до достигане на 2100 гр., когато продължителността на лечението и преходните грижи, надвишава минималния престой, заплащан от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) по клинични пътеки и клинични процедури за интензивно лечение;

2. новородени деца със заболявания, налагащи лечение и преходни грижи до отпадане на медицинския риск с продължителност, надвишаваща минималния престой, заплащан от НЗОК по клинични пътеки и клинични процедури за интензивно лечение;

а) неврологични заболявания: деца след тежка перинатална асфиксия – хипоксичноисхемична енцефалопатия III и IV степен; деца след масивни вътречерепни кръвоизливи, усложнени с хидроцефалия; тежки аномалии на ЦНС – отворена спина бифида; значително засягане на ЦНС по други причини – менингоенцефалит, сепсис, вродени вирусни заболявания; деца след клапно протезиране по повод на посткръвоизливна хидроцефалия;

б) белодробна патология: тежка бронхопулмонална дисплазия, изискваща продължително кислородолечение и инхалации; аномалии на белите дробове след оперативна корекция и необходимост от продължително кислородолечение; ларингомалация, изискваща продължително хранене със сонда и кислородолечение;

в) уста и стомашно-чревен тракт: анатомични дефекти на твърдото и мекото небце – цепки, изискващи хранене продължително време със сонда; деца с анус претер след оперативни интервенции на гастроинтестиналния тракт по повод вродени аномалии и некротизиращ ентероколит; деца след операция на диафрагмална херния и необходимост от продължителна кислородотерапия и/или апаратна вентилация;

г) урогинетална система: задни уретрални клапи и хидронефрози; вродени бъбречни аномалии, изискващи продължително наблюдение;

3. новородени деца с вродени сърдечни малформации, претърпели сърдечна оперативна интервенция до навършване на 1-годишна възраст, когато продължителността на лечението и постоперативните грижи, надвишава минималния престой, заплащан от НЗОК по клинични пътеки и клинични процедури;

4. деца с увреждания и потребност от постоянни медицински грижи, настанени в център за настаняване от семеен тип, изграден в рамките на проект „ПОСОКА“ за:

а) първоначална оценка на здравето състояние на настанените деца;

б) периодична оценка на здравето състояние на настанените деца минимум веднъж седмично;

в) участие в изготвяне и актуализиране на план на медицинските грижи;

г) осъществяване на спешна консултативна помощ, диагностика и лечение;

д) съдействие за превеждане в лечебни заведения при необходимост от диагностика и лечение в структури с по-високо ниво на компетентност.

Чл. 29. (1) Министерството на здравеопазването сключва договори за извършване на дейностите по чл. 28, т. 1 и 2 с държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение при наличие на разрешение за дейност и:

1. разкрита клиника/отделение по неонатология с III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“;

2. разкрита структура за специални грижи, съгласно медицински стандарт „Неонатология“.

(2) Министерството на здравеопазването сключва договори за извършване на дейностите по чл. 28, т. 3 с държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение при наличие на разрешение за дейност и:

1. разкрита клиника/отделение по педиатрия и/или детска кардиология с III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия“;

2. разкрита клиника/отделение по кардиохирургия с III ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Кардиохирургия“ и/или детска кардиохирургия с III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“.

(3) Министерството на здравеопазването сключва договори за извършване на дейностите по чл. 28, т. 4 с държавни многопрофилни болници за активно лечение при наличие на разрешение за дейност и:

1. разкрита структура по спешна медицина, неонатология и/или педиатрия, анестезиология и интензивно лечение, хирургия, неврология, клинична лаборатория, микробиологична лаборатория, образна диагностика;

2. местоположение в населено място, в което има разкрит в рамките на проект „ПОСОКА“ център за настаняване от семеен тип за деца с увреждания с потребност от 24-часови непрекъснати грижи.

Чл. 30. Министерството на здравеопазването заплаща на лечебните заведения по чл. 29 до отпадане на медицинския риск, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване субсидия, както следва:

1. за дейността по чл. 28, т. 1 и 2 - по 20 лв. за леглоден лечение;

2. за дейността по чл. 28, т. 3 - по 550 лв. за леглоден лечение;

3. за дейността по чл. 28, т. 4 за всеки календарен месец от датата на първоначален преглед на състоянието на детето при настаняването му в център за настаняване от семеен тип до неговото извеждане - по 100 лв.

Раздел VII.

Осигуряване на терапевтична афереза

Чл. 31. (1) Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински заведения за болнична помощ за осигуряване на терапевтична афереза извън основния пакет на дейност, заплащан от НЗОК.

(2) Терапевтичната афереза се разделя на следните видове:

1. терапевтична афереза за клетки;

2. терапевтична афереза за плазма.

(3) Дейностите по ал. 2 се прилагат при остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен Баре), миастения, множествена склероза, невромиелитис оптика – синдром на Devic, токсикоза на бременността, сепсис с мултиорганна недостатъчност, автоимунни заболявания на бъбреците или при извършена трансплантация, както и при онкохематологични заболявания.

Чл. 32. Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински многопрофилни болници за активно лечение за дейността им по чл. 31 при наличие на разрешение за дейност и на :

1. поне една от следните структури с квалифициран за извършването на дейността персонал и с апарат за екстракорпорално кръвообращение и сетове с мембрани/центрофуги за сепариране на форменните елементи на кръвта от плазмата или разделяне на видовете полипептиди в човешката плазма:

а) клиника/отделение по неврология с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Нервни болести“;

б) клиника/отделение по хематология с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Клинична хематология“;

в) клиника/отделение по диализа –III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Диализно лечение“;

г) клиника/отделение по анестезиология и/или интензивно лечение с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“;

2. клиника/отделение по анестезиология и/или интензивно лечение с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“;

3. разкрита структура по спешна медицина, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“;

4. разкрити структури по някоя от следните специалности – неврология, кардиология, нефрология с III ниво на компетентност, съгласно съответните медицински стандарти;

5. медико-диагностични структури – клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност и структура по образна диагностика, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график;

6. наличието на апаратура и квалифициран персонал по т. 1 се удостоверява със съответните документи;

Чл. 33. (1) Министерството на здравеопазването субсидира една процедура по видове, както следва:

1. терапевтична афереза за клетки – 395 лв.;

2. терапевтична афереза за плазма – 1040 лв.

(2) Министерство на здравеопазването не заплаща по реда на ал. 1, когато за времето на престоя на пациента са отчетени дейности, финансирани от НЗОК, като част от следните клинични пътеки: № 054 „Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре)“; № 055 „Диагностика и специфично лечение на остра и хронична демиелинизираща полиневропатия (Гилен-Баре) на апаратна вентилация“; № 066 „Лечение на миастенни кризи с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация“; № 085 „Диагностика и лечение на гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания – новооткрити“; № 086.1 „Лечение на хистологично доказани гломерулонефрити – остри и хронични, първични и вторични при системни заболявания – при лица над 18 години“; № 107 „Диагностика и лечение на отравяния и токсични ефекти от лекарства и битови отрови“; № 108 „Диагностика и лечение на фалоидно гъбно отравяне“; № 242 „Диагностика и лечение на левкемии“; № 243 „Диагностика и лечение на лимфоми“; № 244 „Диагностика и лечение на хеморагични диатези. Анемии“; № 245 „Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст“, които включват в алгоритъма си на лечение афереза.

(3) Министерството на здравеопазването субсидира до една процедура на 24 часа на пациент с продължителност не по-малко от 4 часа.

Раздел VIII.

Осигуряване на бъбречно-заместителна терапия

Чл. 34. (1) Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински заведения за болнична помощ за осигуряване на бъбречно-заместителна терапия извън основния пакет на дейност, заплащан от НЗОК.

(2) Бъбречнозаместителната терапия включват всички процедури по хемофилтрация и/или хемодиалитрация, приложени по отделно или заедно съгласно медицински стандарт „Диализно лечение“.

Чл. 35. Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински многопрофилни болници за активно лечение за дейността им по чл. 34 при наличие на разрешение за дейност и :

1. клиника/отделение по анестезиология и/или интензивно лечение с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“;

2. разкрита структура по спешна медицина, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“;

3. разкрити структури по някоя от следните специалности – неврология, кардиология, нефрология с III ниво на компетентност, съгласно съответните медицински стандарти;

4. медико-диагностични структури – клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност и структура по образна диагностика, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график;

5. апарат за екстракорпорално кръвообращение и сетове с мембрани за бъбречно-заместителна терапия;

6. лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение, който има свидетелство за професионална квалификация и призната правоспособност за провеждане на бъбречно-заместителна терапия.

Чл. 36. (1) Министерството на здравеопазването заплаща 227 лв. за една процедура на 24 часа на пациент с продължителност не по-малко от 12 часа.

(2) Министерството на здравеопазването не заплаща по реда на ал. 1, когато за времето на престоя на пациента са отчетени дейности, финансирани от НЗОК, като част от следните клинични пътеки: № 118 „Оперативно лечение на деца до 1 година с критични вродени сърдечни малформации в условията на екстракорпорално кръвообращение“; № 120 „Лечение на полиорганна недостатъчност, развила се след сърдечна операция“, клинични процедури – № 1 „Диализно лечение при остри състояния“; № 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“; амбулаторна процедура № 1 „Хронична хемодиализа“, които включват в алгоритъма си на лечение хемофилтрация и/или хемодиализация.

Раздел IX.

Осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчно-съдови заболявания, които не се заплащат от бюджета на НЗОК

Чл. 37. (1) Министерството на здравеопазването субсидира държавни заведения за болнична помощ за осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчно-съдови заболявания, които не се заплащат от бюджета на НЗОК.

(2) Медицинските изделия за интервенционално лечение на мозъчно-съдови заболявания се използват при:

1. интервенционално лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации по Клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“;

2. интервенционално лечение на хидроцефалия при деца до 18 години по клинични пътеки № 204 „Тежка черепно-мозъчна травма – оперативно лечение“, № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“ и № 207 „Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин“;

3. ендоваскуларно лечение на инсулт по Клинична пътека № 206 „Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)“.

Чл. 38. Министерството на здравеопазването субсидира държавни многопрофилни и специализирани болници за активно лечение в случаите по чл. 37, ал. 1, при наличие на разрешение за дейност и когато същите изпълняват по договор с НЗОК дейност по посочените клинични пътеки по чл. 37, ал. 2, и са извършили поне 20 интервенционални процедури по дейността, във връзка с изпълнението на която кандидатстват за субсидиране от министерството.

Чл. 39. (1) Министерството на здравеопазването възстановява разходите за медицинските изделия по чл. 37, ал. 2, т. 1 и 2, заплатени от лечебните заведения над реимбурсираната за тях от НЗОК стойност, както следва:

1. до 14 000 лв. - по чл. 37, ал. 2, т. 1;

2. до 4 000 лв. - по чл. 37, ал. 2, т. 2 при пълно клапно протезиране и до 1 500 лв.- при ревизия на клапната система.

(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., но не повече от 8 000 хил. лв.

(3) Министерството на здравеопазването не заплаща субсидия по реда на ал. 1 и ал. 2 при наличие на заплащане от пациента, а когато такова се установи - може да прекрати договора за субсидиране в частта относно съответната дейност.

(4) Министерството 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.

Чл. 40. (1) При отчитане на дейността лечебните заведения представят копие от:

1. писмо от НЗОК по чл. 37, ал. 2, т. 1 за лечение на конкретния пациент;

2. копие от „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка МЗ - НЗОК № 7);

3. фактура от доставчика за вложените медицински изделия;

4. спецификация за вложените медицински изделия;

5. „Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура“, с който се отчитат медицинските изделия, вложени при лечението по определени клинични пътеки/амбулаторни процедури и заплатани извън цената на същите.

(2) Вложените медицински изделия се отчитат след заплащането им от НЗОК, а в случаите по чл. 37, ал. 2, т. 3 след заплащане на клиничната пътека от НЗОК, което се удостоверява с писмо от РЗОК.

(3) В болничната аптека на лечебните заведения се съхранява информация за движението на медицинските изделия (в т.ч. по кодове на ИАЛ и НЗОК), осигурени по реда на методиката, сроковете им на годност и пациентите, на които са приложени.

Чл. 41. (1) Лечебните заведения по приложение № 17, т. I б. А от Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2017 г. (утвърдена със Заповед № РД-01-12/13.01.2017 г. на министъра на здравеопазването) до 8 май 2018 г. изготвят подробен отчет по приложение № 2, включително и извършената дейност от лечебните заведения по приложение № 17, т. I б. Б към Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2017 г., като включват цялата извършена дейност през периода 2017 г. – 30 април 2018 г.

(2) Министерството на здравеопазването в рамките на 2018 г. изравнява плащанията за дейността по ал. 1.

Раздел X.

Осигуряване на стационарно лечение на пациенти с психични заболявания, субституиращи и поддържащи програми с метадон и дневни психорехабилитационни програми

Чл. 42. Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение и държавни и общински центрове за психично здраве за следните дейности:

1. лечение на пациенти с психични заболявания на стационарно лечение с непрекъснат 24-часов престой, вкл. за дейности по рехабилитация чрез трудотерапия;
2. спешно стационарно лечение до 24 часа на пациенти с психични заболявания с висок риск, спешни състояния и изразена психомоторна възбуда, които не се хоспитализират в същото лечебно заведение;
3. дневно стационарно лечение на пациенти с психични заболявания;
4. субституиращи и поддържащи програми с метадон;
5. дневна психорехабилитационна програма на лица с психични заболявания;
6. дневна психорехабилитационна програма за жени, оперирани от рак на млечната жлеза.

Чл. 43. (1) Министерството на здравеопазването сключва договори за извършване на дейността по чл. 42, т. 1 и 2 с държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение с разрешение за дейност и с клиника/отделение по психиатрия с I, II или III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Психиатрия“ и създадена организация за 24-часов прием на пациенти с психични заболявания, в т.ч. и със спешни състояния и изградена информационна система за регистрация на пациентите с психични заболявания.

(2) Министерството на здравеопазването сключва договори за извършване на дейността по чл. 42, т. 1 и 2 с държавни и общински центрове за психично здраве с разкрити легла за диагностичен и лечебен престой по дейностите, които са включени в разрешението за осъществяване на лечебна дейност, създадена организация за 24-часов прием на пациенти с психични заболявания, в т.ч. и със спешни състояния и изградена информационна система за регистрация на пациентите с психични заболявания.

(3) Министерството на здравеопазването субсидира лечебните заведения по ал. 1 и 2 за дейности по рехабилитация чрез трудотерапия на пациенти с психични заболявания в стационарни условия с непрекъснат 24-часов престой, при наличие на действащи рехабилитационни програми (трудотерапия, арт-терапия/занимателна терапия, музикотерапия и др.) за хора с психични заболявания.

(4) Лечебните заведения по ал. 1 и 2 могат да договорят и лечение на пациенти на дневен стационар, когато в структурата си имат разкрити места за дневен стационар, съгласно медицински стандарт „Психиатрия“.

(5) Министерството на здравеопазването сключва договори за извършване на дейността по чл. 42, т. 4 с лечебните заведения по ал. 1 и 2, когато те имат действащи и финансирани от Министерството на здравеопазването програми за лечение с метадон към 31.12.2017 г.

(6) Министерството на здравеопазването сключва договори за извършване на дейността по чл. 42, т. 5 с лечебните заведения по ал. 1 и 2, когато те имат действащи и финансирани от Министерството на здравеопазването дневни психорехабилитационни програми към 31.12.2017 г.

(7) В договорите с лечебните заведения по ал. 1-6 задължително се посочват:

1. брой на разкрити в стационара легла за активно лечение, от тях:

- а) за лечение на деца;
- б) за лечение на пациенти с висока степен на зависимост от грижи, но не повече от 25 на сто от общия брой на леглата;
2. брой на разкрити места за дневен стационар;
3. изискване за не по-висока дневна използваемост на леглата/местата по т.1 и 2 от 95 на сто;
4. брой на разкрити места за лечение с метадон;
5. брой на разкрити места за дневни психо-рехабилитационни програми.

(8) Министерството на здравеопазването сключва договори за извършване на дейността по чл. 42, т. 6 с държавни и общински многопрофилни и специализирани болници при наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност; разкрита клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина с II или III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“; опит в изпълнение на рехабилитационни програми за жени, оперирани от рак на млечната жлеза към 31.12.2017 г.; мултидисциплинарен екип от специалисти, включващ лекари по физикална и рехабилитационна медицина, физиотерапевти (кинезитерапевти/рехабилитатори/ерготерапевти); онколог, диетолог, клинични психолози, социален работник, юрист, трудотерапевт, музикален педагог и логопед.

Чл. 44. Министерството на здравеопазването субсидира дейностите по чл. 42 както следва:

1. за лечение по чл. 42, т. 1:
 - а) за леглоден при структура с III ниво на компетентност – 38,50 лв.; с II ниво на компетентност – 35,00 лв.; с I ниво на компетентност – 28,00 лв., а когато лечебното заведение няма придобито ниво на компетентност то получава заплащане за II ниво на компетентност.
 - б) цената на всеки леглоден по б. „а“, когато е проведен при висока степен на зависимост от грижи, но не повече от 7 дни за една хоспитализация или е проведен за лечение на деца се завишава с 50 на сто;
 - в) за ден с проведена рехабилитация чрез трудотерапия при стационарно лечение – 2 лв.;
2. за лечение по чл. 42, ал. 2 по реда на т. 1, б. „а“ и „б“ за до 24 часа, но за не по-малко от 20 часа;
3. за лечение по чл. 42, т. 3 на ден по 70 на сто от цената по т. 1, б. „а“;
4. за лечение по чл. 42, т. 4 по 80 лв. на месец за пациент;
5. за лечение по чл. 42, т. 5 по 8 лв. на ден за пациент, но не повече от 160 лв. на месец;
6. за лечение по чл. 42, т. 6 по 53 лв. на ден за пациент, но не повече от 10 дни за пациент на година.

Чл. 45. (1) Дейността на лечебните заведения по рехабилитация чрез трудотерапия по чл. 1, т. 1 се извършва по реда на утвърдена годишна програма.

(2) Изпълнението на индивидуалната рехабилитационна програма се отразява в индивидуална рехабилитационна карта.

Чл. 46. Заплащането по реда на чл. 44, т. 1, б. „б“ се дължи, когато в историята на заболяването е документирана необходимостта от лечение при висока степен на зависимост от грижи чрез оценка на наличието на висок риск от самоубийство, психомоторна възбуда и агресия, както и от автоагресия (по скали и оценки).

Раздел XI.

Осигуряване на медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК

Чл. 47. Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински многопрофилни и специализирани болници за активно лечение и центрове за психично здраве за извършените дейности по медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК при наличие на разрешение за дейност и

1. заповед на директора на регионалната здравна инспекция за разкриване на ТЕЛК към съответното лечебно заведение, съгласувано с министъра на здравеопазването;

2. кадрова осигуреност на съставите на ТЕЛК, съгласно Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи, удостоверена със становище на директора на РЗИ.

Чл. 48. Министерството на здравеопазването заплаща на лечебните заведения по чл. 47 по 22 лв. за всяко издадено и отчетено по настоящият ред решение на ТЕЛК.

Раздел XII.

Осигуряване на спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, преминали през спешни отделения, които пациенти не са хоспитализирани в същото лечебно заведение и на консултативна медицинска помощ на спешни пациенти по искане на дежурните екипи в централите за спешна медицинска помощ

Чл. 49. (1) Многопрофилни болници за активно лечение се субсидират за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения, които пациенти не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, при:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;

2. наличие на клиника/отделение по спешна медицина:

а) с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“ или

б) с II ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“;

3. наличие на болнична аптека.

(2) Многопрофилни болници за активно лечение се субсидират за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения, които пациенти не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, при:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност.

2. наличие на клиника/отделение по спешна медицина – с най-малко I ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“ за срока, предвиден в § 1 от преходните и заключителни разпоредби на Наредба № 3 от 2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“;

3. наличие на разкрита структура по анестезиология и интензивно лечение – с II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“;

4. наличие на клиника/отделения с III ниво на компетентност по минимум седем от следните медицински специалности: кардиология, нервни болести, педиатрия, хирургия, гръдна хирургия, съдова хирургия, кардиохирургия, детска кардиохирургия, неврохирургия, ортопедия и травматология, или клиника/отделение с III ниво на компетентност по психиатрия.

(3) Многопрофилни болници за активно лечение се субсидират за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения, които пациенти не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, в случаите, когато на територията на областта липсва лечебно заведение с разкрита структура по спешна медицина с II или III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“ за срока, предвиден в § 1 от преходните и заключителни разпоредби на Наредба № 3 от 2017 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“, и при:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие на клиника/отделение по спешна медицина – с I ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“;
3. наличие на разкрита структура по анестезиология и интензивно лечение с най-малко II ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“;
4. наличие на разкрита структура с най-малко II ниво на компетентност по пет от следните медицински специалности: хирургия, вътрешни болести, кардиология, нервни болести, педиатрия, акушерство и гинекология, ортопедия и травматология, очни болести, ушно-носно-гърлени болести;
5. наличие на медико-диагностични структури – клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, структури по образна диагностика, трансфузионна хематология, клинична патология, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график;
6. наличие на болнична аптека.

(4) Държавни и общински многопрофилни болници за активно лечение, извън тези по ал. 1 - 3, се субсидират за оказване на консултативна помощ на спешни пациенти по искане на дежурните екипи в центровете за спешна медицинска помощ в случаите по чл. 11, ал. 2 от Наредба № 25 от 1999 г. за оказване на спешна медицинска помощ:

1. наличие на разрешение за осъществяване на лечебна дейност;
2. наличие на разкрит на територията на населеното място филиал на центъра за спешна медицинска помощ, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“;
3. наличие на разкрити структури по най-малко три от следните медицински специалности – хирургия, ортопедия и травматология, вътрешни болести, нервни болести, педиатрия, акушерство и гинекология;
4. наличие на медико-диагностични структури – клинична лаборатория и структура по образна диагностика, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график.

(5) Лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от Закона за лечебните заведения се субсидират за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, преминали през спешните отделения, които пациенти не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, ако са били финансирани през 2017 г. по реда на Методиката за субсидиране на лечебните заведения през 2017 г. (утвърдена със Заповед № РД-01-12/13.01.2017 г. на министъра на здравеопазването) за същата дейност.

Чл. 50. (1) Министерството на здравеопазването финансира лечебните заведения по чл. 49, ал. 1 - 3 и ал. 5 като финансира капацитетът им за оказване на дейността под формата на брой преминали пациенти по разчетна стойност от 25 лв. на преминало, нехоспитализирано лице.

(2) Минималният брой на субсидираните прегледи по ал. 1 не може да бъде под отчетеният през 2017 г. брой пациенти със спешни състояния, преминали през спешни отделения, които пациенти не са хоспитализирани в същото лечебно заведение.

(3) Когато лечебното заведение не е имало сключен договор за субсидиране през 2017 г. годишният размер на субсидията се определя на база 50 на сто от минималния брой прегледи по медицински стандарт „Спешна медицина“ и разчетната стойност по ал. 1.

(4) В прегледите по ал. 1 се включват всички съпътстващи консултации, изследвания, манипулации и други необходими медицински дейности, като лечебните заведения нямат право да изискват доплащане от пациентите си.

(5) Министерството на здравеопазването определя финансовият ресурс по ал. 1 съобразно потребностите на населението, отчетената през 2017 г. дейност, специализацията на лечебните заведения и постигнатото изпълнение на националната програма за развитие на спешната помощ с оглед на обществения интерес.

(6) Министерството на здравеопазването може да промени текущо общите финансови ресурси при значими промени в отчетения обем дейност и потребностите на населението.

(7) Министерството на здравеопазването субсидира дейността по чл. 49, ал. 4 както следва:

1. преглед, проведен в лечебното заведение от лекар по искане на дежурния екип на ЦСМП – 18 лв.;

2. изследване на кръвна картина – поне осем от посочените показатели или повече: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC – 1,98 лв.;

3. други кръвни изследвания (за всяко едно изследване) – време на кръвене, глюкоза, креатинин, урея, билирубин – общ, билирубин – директен, пикочна киселина, АСАТ, АЛАТ, креатинкиназа (КК), ГГТ, алкална фосфатаза (АФ), алфа-амилаза – 1,43 лв.;

4. изследване на урина (за всяко едно изследване) – химично изследване на урина с течни реактиви (белтък, билирубин, уробилиноген), седимент на урина – ориентировъчно изследване – 0,66 лв.;

5. извършване на рентгенографии (за всяко едно изследване) – 6,86 лв.;

6. извършване на ехографска диагностика на коремни и ретроперитонеални органи – 12,49 лв.;

7. компютърна аксиална или спирална томография – 69,79 лв.

(8) Министерството на здравеопазването субсидира единствено дейностите по ал. 7, поискани от ЦСМП, което е удостоверено с Фиш за обслужване на спешен пациент.

Раздел XIII.

Критерии за определяне на общински лечебни заведения за болнична помощ в труднодостъпни и/или отдалечени райони на страната, които могат да бъдат субсидирани със средства от бюджета на Министерството на здравеопазването

Чл. 51. Общинските лечебни заведения за болнична помощ се намират в труднодостъпни и/или отдалечени райони на страната, съгласно § 1, т. 5 и 6 от допълнителната разпоредба на Закона за лечебните заведения, и отговарят на следните критерии:

1. основни критерии:

а) относителният дял на обслужваните от общинската болница в съответния труднодостъпен/отдалечен район населени места, отдалечени над 70 км от най-близката многопрофилна болница за активно лечение – търговско дружество със смесена държавна и общинска собственост в капитала, е не по-нисък от 40% или;

б) относителният дял на обслужваните от общинската болница в съответния труднодостъпен/отдалечен район населени места, отдалечени над 40 км от най-близката

болница за активно лечение – търговско дружество със смесена държавна и общинска собственост в капитала, е не по-нисък от 40%.

2. допълнителни критерии:

а) процентното съотношение на населението на надтрудоспособна възраст в съответния труднодостъпен/отдалечен район е по-високо от средното за страната по данни на НСИ към 31.12.2016 г., т.е. над 24,3%;

б) процентното съотношение на безработното население в съответния труднодостъпен/отдалечен район е по-високо от средното за страната по данни на Агенцията по заетостта към 31.12.2016 г., т.е. над 10%;

3. наличието на основния критерий по т. 1, б. „а“ не изисква наличие и на допълнителен критерий;

4. наличието на основния критерий по т. 1, б. „б“ изисква наличие и на поне един от допълнителните критерии;

Чл. 52. (1) Общинските болници по чл. 51 следва да отговарят и на следните изисквания, за да бъдат субсидирани със средства от бюджета на Министерството на здравеопазването:

1. да притежават разрешение за осъществяване на лечебна дейност;

2. да имат разкрити структури по най-малко една от следните медицински специалности – вътрешни болести, хирургия, нервни болести, педиатрия, ортопедия и травматология, акушерство и гинекология (изискването се отнася за болници за активно лечение) и/или структури за продължително лечение;

3. да са осигурили медико-диагностични структури – клинична лаборатория и структура по образна диагностика, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график (изискването се отнася за болници за активно лечение).

(2) Списъкът на общинските болници, които да бъдат субсидирани по методиката в съответствие с определените критерии се предлага от Националното сдружение на общините в Република България.

(3) След официалното оповестяване на отчетната информация към 31.12.2017 г. и при промяна в приложените показатели може да се извърши промяна в списъка на лечебните заведения по предложение на Националното сдружение на общините в Република България.

Чл. 53. Министерство на здравеопазването заплаща субсидия на лечебните заведения по чл. 52 под формата на общ финансов ресурс, определен индивидуално за всяко едно от тях съобразно критериите за разпределяне на общ финансов ресурс по приложение № 4.

Раздел XIV.

Финансиране на лечебните заведения, в които ветерани от войните, военноинвалиди и военнопострадали осъществяват правото си на отпих и лечение

Чл. 54. Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински многопрофилни болници за активно лечение за следните медицински изделия/лекарствени продукти, предоставяни при лечение на ветераните от войните:

1. прилагане на медицински изделия (изкуствени стави и остеосинтезни материали) при оперативни процедури в условията на спешност, включващи оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на таза и долния крайник, оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност, големи оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник, много големи процедури в областта на раменния пояс и горния крайник, средни оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник, както и при алопластика на тазобедрена и колянна става;

2. прилагане на медицински изделия (очни лещи и вискосубстанция) при оперативно отстраняване на катаракта;

3. прилагане на медицински изделия (меш /платно за пластика на коремна стена) при оперативни процедури при хернии;

4. прилагане на контраст, извън пакет „Образна диагностика“ от пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Чл. 55. (1) Министерството на здравеопазването сключва договори за извършване на дейността по чл. 54, т. 1 с лечебните заведения при наличие на разрешение за дейност и клиника/отделение по ортопедия и травматология с II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Ортопедия и травматология“ и договор с НЗОК за изпълнение на оперативни процедури в условията на спешност, включващи оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на таза и долния крайник, оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност, големи оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник, много големи процедури в областта на раменния пояс и горния крайник, средни оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник, както и при алопластика на тазобедрена и колянна става.

(2) Министерството на здравеопазването сключва договори за извършване на дейността по чл. 54, т. 2 с лечебните заведения при наличие на разрешение за дейност и клиника/отделение по очни болести с II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Очни болести“ и договор с НЗОК за изпълнение на оперативно отстраняване на катаракта.

(3) Министерството на здравеопазването сключва договори за извършване на дейността по чл. 54, т. 3 с лечебните заведения при наличие на разрешение за дейност и клиника/отделение по хирургия с II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“ и договор с НЗОК за изпълнение на оперативни процедури при хернии.

(4) Министерството на здравеопазването сключва договори за извършване на дейността по чл. 54, т. 4 с лечебните заведения при наличие на разрешение за дейност и клиника/отделение по образна диагностика с II или III ниво на компетентност в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна диагностика“.

Чл. 56. (1) Министерството на здравеопазването субсидира държавни и общински специализирани болници за рехабилитация за лечение на ветераните от войните и придружител при нужда по преценка на лекар, както и за отдых, профилактика и рехабилитация на военноинвалиди и военнопострадали.

(2) Министерството на здравеопазването сключва договори с лечебните заведения по ал. 1 когато те имат разрешение за дейност и структури по физикална и

рехабилитационна медицина с II или III ниво на компетентност съгласно медицинския стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“, възможност за осигуряване на отдых, профилактика и рехабилитация във всички региони на страната и възможност за осигуряване на различни програми за отдых, профилактика и рехабилитация в структури с различни климатични особености, рекреативни фактори, специализирани в рехабилитацията и физикалната терапия на определени видове заболявания – неврологични, белодробни, сърдечно-съдови, заболявания на опорно-двигателния апарат.

Чл. 57. (1) Министерство на здравеопазването заплаща за изделията по чл. 54, т. 1 когато оперативната процедура е извършена в условията на спешност и е отчетена в НЗОК по клинична пътека за оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на таза и долния крайник, и/или оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност, и/или големи оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник, и/или много големи процедури в областта на раменния пояс и горния крайник, и/или средни оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник, и/или алопластика на тазобедрена и колянна става.

(2) Министерството на здравеопазването заплаща за изделията по чл. 54, т. 2 при необходимост от инсерция на леща-протеза (псевдофакос) и извършено поставяне на високоспециализирано медицинско изделие (очна леща и вискосубстанция), което не се заплаща от НЗОК по време на отчетена в НЗОК клинична пътека за оперативна процедура по отстраняване на катаракта.

(3) Министерството на здравеопазването заплаща за изделията по чл. 54, т. 3 когато медицинското изделие (меш /платно за пластика на коремна стена) е имплантирано по необходимост при оперативна процедура при херния и дейността е отчетена в НЗОК клинична пътека за оперативна процедура при хернии.

(4) Министерството на здравеопазването субсидира лекарствените продукти по чл. 54, т. 4 при осъществено по необходимост образно изследване с контрастен материал, който не се заплаща от НЗОК.

Чл. 58. Министерство на здравеопазването заплаща субсидия както следва:

1. по чл. 54, т. 1 до 1 000 лв., но не повече от разликата между доставната цена на ставата и заплатената от НЗОК стойност;
2. по чл. 54, т. 2 до 600 лв., но не повече от доставната цена на очната леща;
3. по чл. 54, т. 3 до 200 лв., но не повече от доставната цена на херниалното/меш планто;
4. по чл. 54, т. 4 до 200 лв., но не повече от доставната цена на контрастната материя.
5. по чл. 56, ал. 1 - 350 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.

Към Заповед № РД-01-93/29.03.2018 г.

Приложение № 1

към чл. 4, ал. 1

Образци на месечни отчети за дейността на лечебните заведения по видове дейности

Лист „(1)1.1“

Осигуряване на лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии

Данни за ЛЗ и приемо-предавателния протокол				Данни за пациента и хоспитализацията					Данни за приложения антикоагулант					
ЕИК на З извършило лечението	Наименование	№ на приемо-предавателен протокол	Дата на приемо-предавателен протокол	ЕГН на пациента	Водещо заболяване МКБ 10 (коагулопатия)	КП № на изписване	Начало на хоспитализацията	Край на хоспитализацията	начало на прилагане	край на прилагане	Продукт	Брой	Ед. Цена	Стойност
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Лист „(1)1.2“

Осигуряване на лекарствени продукти и консумативи за парентерално хранене за пациенти със „синдром на късото черво“

Данни за пациента и за периода					Данни за предоставените продукти					
ЕГН на пациента	№ на приемо-предавателен протокол	Дата на приемо-предавателен протокол	от дата	до дата	АТС по Методика	Патентно наименование	Млл. в един брой	Брой	Ед. Цена	Стойност
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Лист „(1)2.1“

Осигуряване на амбулаторно проследяване (диспансеризация) на пациенти с туберкулоза

Данни за лицето			Данни за прегледа				Данни за извършената дейност, (попълва се 1 при наличие)																Стойност
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
ЕГН	УИК по информационната система за регистриране на случаите на туберкулоза	Дата на завеждане на учет	Амб. № в журнала	Дата на преглед	ЛАК №	Поредност на прегледа за	МКБ 10	Преглед	Рьо-графия	КТ	МРТ	Ехо-графия	Ехокардио-графия	ПКК	Диф. броене	СУЕ	Храчка за БК	Манту	ТТХ	ФИД	Биохимично изсл. на чернодробната функция	Консулт. със специалист	(лева)

Лист „(1)2.2“

Осигуряване на активно лечение на пациенти с активна туберкулоза

Данни за пациента			Данни за хоспитализацията										Вид	Резултат от МБИ при премане			Резултат от МБИ на 2-рия месец			Резултат от МБИ на 5-тия месец								
Вид лечение	ЕГН	УИК по инф.с-ма за регистриране	Дата на регистриране в регистъра (попълва се за новорегистрираните)	Насочен от	ИЗ/ЛАК №	Водещо заболяване МКБ 10	Пр.МКБ	Пр.МКБ	Пр.МКБ	Приет (дата)	Изписан (дата)	Престой в дни	Брой дни при амбулаторна фаза	Резистентност	Лаб.№	Дата	микроскопско	културелно	Лаб.№	Дата	микроскопско	културелно	Лаб.№	Дата	микроскопско	културелно	Изход от лечението	Стойност (лева)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Лист „(1)2.3“

Осигуряване на амбулаторно проследяване на контактни лица за активна туберкулоза

Данни за лицата и прегледа								Данни за извършената дейност през месеца попълва се 1 при наличие				Стойност (лева)
ЕГН на контактното лице	ЛАК №	ЕГН на заразното лице	УИК на заразното лице	Амб. № в журнала	Дата на преглед	Поредност на прегледа за лицето	Водещо заболяване МКБ 10	Преглед	Рьо-графия	Храчка за БК	Манту	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Лист „(1)3“

Осигуряване на продължаващо лечение и рехабилитация на пациенти с туберкулоза и с неспецифични белодробни заболявания

ЕГН	ИЗ №	Водещо заболяване МКБ 10	Приет (дата)	Изписан (дата)	Престой в дни	№ на решението на ТЕЛК	Дата на решението	Стойност (лева)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Лист „(1)4.1“

Осигуряване на амбулаторно проследяване и лечение на пациенти с ХИВ

Вид лечение	Данни за пациента						Данни за прегледа			Мониторинг при откриване			Мониторинг на 3-тия месец			Мониторинг на 6-тия месец			Включен в регистъра с този преглед за първи път (1)	Стойност (лева)			
	УИК по инф.с-ма за регистриране	Възраст	Пол	Година на раждане	Година на включване в регистъра	№ в рег.	Амб №	Дата	Водещо заболяване МКБ 10	Лаб.№	Дата	Начални CD4	Начален Вирусен товар	Лаб.№	Дата	Начални CD4	Начален Вирусен товар	Лаб.№			Дата	Начални CD4	Начален Вирусен товар
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Лист „(1)4.2“

Осигуряване на стационарно лечение на пациенти със СПИН

Данни за пациента						Данни за хоспитализацията					Мониторинг при постъпване				Мониторинг при изписване				(лева)	
УИК по инф.с-ма за регистриране	Възраст	Пол	Година на раждане	Година на включване в регистъра	Пореден номер в регистъра	ИЗ №	Водещо заболяване МКБ 10 (В20.3 за коинфекции и цена от 100 лева)	Приет (дата)	Изписан (дата)	Престой в дни	Лаб.№	Дата	Начални CD4	Начален Вирусен товар	Лаб.№	Дата	При изписване CD4	При изписване Вирусен товар	Стойност	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

Лист „(1)7“

Осигуряване на диагностика, лечение и специализирани грижи за деца с висок медицински риск, извън обхвата на ЗЗО

Вид лечение	ЕГН	Водещо заболяване МКБ 10	ИЗ/№	КП № на изписване	Приет (дата)	Изписан (дата)	Брой дни над НРД	Стойност (лева)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Лист „(1)8.9“

Осигуряване на терапевтична афереза и бъбречнозаместителна терапия

Вид лечение	ЕГН	ИЗ/№	Водещо заболяване МКБ 10	КП № на изписване	Приет (дата)	Изписан (дата)	Начало на процедурата (дата и час)	Край на процедурата (дата и час)	Продължителност в часове	Пореден № за хоспитализацията	Стойност (лева)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Лист „ (1)10.1“

Осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчно-съдови заболявания, които не се заплащат от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (клапи при хидроцефалия)

Данни за пациента и хоспитализацията						Данни за медицинското изделие								
ЕГН на пациента	Водещо заболяване МКБ 10	КП № на изписване	Приет (дата)	Изписан (дата)	Изход от лечението	Код на МИ по НЗОК	Наименование по НЗОК	Код на МИ по ИАЛ	ЕИК на доставчика	Фактура №	Фактура дата	Стойност (лева)	Заплатено от НЗОК (лева)	Разлика за МЗ (лева)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Лист „(1)10.2“

Осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчно-съдови заболявания, които не се заплащат от бюджета на Националната здравноосигурителна каса

Данни за пациента и хоспитализацията						МИ 1			МИ 2			МИ 3			МИ 4			МИ 5			Достав-ка		Разпределение на средствата			Реш. НЗОК																				
ЕГН на	Водещо	КП № на	Приет (дата)	Изписан (дата)	Изход от	Код на МИ по	Наименование	Код на МИ по	Брой	Ед.цена	Цена НЗОК	Код на МИ по	Наименование	Код на МИ по	Брой	Ед.цена	Цена НЗОК	Код на МИ по	Наименование	Код на МИ по	Брой	Ед.цена	Цена НЗОК	Код на МИ по	Наименование	Код на МИ по	Брой	Ед.цена	Цена НЗОК	ЕИК на	Фактура №	Фактура дата	Цена с ДДС по	Стойност за	Разлика	За МЗ	За ЛЗ	Дата на	Номер	Сума						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47

Лист „ (1)10.3“

Осигуряване на медицински изделия за интервенционално лечение на мозъчно-съдови заболявания, които не се заплащат от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ендоваскуларно лечение на инсулт)

Данни за пациента и хоспитализацията						МИ 1			МИ 2			МИ 3			МИ 4			МИ 5			МИ 6			Стойност (лева)			
ЕГН на пациента	Водещо заболяване МКБ 10	КП № на изписване	Приет (дата)	Изписан (дата)	Изход от лечението	Код на МИ по ИАЛ	Търговско наименование	Брой	Ед.цена доставчик	Код на МИ по ИАЛ	Търговско наименование	Брой	Ед.цена доставчик	Код на МИ по ИАЛ	Търговско наименование	Брой	Ед.цена доставчик	Код на МИ по ИАЛ	Търговско наименование	Брой	Ед.цена доставчик	Код на МИ по ИАЛ	Търговско наименование	Брой	Ед.цена доставчик	Общо	Сума за МЗ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Лист „(1)10.4“

Отчет за усвоените МИ ендоваскуларно лечение на инсулт, финансирани по реда на Методика 2016/2017 по пациенти

ЛЗ отчело хоспитализацията	Данни за пациента и хоспитализацията						Лекарствен лист		Брой МИ по договор с "Вега медикал" ЕООД						Брой МИ по договор с РСР ЕООД					Общо усвоени средства (лева)
	ЕГН на пациента	Водещо заболяване МКБ 10	КП № на изписване	Приет (дата)	Изписан (дата)	Изход от лечението	№	Дата	Стент Егис	Водач Traxcess	Микрокатетър Headway	Водач Chareron	Катетър Sofia	Катетър Sofia Plus	Стент Solitare2	Водач Silverspeed	Микрокатетър Rebar	Катетър Navien	Балон Cello	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Лист „ (2)1.1”

Осигуряване на стационарно лечение на пациенти с психични заболявания

Данни за хоспитализацията											Необходимост от лечение при висока степен на зависимост от грижи при висок риск от			Проведени дни трудотерапия	Изход от лечението	Стойност (лева)	
Вид лечение	ЕГН	Насочен от	ИЗ/№	Водещо заболяване МКБ 10	Пр.МКБ	Пр.МКБ	Пр.МКБ	Приет (дата)	Изписан (дата)	Престой в дни	От тях при висока степен на зависимост от грижи възрастни	самоубийство	психомоторна възбуда и агресия				автоагресия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Лист „(2)1.2“

Осигуряване на субституиращи и поддържащи програми с метадон

ЕГН	Амб/№	Начало на месечния епизод	Край на месечния епизод	Дни	Стойност (лева)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Лист „(2)1.3“

Осигуряване на дневна психорехабилитационна програма психични заболявания

ЕГН	МКБ	ЛАК №	Първи присъствен ден от месеца	Последен присъствен ден от месеца	Брой присъствени дни	Стойност (лева)
1	2	3	4	5	6	7

Лист „(2)1.4“

Осигуряване на дневна психорехабилитационна програма рак на млечната жлеза

ЕГН	ИЗ №	Приет (дата)	Изписан (дата)	КП	Престой в дни	Стойност (лева)
1	2	3	4	5	6	7

Лист „ (2)2“

Осигуряване на медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК

ЕГН	№ на решението	Дата на решението	МКБ	Вид експертиза	Състояние до експертизата	Оценка на работоспособността	Дата на инвалидизация	Срок на чуждата помощ	Срок на инвалидността до	Срок на инвалидността до	Стойност (лева)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Лист „(3)1“

Осигуряване на спешна медицинска помощ на пациенти със спешни състояния, преминали през спешни отделения, които пациенти не са хоспитализирани в същото лечебно заведение

Данни за посещението на пациента				Клинична лаборатория (брой изследвания)			Образна диагностика (брой изследвания)			Манипулации (брой)				
ЕГН	Амб.№ в журнала	Дата и час на прегледа	МКБ	Кръвна картина	Други кръвни изследвания	Урина	Рентгенографии	УЗ	КАТ	Шев	Вадене чужд. тяло	Превръзка	Имобилизация	Други
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Лист „(3)2“

Осигуряване на оказване на консултативна медицинска помощ на спешни пациенти по искане на дежурните екипи в централите за спешна медицинска помощ

Данни за посещението на пациента				Преглед по искане на дежурния екип на ЦСМП	Клинична лаборатория (брой изследвания)			Образна диагностика (брой изследвания)			Обща стойност (лева)
ЕГН	Амб.№ в журнала	Дата и час на прегледа	МКБ		Кръвна картина	Други кръвни изследвания	Урина	Рентгенографии	УЗ	КАТ	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Лист „(4)1“

Дейност на общински лечебни заведения, които се намират в труднодостъпни и/или отдалечени райони на страната

ЕГН	ИЗ/№	Водещо заболяване МКБ 10	КП № на изписване	Приет (дата)	Изписан (дата)	Престой в дни
1	2	3	4	5	6	7

Лист „(6)1“**Осигуряване на отдиш и лечение на ветерани от войните, военноинвалиди и военнопострадали**

Вид дейност	ЕГН	ИЗ №	Водещо заболяване МКБ 10	Приет (дата)	Изписан (дата)	Престой в дни	Стойност (лева)
1	2	3	4	5	6	7	8

Лист „(6)2“**Осигуряване на лечение на ветерани от войните (доплащане за МИ и ЛП)**

ЕГН	ИЗ/Лаб №	Водещо заболяване МКБ 10	Приет (дата)	Изписан (дата)	Вид продукт	Патенто наименование	Цена	Заплатено от НЗОК	Стойност (лева)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Упътване за попълване на електронен месечен отчет за дейността на лечебното заведение

1. Отчетният файл е в Ms Excel формат и не следва да бъде променян, като формат и формуляр. Необходимо е да настроите Excel в режим Macro Security/Enable all macros.
2. Препоръчително е попълването на макета да става чрез копиране на стойности от предварително подготвен външен файл (copy/paste special/value).
3. Отключени за попълване са маркираните в синьо клетки на формулярите. Отключени за избор от падащо меню са маркираните с зелено клетки на формулярите, останалите клетки се калкулират на тяхна база автоматично и не могат да бъдат променени като стойности и/или алгоритъм. Ползваният алгоритъмът при тяхното изчисление е достъпен на лентата за въвеждане на формули в Excel.
4. Извън отчетната таблица са изведени контролни колони, които съдържат данни за броя на непопълнените задължителни полета (при наличие на такива се калкулира нулева стойност), проверка на ЕГН, ЕИК, калкулация на възраст, престой, брой отчетени дейности на пациента, название на избрани МКБ, КП и други.
5. При наличие на грешно ЕГН е необходимо да проверите документацията наново, ако пациентът е с ЛНЧ да продължите работа, когато поциентът няма ЕГН или ЛНЧ на впишете служебно такова според датата на раждане, като последните четири цифри са нула. Когато се касае за дете без валидно ЕГН файлът няма автоматично да калкулира завишение на стойността на лечение, където е предвидено такова. В такъв случай е необходимо да се свържете с РЗИ.
6. Файловете се именоват по следния алгоритъм: 2018-ММ-LZLZ, където: ММ – месец на отчета; LZLZ е индивидуалният четирицифрен номер на лечебното заведение за целите на субсидията.
7. Файловете се подписват с електронния подпис на представляващия лечебното заведение.
8. Попълнените отчети се изпращат на посочен от съответното РЗИ електронен адрес.
9. Проверените и одобрени за плащане на първоначален контрол (от РЗИ) отчети се подписват с електронен подпис от директора на РЗИ и се предоставят в предвидените срокове на посочения електронен адрес на МЗ.
10. Таблиците са разположени по листове, съответно на Приложение №2 на Методиката.
11. Актуален електронен формуляр, както и описание на промените е достъпен на интернет страницата на Министерството на здравеопазването.
12. Ползваните номенклатури във файла са достъпни на лист „Номенклатури“.
13. Изискваните съгласно тази методика документи, необходими за отчитане на дейността се предоставят като сканирано копие, към файла по т.1.

МОТИВИРАНО ИСКАНЕ - ПРИЕМО-ПРЕДАВАТЕЛЕН ПРОТОКОЛ
№...../дата.....

за предоставяне на лекарствени продукти за лечение при животозастрашаващи кръвоизливи; спешно възникнали състояния и/или усложнения на вродените коагулопатии, при които е необходимо извършването на оперативни и инвазивни интервенции

От..... (наименование на лечебното заведение) ЕИК.....

Днес 2018 г. час

Д-р..... (име, фамилия, специалност, длъжност, отделение, клиника) след като прегледа пациента (трите имена на пациента) с ЕГН, адрес.....,

Установи следното:

Повод за настоящата хоспитализация.....
ИЗ №....., дата на приемане КП на приемане.....
Диагноза.....
Органна локализация на кръвоизлива:.....
Тежест на кръвоизлива:.....
Общо състояние на пациента:.....
Телесно тегло:.....
Необходими/предстоящи/проведени медицински процедури:.....

И се свърза с най-близкото лечебно заведение..... субсидирано за осигуряване на лекарствени продукти при животозастрашаващи кръвоизливи и спешни оперативни и инвазивни интервенции при пациенти с вродени коагулопатии

След проведена консултация с д-р..... на дата час..... (име и фамилия на дежурния хематолог/ хематолог от интердисциплинарния екип за обслужване на пациенти с вродени коагулопатии) се прецени, че за провеждане на интензивно лечение при пациента е необходимо осигуряване на следния/те лекарствен/и продукт/и:

№ на ред	АТС код	Търговско наименование	Опаковка	IU	Брой	Ед.цена (лева)	Стойност (лева)

за часа/дни

Дата и час на предаване/получаване
Лечебно заведение, което предоставя продукта

 (хематолог – име, фамилия, подпис)

 (Представяващ ЛЗ – име, фамилия, подпис, печат)

Лечебно заведение, което получава продукта

 (име, фамилия, подпис на лекаря)

 (Представяващ ЛЗ – име, фамилия, подпис, печат)

Критерии за разпределяне на общ финансов ресурс за субсидиране на общински лечебни заведения за болнична помощ, които се намират в труднодостъпни и/или отдалечени райони на страната

1. Общият финансов ресурс по бюджета на Министерството на здравеопазването, определен за субсидиране на общински лечебни заведения за болнична помощ, които се намират в труднодостъпни и/или отдалечени райони на страната, се разпределя между съответните болници, както следва:

1.1. Първоначалният размер на общият финансов ресурс за всяка болница за 2018 г. се определя в зависимост от броя на обслужваното население и броя на преминалите през 2017 г. пациенти.

1.2. Броят на обслужваното от общинската болница население се коригира с коефициент за обслужвано население k'_i , формиран по следната схема:

$$k'_i = 0.5 + \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \int_{-\infty}^{-z'_i} e^{-\frac{t^2}{2}} dt$$

където

$$z'_i = \frac{x'_i - \mu'}{\sigma'}$$

x'_i – обслужвано население от i -тата общинска болница

μ' и σ' – средната стойност и стандартното отклонение на разпределението на обслужваното население за общинските болници

1.3. Броят на преминалите пациенти през болницата се коригира с коефициент за преминали болни k''_i , формиран по аналогична схема:

$$k''_i = 0.5 + \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \int_{-\infty}^{-z''_i} e^{-\frac{t^2}{2}} dt$$

където

$$z''_i = \frac{x''_i - \mu''}{\sigma''}$$

x''_i – преминали пациенти за i -тата общинска болница

μ'' и σ'' – средната стойност и стандартното отклонение на разпределението на преминалите пациенти за общинските болници

1.4. Стойностите на коефициентите k'_i и k''_i се определят с точност два знака след десетичната запетая.

1.5. Претеглените стойности на всеки от двата критерия – брой обслужвано население - wk'_i и брой преминали болни – wk''_i се изчисляват както следва:

$$wk'_i = \frac{x'_i \cdot k'_i}{\sum x'_j \cdot k'_j} \quad \text{и} \quad wk''_i = \frac{x''_i \cdot k''_i}{\sum x''_j \cdot k''_j}$$

1.6. Изчислява се Средна тежест \overline{wk}_i като средна геометрична на претеглените стойности wk'_i и wk''_i .

1.7. Стойностите на коефициентите wk'_i , wk''_i и \overline{wk}_i се определят с точност четири знака след десетичната запетая.

1.8. Общия размер на сумата по бюджета на МЗ, определена за субсидиране на общински лечебни заведения за болнична помощ в труднодостъпни и/или отдалечени райони се разпределя пропорционално на средната тежест \overline{wk}_i на всяка от общинските болници.

2. В рамките на общият финансов ресурс лечебните заведения осъществяват продължително лечение на пациенти със сърдечно-съдови заболявания (с изключение на остър миокарден инфаркт), неврологични заболявания (с изключение на мозъчен инсулт) и белодробни заболявания.