

СПРАВКА

за отразяване на становищата, получени в рамките на периода за обществени консултации
по проекта на **Наредба за допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности,
гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса**
(публикувана за обществена консултация в периода от 24.03.2021 г. до 06.04.2021 г.)

Вносител	Становища/предложения	Становище по предложение	Мотиви
1. Проф. Елисавета Наумова, Българска асоциация по клинична имунология Вх. № 12-00-178/26.03.2021 г.	Българска асоциация по клинична имунология /БАКИ/ подкрепя напълно включването в Наредба № 9 от 2019 г. на Амбулаторна процедура № 45 „Диагностика на първични имунни дефицити“, позволяваща адекватна и навременна диагностика на пациенти с първичен имунен дефицит.		Становището е в подкрепа на предложени проект, като не са направени предложения за промяна в текстовете на нормативния акт.
2. НЗОК Вх. № 09-00-55/25.03.2021 г.	2.1. В Приложение № 7 към чл. 1 АПр № 26 „Амбулаторни хирургични процедури“ към т. 1.4. „Диагностични и лечебни дейности и услуги в хода на амбулаторната процедура“, са добавени диагностични и лечебни дейности, които са в съответствие с обхвата на видовете хирургични специалности, изпълнители на амбулаторната процедура. Към т. 1.5 Диагностични и лечебни дейности и услуги при приключване на амбулаторната процедура, са добавени критерии за дехоспитализация и оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни процедури след	Не се приема.	По отношение искането за прецизиране на индикациите и критериите за дехоспитализация на пациентите, които ще бъдат лекувани по тази амбулаторна процедура: Съгласно чл. 45, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване /ЗЗО/ министърът на здравеопазването определя с наредба само видовете извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение по повод на заболяване като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК. Съгласно чл. 55, ал. 2 от ЗЗО с

	<p>приключване на процедурата.</p> <p>Проектът за допълнение на АПр 26 с разширяване на диапазона на специалистите, които ще могат да работят по дейностите, включени в нея предполага по-добър достъп и равнопоставеност на пациентите, със съответните здравни потребности.</p> <p>Считаме, че в проекта следва да се прецизират индикациите и критериите за дехоспитализация на пациентите, които ще бъдат отчитани с тази АПр.</p> <p>От друга страна АПр 26 ще увеличи разходите за тази АПр и това ще доведе до необходимост от допълнителни финансови ресурси. Дирекция ММДД няма възражения по така предложения проект, с условието, че ще се представят по-точни и ясни индикации и критерии за дехоспитализация и изпълнението на тази АПр като разходи е включено във финансовата рамка на средствата, утвърдени за този вид дейност.</p>		<p>Националния рамков договор се уреждат условията и реда за оказване на отделните видове медицинска помощ.</p> <p>С оглед на това, индикациите и критериите за отчитане на амбулаторната процедура като елемент на условията и реда за оказване на медицинска помощ са част от съдържанието на Националния рамков договор за медицински дейности.</p> <p>Предложението само допълва възможностите за изпълнение на амбулаторната оперативна процедура и създава условия за разширяване на начините за повлияване на регистрираните и към момента пациенти с комплексни трудно заздравяващи рани, които и до момента са част от пациентите, обслужвани по тази амбулаторна процедура.</p>
	<p>2.2. В Приложение № 9 към чл. 1 КП № 267 „Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи след лечение от COVID -19“</p> <p>Касае се за нова КП по медицинската специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“.</p> <p>В представения проект липсват ясни и точни индикации за хоспитализация и рехабилитация на съответните случаи.</p> <p>Това означава, че всеки пациент, който е с</p>	<p>Не се приема.</p>	<p>По отношение искането за конкретизиране на индикациите за хоспитализация и рехабилитация:</p> <p>Съгласно ЗЗО министърът на здравеопазването определя с наредба само и единствено видовете извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение по повод на заболяване /чл. 45, ал. 1, т. 3/, както и за долекуване, продължително лечение и медицинска</p>

	<p>доказана инфекция от COVID-19 е възможно да се хоспитализира и лекува след прекараната инфекция. Не се указват при какви точно индикации и колко време след заболяването с COVID-19 пациентите следва да бъдат хоспитализирани по тази КП.</p> <p>В т. 1.4.2.1.от проекта за КП № 267 е записано, че пациенти с уточнена диагноза, преминали периода на активно лечение от COVID-19 в лечебни заведения за болнична помощ в рамките на предходните 3 месеца, при които са изчерпани възможностите на активното лечение на основното заболяване, усложненията и придружаващите заболявания.</p> <p>Липсват характеристики на „изчерпани възможности“ в индикациите. Не се посочват какви данни са необходими за доказателство, че остатъчните явления и настоящо състояние на пациента са предизвикани от прекараната инфекция с COVID-19.</p> <p>Предвид социалната значимост на усложненията при преболеждане от COVID 19 инфекция, дирекция ММДДД няма възражения по така предложения проект и счита за медицински целесъобразно създаване на нова КП по медицинската специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“, но задължително следва да се създадат ясни, точни и измерими индикации и критерии</p>	<p>рехабилитация /чл. 45, ал. 1, т. 4/ като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК.</p> <p>Съгласно чл. 55, ал. 2 от ЗЗО с Националния рамков договор се уреждат условията и реда за оказване на отделните видове медицинска помощ.</p> <p>С оглед на това, индикациите и критериите за отчитане на амбулаторната процедура като елемент на условията и реда за оказване на медицинска помощ са част от съдържанието на Националния рамков договор за медицински дейности.</p> <p>Пациентите с хронични заболявания и коморбидност са основни ползватели на изпълняваните до момента КП в съществуващите структури по физикална и рехабилитационна медицина. Предложената КП предоставя само възможност за лечение с цел стабилизиране на състоянието при тези пациенти, при които е проведено активно болнично лечение по повод COVID-19, регламентирайки определени специфични по вид и обхват дейности, които следва да бъдат изпълнявани с оглед подпомагане на възстановяването на организма след заболяването, избягване настъпването на трайни последици за здравето и</p>
--	---	---

	<p>за хоспитализация и дехоспитализация. Проектът за новата КГП№ 267 ще доведе до допълнителни финансови ресурси за НЗОК.</p>		<p>работоспособността.</p>
	<p>2.3. В Приложение № 7 към чл. 1 АПр Амбулаторна процедура № 45 „Диагностика на първични имунни дефицити“ съдържа процедури за диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение при първични (вродени) имунодефицитни заболявания. Амбулаторната процедура осигурява начална диагностика и идентифициране на първичните имунодефицити при пациенти, чието лечение може да бъде осъществено в рамките на клинична пътека № 110 „Лечение на доказани първични имунодефицити“ и практически се явява допълнение към последната. Амбулаторна процедура № 45 ще подобри достъпа на пациентите (по предварителни данни около 220 души годишно) с тези редки заболявания до необходимата им лечебна помощ и ще осигури комплексност на диагностично- лечебния процес. Необходимо е да отбележим, че посочената амбулаторна процедура се явява нова дейност от обхвата на медицинската специалност „Клинична имунология“, като включването ѝ в пакета от здравни дейности, ще увеличи разходите от бюджета на Националната здравноосигурителна каса.</p>		<p>Становището е в подкрепа на предложението проект, като не са направени предложения за промяна в текстовете на нормативния акт.</p>

	<p>2.4. В КП № 168.2 „Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания“ в частта Урология е необходимо включването на кодове 05.29 Друга симпатекомия или ганглионектомия, 55.4 Частична нефректомия и 55.51 Нефроуретеректомия поради това, че липсата им прави невъзможно осъществяването на хирургични робот-асистирани интервенции на бъбрека и уретера. В Наредба № 9 е включен само код за лечение на простатна жлеза. Кодовете са предложени от координатора на експертния съвет по Урология — доц. д-р Марин Георгиев.</p>	<p>Приема се.</p>	
	<p>2.5. Относно § 4 от Заключителните разпоредби: По така изложените допълнения в проекта на Наредба за допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, НЗОК е изразила становище с писмо с изх. 04- 04-506/04.01.2021г. Предвид броя на лицата с основна диагноза или придружаващо заболяване Неинсулинозависим диабет (захарен диабет тип 2) с посочени МКБ кодове E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6 и E11.9 и съгласно предложения алгоритъм за диспансерно наблюдение на лицата от 0 до 18-годишна възраст, бяха направени съответните изчисления, относно необходимите средства за едногодишен</p>		<p>Становището е в подкрепа на предложения проект, като не са направени предложения за промяна в текстовете на нормативния акт.</p>

	<p>период.</p> <p>В тази връзка и съгласно предвидените средства в Закона за бюджета на НЗОК за 2021 г. за здравноосигурителни плащания за специализирана извънболнична медицинска помощ и направените разчети за необходимите средства, считаме, че залегналите в § 4 от Заключителните разпоредби на проекта на Наредба за допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса могат да се реализират.</p>		
	<p>2.6. По предложение на водещи специалисти в допълнението и изменението на Наредба № 9 да бъдат включени нови Амбулаторна процедура за диагностика и лечение на ретинопатия при новородени и Клинична процедура за диагностика на ретинобластом за лица под 18 годишна възраст, проекти на които прилагаме.</p> <p>При лечение на ретинопатията на новородени към момента съществуват затруднения в осъществяването на дейността и заплащането при недоносени деца. В тези случаи АПр ще регламентира извършването на терапия от специалисти по очни болести по време на болничния престой на недоносените деца по клинична пътека. Тази АПр е предложена на БЛС.</p> <p>Ретинобластомът е най- често срещаният</p>	<p>Не се приема.</p>	<p>1. По отношение предложението за създаване на нова амбулаторна процедура за диагностика и лечение на ретинопатия при новородени: Съгласно § 3 от Допълнителните разпоредби на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, амбулаторната процедура определя вид и обхват дейности за пациенти, чието състояние не налага непрекъснат престой в лечебното заведение.</p> <p>На настоящия етап в Наредба № 9 от 2019 г. е включена възможност за диагностика и лечение на ретинопатия на недоносените – по реда на Клинична пътека № 135 "Оперативно лечение при заболявания на ретина,</p>

	<p>първичен вътреочен злокачествен тумор в детската възраст и в повечето случаи се извършва лечение в чужбина. За диагностика и проследяване при необходимото качеството, които са препоръчани от европейските и световни гаидлайни на тумора под обща анестезия в Република България и при наличието на съответната апаратура. На БЛС е предложена клиничната процедура. Към настоящия момент образната диагностика при ретинобластом при деца и лазертерапия на новородени с ретинопатия се извършва в чуждестранни клиники при съответното заплащане от страна на НЗОК.</p> <p>Тези медицински процедури се извършват и в нашата страна със съответната апаратура, квалификация, опит и подготвени екипи в някои лечебни заведения.</p> <p>В този смисъл предлагам в наредбата за пакета със здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК да се включат тези дейности като амбулаторни процедури. Диагностично-лечебните алгоритми за посочените дейности са разработени с участието на специалисти и се намират в НЗОК. Включването в пакета ще предостави възможност за осъществяване на цитираните по-горе медицински процедури в български лечебни заведения и едновременно това ще доведе до подобряване на достъпа,</p>	<p>стъкловидно тяло и травми, засягащи задния очен сегмент" и Амбулаторна процедура № 21 "Оперативни интервенции върху окото и придатъците му със среден обем и сложност". Като изпълнители и по клиничната пътека, и по амбулаторната процедура са определени специалисти по очни болести предвид спецификата на медицинската дейност и компетентностите на отделните медицински специалности.</p> <p>Залагането на нова амбулаторна процедура за лечение само на децата с ретинопатия на недоносеното би дублирало съществуващи към момента дейности по КП № 135. Поради това предлагаме да се обсъди предоставяне на възможност чрез Националния рамков договор за медицински дейности за изпълнение на дейността по КП № 135 в рамките на престоя на детето в неонатологична структура /по неонатологична клинична пътека/</p> <p>2. По отношение предложението за създаване на нова клинична процедура за диагностика на деца с ретинобластом:</p> <p>Приложен е проект на алгоритъм, в който като единствена процедура е включено провеждането на ЯМР на</p>
--	---	--

	своевременността и ефективността на предлаганата медицинска помощ за тези категории пациенти, като се оптимизира пътя на пациента при посочените заболявания.		глава. На настоящия етап провеждането на ЯМР, вкл. на глава, е включено в пакета дейности на НЗОК без възрастови ограничения.
3. Д-р Влатко Глигоров, Управител МЦ "РСМ-1 Пловдив" ЕООД Вх. № 26-00-695/ 01.04.2021 г.	Молба за включване на "Амбулаторна рехабилитация на пациенти преминали COVID-19 инфекция" в обхвата на Национално-осигурителната система на страната – за изпълнение в извънболнични амбулаторни условия.	Не се приема.	В рамките на пакета здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, е включена възможност за амбулаторно провеждане на процедури от обхвата на медицинската специалност Физикална и рехабилитационна медицина. Такива няма пречка да бъдат провеждани и при пациентите, преминали COVID-19.
4. проф. Йоаннис Папатанасиу, специалист по физикална и рехабилитационна медицина, МУ Пловдив Вх. № 21-00-215/ 02.04.2021 г.	Едногодишната битка срещу пандемията от COVID-19 навлезе в нова ера-трета вълна, която представлява най-голямата здравна, икономическа и социална криза на 21-и век. Като потвърждение на това е броят на заразените в световен мащаб достигнал 125.781.957, а 2.759.432 души са загубили битката с COVID-19 в 223 страни. През последния месец в България се наблюдава експоненциално нарастване на броя на новозаразените от COVID-19 както и рекорден ръст на смъртността (173.51/ 100 000 души) и според публикуваните данни от ресурсния център за COVID-19 на Johns Hopkins, в края на миналия месец България беше страната с 10-та най-висока смъртност в света на 100 000 души. Търсенето на нови ваксини и медикаменти отстъпи пред силно	Не се приема.	Направеното предложение е за пилотно въвеждане на телемедицината, телемедицински продукти и телерехабилитацията в рамките на КП 267. Същевременно от подателя са описани и бариери и ограничения при прилагане на телемедицинските услуги. Посочено е и значението при предоставяне на рехабилитационни услуги в собствените социално-битови условия на пациента, както и за проследяване след изписване от болничното лечебно заведение. Съгласно чл. 79, ал. 1 от Закона за здравето „Медицинската помощ в Република България се осъществява чрез прилагане на утвърдени от медицинската наука и практика методи и технологии“.

	<p>нарастващите нужди от рехабилитация и функционално възстановяване на оцелелите от COVID-19. Въпросите как и каква да бъде „рехабилитацията на COVID-19“, я определиха като най-сериозното предизвикателство не само пред самата Физикална и Рехабилитационна Медицина (ФРМ), но и пред медицината като цяло. Пандемията от COVID-19 оказва негативно въздействие върху всички аспекти на здравните и рехабилитационни услуги, т.е. достъпност, ефективност, качество и полезност и създаде необходимост и предпоставки за преосмисляне и реорганизация от въвеждане на нови здравни технологии с цел подобряване на съществуващите здравно-рехабилитационни услуги. Телемедицината и в частност телерехабилитацията (ТР) се явява като единствената ефективна здравна технология която може да бъде приложена при пациент с COVID-19 или при пациенти страдащи от различни хронични заболявания провеждащи амбулаторна рехабилитация, въпреки съществуващите технологични, законодателни, културни и финансови бариери. Благодарение на ТР услуги пациентите имат възможност да продължат започналото рехабилитационно лечение в собствените им социално-битови условия, независимо</p>	<p>Съгласно § 1 от Допълнителните разпоредби на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантира от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, "Клинична пътека" е система от определени с националния рамков договор за медицинските дейности изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности <u>по отношение на пациенти със заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой не по-кратък от 48 часа.</u></p> <p>В тази връзка направеното предложение за включване използването на възможностите на телемедицината в предлаганата КП 267 е в противоречие с утвърденото определение на понятието „клинична пътека“.</p> <p>Също така следва да се има предвид, че съгласно чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения „Дейността на лечебните заведения и на медицинските и другите специалисти, които работят в тях, се осъществява при спазване на медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента.“ В</p>
--	--	--

	<p>от географско местоположение на доставчниците на рехабилитационните услуги и/или от въведени локални или национални противоепидемични ограничителни мерки. Първоначалният замисъл за разработването на ТР беше обгрижването и наблюдение на хоспитализирани пациенти намиращи се в острата фаза на тяхното заболяване, както и тяхното проследяване след изписване. ТР дава възможност да се води лечение в острата фаза на много заболявания в това число и COVID- 19, като прекия контакт лице в лице, лекар/пациент, рехабилитатор/пациент е изцяло заместен без особено да компрометира това взаимодействие.</p> <p>ТР използва информационните технологии (ИТ), фокусирани върху оценката, диагностиката и лечение предоставено от разстояние и осъществено чрез двупосочни посещения в реално време чрез аудио и/или видео връзка, асинхронни он-лайн посещения, виртуално чекиране, дистанционно оценяване на изображения или видеоклипове, както и телефонно оценяване на пациентите.</p> <p>Клиничната ефективност на ТР е описана и доказана в няколко систематични обзора въпреки публикуваните противоречиви резултати и ТР може да бъде сравнима и съпоставима с индивидуално проведената рехабилитация и по-добра от липса на</p>		<p>действащия към момента медицински стандарт по физикална и рехабилитационна медицина, утвърден с Наредба № 30 от 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина" не е предвидена възможност за предоставяне на телерехабилитационни услуги.</p>
--	--	--	--

	<p>рехабилитация при пациенти с кардиологични и респираторни заболявания, неврологични и мускулно-скелетни заболявания.</p> <p>Tabak и кол., през 2014 год. съобщават за по-големи подобрения в нивата на физическата активност, по-добро спазване и изпълнение на упражненията, както и по-голяма удовлетвореност на пациенти с хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ) провели уеб-базирани ТР програми в сравнение с пациенти провели обичайно рехабилитационно лечение. Наличните литературни данни показват, че ТР може да бъде съпоставима или по-добра от конвенционалните методи за рехабилитация по отношение намаляване на болката и подобряване на физическата функция при различни мускулно-скелетни заболявания. Освен това ТР води до подобряване функционалността при пациенти с гонартроза, както и пациенти с неспецифични вертеброгенни заболявания.</p> <p>Редица сравнителни проучвания и здравно-икономически анализи проведени в Полша, Белгия, Дания, Австралия и Нова Зеландия са доказали икономическата рентабилност и спестяване на разходи при ТР програми, както за потребителите-пациентите на здравните услуги, така и за доставчиците на тези услуги в сравнение с традиционната стационарна или</p>		
--	---	--	--

	<p>индивидуално проведена рехабилитация. Освен това пациентите, които живеят в отдалечени места, където конвенционалните рехабилитационни услуги са трудно достъпни или несъществуващи могат да се възползват от тази здравна технология. Frederix и кол. в наскоро публикувано рандомизирано проучване сред пациенти с хронична сърдечна недостатъчност са доказали икономическата ефективност на 6-месечната TP изразена в прогресивно увеличаване на години живот съобразени с качество (QALY), както и подобряване на КЖ.</p> <p>Въпреки големия и бързия напредък на ИТ отчетен през последните години, пред TP стоят много предизвикателства и въпроси относно защитата на личните данни, поверителността, здравно-осигурителното и застрахователно реимбурсиране на TP услуги, както и редица правни и регулаторни въпроси които забавят широкото ѝ прилагане и възприемане в медицинската практиката.</p> <p>Въпросите свързани с поверителността и информираното съгласие на потребителите на TP услуги са изключително важни и заслужават сериозно внимание. Поверителността до голяма степен зависи от сигурността и надеждността на използваните телекомуникационни системи и приложения, като това е необходимо да</p>		
--	---	--	--

	<p>бъде обвързано и със законодателни и правни регулации.</p> <p>Заключение</p> <p>Пандемията от COVID-19 освен световното здравеопазване, тласка и българското в нова ера налагаща промени и дигитализация на медицинската практика и медицинските услуги с приоритетно въвеждане на електронно здравеопазване. ТР е сравнително ново направление в телемедицината, което към момента не е достъпно в българското здравеопазване и в частност рехабилитационната помощ в страната, поради гореописаните бариери и ограничения за неговото прилагане.</p> <p>Обсъжданията и новите предложения към Наредба № 9 касаещи КП 267 са сериозно предизвикателство и шанс да бъдат преосмислени, подобрени и актуализирани съществуващите рехабилитационни услуги, както и да бъде пилотно въведена телемедицината, телемедицински продукти и телерехабилитацията в българското здравеопазване.</p> <p>Очаква се ползите от пилотното въвеждане на ТР продукти в рамките на КП 267, да бъдат медицински, социални и икономически. Благодарение на ТР ще бъдат постигнати приоритетни здравни политики и ще бъде удовлетворено увеличеното търсене и улеснен достъп до КП 267 от пациентите преболедували</p>		
--	---	--	--

	COVID-19, независимо от тяхното местоживее и местонахождението на доставчиците на TP услуга.		
5. д-р Иван Маджаров, председател на УС на БЛС Вх. № 62-08-6/ 01.04.2021 г.	<p>През последните години БЛС следи развитието на телемедицината както в Република България, така и в чужбина. Целта на телемедицината е да използва най-новите технологии за осигуряване на комуникация в реално време между пациента и техния лекар. Тя повишава достъпа до качествени медицински услуги в условията на отдалечени региони, където нямат достатъчен брой медицински специалисти, дава възможност за достъп до медицинска помощ на трудноподвижни хора, както и при епидемична обстановка. Подобрява качеството на здравните услуги, особено при проследяване на пациенти с хронични заболявания. С използването на телемедицината се намаляват медицинските разходи за пациентите, пести се време. Лекарите могат да консултират повече пациенти за сметка на домашни посещения. Заболелите от инфекциозни заболявания не поставят в риск от заразяване останалите пациенти и лекаря. Това е особено важно в настоящата епидемична обстановка, предизвикана от COVID- 19, която силно засегна редица държави .</p> <p>В тази връзка БЛС изразява необходимостта от въвеждането на методите на телемедицината в</p>	Не се приема.	<p>Съгласно § 1 от Допълнителните разпоредби на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантира от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, "Клинична пътека" е система от определени с националния рамков договор за медицинските дейности изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности <u>по отношение на пациенти със заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой не по-кратък от 48 часа.</u></p> <p>В тази връзка направеното предложение за включване използването на възможностите на телемедицината в предлаганата КП 267 е в противоречие с утвърденото определение на понятието „клинична пътека“.</p> <p>Също така следва да се има предвид, че съгласно чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения „Дейността на лечебните заведения и на медицинските и другите специалисти, които работят в тях, се осъществява при спазване на медицинските</p>

	<p>медицинската практика.</p> <p>С оглед на горното, БЛС предлага следните допълнения към Наредбата:</p> <p>В § 3. от Наредбата:</p> <p>1. Наименованието на пътеката се допълва по следния начин:</p> <p>„Физикална терапия, рехабилитация и специализирани и грижи, <u>включително чрез телемедицински услуги</u> след лечение от COVID-19"</p> <p>2. В точка 1. Обхват:</p> <p>- подточка 1.1. се допълва по следния начин:</p> <p>„1.1. Клиничната пътека включва диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, <u>включително телемедицински дейности и услуги</u>, предоставяни на задължително здравноосигурени лица с отрицателен PCR тест и остатъчни проблеми за здравето след проведен активно болнично лечение от COVID-19 (заболяване по МКБ - 10: U07.J . U07.2)."</p> <p>- подточка 1.4.1. се допълва по следния начин:</p> <p>„1.4.1. Прием и изготвяне на индивидуална рехабилитационна програма и програма за грижи, <u>включително и чрез използване на телемедицински услуги.</u> "</p> <p>- подточка 1.4.2. се допълва по следния начин:</p> <p>„1.4.2. Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи,</p>		<p>стандарт за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента.“ В действащия към момента медицински стандарт по физикална и рехабилитационна медицина, утвърден с Наредба № 30 от 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина" не е предвидена възможност за предоставяне на телемедицински и телерехабилитационни услуги. Считаме и че възприемането на телемедицински подход за наблюдение, диагностика и лечение на пациенти изисква ревизия и съответни промени в редица други нормативни актове.</p>
--	---	--	--

	<p><u>включително и чрез използване на телемедицински услуги при:"</u></p> <p>- подточка 1.5. се допълва по следния начин:</p> <p>„1.5. Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, <u>включително и чрез използване на телемедицински услуги</u> при дехоспитализацията: "</p> <p>- подточка 1.5.1. се допълва по следния начин:</p> <p>„1.5.1. Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/ параклинични), възстановяване на функционалната и двигателна активност в обем, преценен от лекуващия лекар и в зависимост от състоянието, и изпълнение на диагностичната и плануваните в рехабилитационната програма терапевтични процедури, <u>включително и чрез използване на телемедицински услуги.</u>"</p> <p>- подточка 1.5.2. се допълва по следния начин:</p> <p>„1.5.2. Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, <u>включително телемедицински дейности и услуги след приключване на хоспитализацията</u> , в т. ч.:"</p>		
--	--	--	--

	<p>- подточка 1.5.2.1. се допълва по следния начин: „1.5.2.1. Контролни прегледи, включително и чрез използване на телемедицински услуги. - подточка 1.5.2.2. се допълва по следния начин: „1.5.2.2. продължаване на лечението, включително и през използване на Телемедицински услуги“ - подточка 1.5.2.3. се допълва по следния начин: „1.5.2.3. Последваща рехабилитация в болнични/извънболнични условия, включително и чрез използване на телемедицински услуги“.</p> <p>Съобразно гореизложеното, Български лекарски съюз принципно подкрепя Наредба за допълнение на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, като следва да се вземат предвид горепосочените предложения и допълнения.</p>		
<p>6. Проф. Елена Илиева, Асоциация по физикална медицина и рехабилитация Вх. № 15-00-124/ 06.04.2021 г.</p>	<p>6.1. От наименованието на КП №267, както и в последващите текстове да отпадне “специализирани грижи” и да остане „Физикална терапия и рехабилитация след лечение от COVID-19”.</p> <p>Мотиви: Понятието „специализирана грижа” е недефинирано в приетата</p>	<p>6.1. Не се приема</p>	<p>6.1. Както е посочено и от подателя, специализирана грижа е включена като елемент във всяка диагностична, терапевтична и рехабилитационна дейност.</p>

	медицинска терминология. Принципно, всяка диагностична, терапевтична и рехабилитационна дейност има елемент на специализирана грижа.		
	<p>6.2. Точка 1.4.2.1. да се промени: Пациенти с уточнена диагноза, преминали периода на активно лечение от COVID-19 и неговите усложнения в лечебни заведения за болнична или извънболнична помощ, при които са изчерпани възможностите за активно лечение на основното заболяване, усложненията и придружаващите заболявания.</p> <p>Мотиви:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Голяма част от случаите със средно тежко протичане на COVID-19, в т.ч. пневмонии, сърдечно-съдови, неврологични, гастро-ентерологични и др. усложнения се лекуват при домашно-амбулаторен режим, особено сега в третата вълна, при запълнен болничен капацитет. - Поставянето на граница – в рамките на предходните 3 месеца от дехоспитализацията след активно лечение на Ковид-19, означава, че по КП ще могат да се приемат само пациентите, изписани от Ковид отделения след м. Февруари /в най- добрия случай, ако пътеката се въведе в края на април-май, както би могло да се очаква/. Всички останали случаи ще са загубили правото си. - Усложненията настъпват и персистират месеци след изписването от активно 	6.2. Не се приема.	<p>Предлага се отпадане от т. 1.4.2.1. на уточняващия текст, че по КП 267 може да се хоспитализират пациенти, преминали в рамките на предходните 3 месеца активно болнично лечение по повод на COVID-19.</p> <p>Действително след тежко преболедуване от COVID-19 биха могли да персистират остатъчни прояви и здравословни проблеми за пациента за неопределен към настоящия момент срок, които да налагат хоспитализации, продължително лечение и наблюдение в амбулаторни условия.</p> <p>Заложеният срок за провеждане на рехабилитация в рамките на до 3 месеца след проведеното активно лечение на пациента обаче е с оглед факта, че рехабилитацията и специализираните грижи за пациентите с налични остатъчни проблеми за здравето след активно болнично лечение от COVID-19 са най-ефективни в тримесечния период, непосредствено след провеждането му, когато се стабилизира постигнатия ефект от болничното активно лечение, а човешкият организъм би могъл да възстанови пълната си</p>

	лечение, налагат повторни хоспитализации в други структури, продължително лечение и наблюдение в амбулаторни условия.		функционалност. Следва също така да се има предвид, че в случай, че здравословното състояние и индикациите при пациента от страна на различните органи и системи налагат хоспитализация и болнично лечение, във всеки момент има условия за лечение по съответните съществуващи клинични пътеки в избрано от пациента заведение, сключило договор с НЗОК. Така в процеса на лечението могат да участват различни специалисти в зависимост от конкретните здравословни потребности на съответния пациент.
	6.3. В точка 1.4.2.3. след стабилизирано соматично и неврологично състояние на пациента – с данни за стабилни хемодинамика и дихателна функция да се добави в скоби <u>(без необходимост от кислородна терапия)</u> , останалият текст – без промяна. Мотиви: Структурите по ФРМ в болшинството си не разполагат с кислородна инсталация и възможност за реагиране при пациенти в нестабилно състояние, нуждаещи се от кислородна терапия.	6.3. Не се приема.	В предложението проект на КП е ясно определено: „стабилизирано соматично и неврологично състояние на пациента – с данни за стабилни хемодинамика и дихателна функция“. С оглед на това не се налага добавяне на исканото допълнение.
7. д-р Галинка Павлова, дм Управител на „ДКЦ V Варна – Св. Екатерина“ ЕООД	Ковид пандемията и спазването на хигиенно противоепидемични мерки, постави здравните системи в нови условия. Всички сме съгласни, че извънболничната	Не се приема.	Направеното предложение цели въвеждане на телемедицинско наблюдение в извънболничната медицинска помощ, което да се осъществява от специалистите в

<p>Вх. № 55-00-6/ 05.04.2021 г.</p>	<p>медицинска помощ е основен елемент в организационната структура на здравеопазването. От нейната ефективност зависи ръста на финансовите средства за болнично лечение. Подценяването на дейността в ИБП е главна причина за неконтролираното нарастване на хоспитализациите.</p> <p>В условията на извънредно положение, организацията на дейността на общо практикуващите лекари беше променена по начин, който изключва посещение на заболели с корона вирус в кабинета. Проследяването на състоянието на пациентите на домашно лечение, се извършва дистанционно по телефон. Лечебните заведения от СИМП също реорганизираха дейността си, с цел осигуряване на т.н. зелен коридор – определени дни и часове в работния график, в който карантинирани могат да посетят обособените Ковид-зони.</p> <p>Посочените промени са от изключителна важност, защото по този начин преценката за здравния статус на всеки един от пациентите зависи в голяма степен от неговата здравна култура. В много от случаите, това е основна причина за усложнено здравословно състояние, късно потърсено лечение в болница, а понякога дори до летален изход.</p> <p>За да се повиши капацитета на ИБП, особено в условия на Ковид пандемия,</p>		<p>СИМП по пневмология, кардиология и ендокринология и болести на обмяната. Изразяваме принципна подкрепа за възможностите, които се предоставят за пациентите с този вид иновативни технологии.</p> <p>С направеното предложение обаче не е предоставена информация за организацията и начина на изпълнение на предложеното телемедицинско наблюдение - както от страна на медицинските специалисти, така и от страна на пациентите. Поради това остава неясен начина на осъществяване на предложените дейности и съответно отчитането им пред НЗОК.</p> <p>Няма яснота и относно начина на снабдяване на пациентите и финансово обезпечаване на визираните в предложението телемедицински устройства - Телемедицински ЕКГ ивент холтер регистратор; Телепулсоксиметър; Телетермометър; Телеглюкомер за измерване на кръвна захар.</p> <p>Следва също така да се има предвид, че възприемането на телемедицински подход за наблюдение и лечение на пациенти изисква ревизия и съответни промени в редица други нормативни актове.</p>
---	---	--	--

	<p>следва да се приложат иновативни методи за проследяване състоянието на пациентите, каквато се явява телемедицината.</p> <p>Въвеждането на дистанционно наблюдение в домашни условия на Ковид – пациенти ще спомогне:</p> <ul style="list-style-type: none"> • за недопускане струпване на хора пред кабинетите на личните лекари и специалисти; • спазване на противоепидемичните мерки; • до обективна информация за състоянието им; • възможност за своевременна преценка на състоянието; • положително психологическо въздействие върху стреса . <p>Телемедицинската услуга дава възможност за проследяване на медицинските показатели на всеки пациент чрез ползване на следните устройства, които могат да работят заедно или поотделно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Телемедицински ЕКГ ивент холтер регистратор 2.Телепулсоксиметър за измерване на сатурацията и пулс на пациента 3.Телетермометър за измерване на телесна температура 4. Телеглюкомер за измерване на кръвна захар <p>Допълнителните ползи от телемедицината е помощта за преодоляване на повишената</p>		
--	--	--	--

	<p>тревожност в заболелите от Covid-19, в резултат на възможността за непрекъснатия контакт на пациента с медицински екип.</p> <p>Иновативният метод може да се използва освен по време на лечението на болните от Covid-19, така и при пациенти с пост-Ковид синдром от кардиологична, белодробна и диабетна симптоматика.</p> <p>Въвеждането на телемедицинското наблюдение на пациенти от специалистите на извънболничната медицинска помощ ще доведе до:</p> <ul style="list-style-type: none"> • своевременна промяна в лечението на нуждаещите се, • предотвратяване на усложненията • и при необходимост навременна хоспитализация. <p>Ползите за системата от тази дейност са свързани с намаляване на средствата за болнично лечение и натиска върху работното натоварване на медицинския персонал в болниците, както и с изплащане на последващи болнични за временна нетрудоспособност.</p> <p>За да се повиши капацитета на ИМП и качеството на медицинската дейност, определено следва да се развива вторичното ниво на здравно обслужване, каквото се явява СИМП.</p> <p>Посоченото по-горе мотивира необходимостта от включване на телемедицинското наблюдение в пакета високо специализирани дейности на</p>		
--	---	--	--

	специалистите по кардиология, пулмология и ендокринология, определени в приложение 10 към Наредба № 9 от 2019г. за определяне пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса финансиран от здравната каса.		
8. Проф. Борис Богов, УМБАЛ „Александровска“ ЕАД Вх. № 33-18-26/ 07.04.2021 г.	<p>Във връзка с публикуван за публично обсъждане Проект за Промяна на Наредба №9 от 2019 г. за определяне на пакета от дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК и по-специално предвиденото за включване в КПътека 267 бих искал да представя пред Вас становището на УМБАЛ „Александровска“ ЕАД и Национален комплекс „СБР“.</p> <p>УМБАЛ „Александровска“ ЕАД стартира за първи път в България още в началото на м. февруари ПостКовид Програма, която има за цел да предложи програма за консултиране, лечение и рехабилитация на пациенти преболели Ковид - със симптоми или безсимптомно, независимо от наличието на потвърдителен тест за наличие на инфекция. Досега няколко екипа от специалисти по пулмология, кардиология, нефрология, неврология и психиатрия са консултирали над 860 пациента, преминали през кабинетите на болницата. Към момента прегледите и консултациите на пациентите са безплатни, като част от разходите остават за сметка на лечебното заведение. Всички преминали са насочвани за продължаваща</p>		В тази част от становището няма конкретни предложения за промяна в проекта на нормативния акт, като от подателя е изразена принципна подкрепа на проекта.

	<p>рехабилитация в лечебните заведения на НК СБР, като за съжаление малка част от тях могат да се възползват от тази възможност поради факта, че лечението там все още не е финансирано нито по Национална програма, нито чрез НЗОК. По тази причина подкрепяме идеята за въвеждането на нова Клинична пътека 267 „Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи след лечение от COVID-19, като обаче предлагаме следните групи промени с цел покриването на реалните нужди на пациентите, преминали през COVID-19 и нуждаещи се от последващо лечение и възстановяване:</p>		
	<p>1. Прецизиране на условията и изискванията за сключване на договор с НЗОК за изпълнение на КП 267 с цел разширяване на възможностите за предоставяне на подобни грижи и в структури, различни от специализирани болници/клиники за рехабилитация и физикална терапия.</p>	<p>Не се приема.</p>	<p>С проекта е заложена възможност дейностите по КП № 267 да се осъществяват в структури с най-малко второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина“.</p> <p>От подателя на предложението не са посочени видове структури и медицински специалности, различни от предложените с проекта, за осъществяване на рехабилитационни дейности и услуги за пациентите, преболедували COVID-19.</p> <p>Следва също така да се има предвид, че в случай, че здравословното състояние и индикациите при пациента от страна на различните</p>

			<p>органи и системи налагат хоспитализация и болнично лечение, към настоящия момент има създадени условия за лечение по съответните съществуващи клинични пътеки в избрано от пациента заведение, сключило договор с НЗОК. Така в процеса на лечението могат да се включат и различни специалисти в зависимост от конкретните здравословни потребности на съответния пациент.</p>
	<p>2. Промяна в изискването пациентите да са преминали „периода на активно лечение от COVID-19 в лечебни заведения за болнична помощ в рамките на предходните 3 месеца“, като предлагаме този текст да бъде заменен със следната редакция „периода на активно лечение от COVID-19 в лечебните заведения за болнична помощ до 3 месеца след дехоспитализация“. Предлаганата промяна отразява реалната ситуация при пациентите, преминали лечение, но с продължаващи оплаквания и затруднения за дълъг период след дехоспитализацията си.</p>	<p>Приема се</p>	<p>Отразена корекция в т. 1.4.2.1. на КП 267.</p>

	<p>3. Предлага се отпадане на ограничението за минимален престой и изравняване с продължителността на останалите рехабилитационни и процедури - „до 20 дни годишно“.</p> <p>4. Предлагаме индикативната стойност на подобна пътека на ден в размер на 105 лв.</p>	<p>Не се приема.</p> <p>Не се приема.</p>	<p>По т. 3 и 4 - направените предложения не са обект на наредбата.</p> <p>С проекта не е заложено изискване за минимален болничен престой по КП № 267.</p> <p>Минималният престой и цената на клиничната пътека се определят с НРД за медицински дейности съгласно чл. 55, ал. 2 от ЗЗО.</p>
	<p>5. Предлагаме включването на телемедицинските грижи при пост Ковид пациенти - Увеличаването на броя на заболелите, както и увеличаването на броя оздравели пациенти, но с пост-ковид симптоми, принуди доста болници в България, а и по света да използват телемедицински услуги. Това средство за проследяване се прилага успешно и в санаториумите, поликлиниките, както и в домашни условия с цел да се облекчи работата на недостигащия медицински персонал от една страна, а от друга - да се избегне струпването на хора пред кабинетите и местата за прегледи, за да се пази по-голяма дистанция. Телемедицинската грижа се използва, както по време на лечението на болните от Covid-19, така и при пациенти с пост-ковид синдром (с кардиологични, белодробни, диабетни симптоми) за рехабилитация.</p> <p>В телерехабилитацията на пациенти с Covid-19 трябва да бъдат включени основните компоненти на</p>	<p>Не се приема.</p>	<p>Съгласно § 1 от Допълнителните разпоредби на Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантира от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, "Клинична пътека" е система от определени с националния рамков договор за медицинските дейности изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности <u>по отношение на пациенти със заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой не по-кратък от 48 часа.</u></p> <p>КП е насочена към лечение на хоспитализирани болни. Предлагат се методи, които и съгласно писмото се използват при амбулаторно наблюдение на състоянието на пациента – „в санаториумите, поликлиниките, както и в домашни условия“, което не е предмет на</p>

	<p>кардиорехабилитацията като кинезитерапевтичните упражнения, оптимизиране на храненето и управление на стреса. Това се осъществява от мултидисциплинарен екип, в който е необходимо да присъства кардиолог, пулмолог, специалист по физикална и рехабилитационна медицина, специалист психиатър и/или психолог и специалист по хранене и диететика. Доказано е, че интензитетът, видът и продължителността на упражненията, включени в кардиорехабилитацията, подобряват регулирането на имунната система. Предоставянето на такъв тип здравни инструменти, широко предлагани чрез достъпни технологични платформи, ще окаже сериозно въздействие и ползи не само на пациентите, но и на системата на здравеопазването като цяло за преодоляване на стреса, провокиран от пандемията от Covid-19.</p> <p>В тази връзка предлагаме включване използването на възможностите на телемедицината в предлаганата КП 267, като за целта се предлага промяна в наименованието на пътеката „Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи с използване на телемедицински услуги след лечение от COVID-19" и промяна в текстовете на Наредбата, които касаят обхвата ѝ.</p> <p>/предложен проект на алгоритъм/ Направените предложения са в резултат</p>		<p>Клиничната пътека. Наблюдението на състоянието на пациентите по време на болничния им престой и до момента не изключва използване на методи за отдалечено наблюдение на различни параметри чрез използването на регистрираща апаратура при леглото на болния и сестрински/лекарски мониторинг станции.</p> <p>В тази връзка направеното предложение за включване използването на възможностите на телемедицината в предлаганата КП 267 е в противоречие с утвърденото определение на понятието „клинична пътека“.</p> <p>Също така следва да се има предвид, че съгласно чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения „Дейността на лечебните заведения и на медицинските и другите специалисти, които работят в тях, се осъществява при спазване на медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента.“ В действащия към момента медицински стандарт по физикална и рехабилитационна медицина, утвърден с Наредба № 30 от 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина" не е предвидена дейност за</p>
--	---	--	--

	на съвместната работа на специалисти от УМБАЛ „Александровска“ и СБР „НК“.		предоставяне на телерехабилитационни услуги.
9. НЗОК Вх. № 09-00-68/ 13.04.2021 г.	<p>Предложение за оптимизиране и усъвършенстване на критериите за подбор на пациенти при осъществяване на оперативни интервенции в рамките на клинична пътека № 168 „Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания“:</p> <p>В т. 1.4.2. от клинична пътека № 168 на Приложение № 9 към Наредба № 9/2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК са посочени критерии за хоспитализация по КП № 168 включващи, в преобладаващия брой от случаите, изискване за предварително хистологично доказване на злокачествено заболяване, за да бъде осъществена асистирана с робот хирургична интервенция. При някои заболявания, като карцином на простатата, дебелото черво, стомаха, десен лоб на ч. дроб, гръдната стена и плеврата, маточно тяло и влагалище, биопсията за вземане на материал за предварителното хистологично изследване може да се осъществи чрез съществуващите инвазивни методи, тъй като тези органи са достъпни за интервенция.</p> <p>При злокачествени процеси, засягащи дълбоките структури на медиастинума, панкреаса и някои участъци на черния дроб (1-ви, 4-ти и 8- ми сегмент в близост</p>	Приема се частично	<p>1. По отношение предложението да не се изисква задължително предварително хистологично доказване на тумори с определена локализация, където не е възможно извършване на биопсия чрез утвърдените инвазивни методи - дълбоките структури на медиастинума, панкреаса и някои участъци на черния дроб (1-ви, 4-ти и 8- ми сегмент в близост до големи съдове):</p> <p>Отразена корекция в т. 1.4.2.7. и т.1.4.2.8. по КП № 168 по отношение тумори на панкреаса и участъци на черния дроб. За тумори на медиастинума с наредбата не е заложено изискване за предварително хистологично доказване на тумора /т. 1.4.2.4./</p> <p>2. Приема се предложението за включване в обхвата на КП № 168 и на злокачествени заболявания на бъбрека, бъбречното легенче и уретера, както и процедурите „Частична нефректомия“ и „Нефроуретеректомия“ – отразени корекции в т. 1.2., 1.3.1. и добавена нова т. 1.4.2.14 в КП № 168..</p> <p>3. Приема се предложението за</p>

	<p>до големи съдове), не е възможно да се извърши биопсия чрез утвърдените инвазивни методи. Считаю, че при такива случаи следва да не се изисква предварително хистологично доказване на злокачественото заболяване, а като доказателство да бъдат достатъчни изследвания с КАТ/МРТ с контраст, РЕТ/СТ и/или гама камера, резултати от туморни маркери и типична клинична картина.</p> <p>Предлагам, освен посочените до момента злокачествени заболявания, да бъдат включени и злокачествени заболявания на бъбрека, бъбречното легенче и уретера, както и процедурите „Частична нефректомия" и „Нефроуретеректомия", които са характерни с високата степен на сложност и критична оперативна техника, като считаю, че асистираната с робот интервенция ще подобри чувствително качеството на лечебния резултат. В частта Урология е необходимо включването на кодове 05.29 „Друга симпатекомия или ганглионектомия", 55.4 „Частична нефректомия" и 55.51 „Нефроуретеректомия" поради това, че липсата им прави невъзможно осъществяването на хирургични робот-асистирани интервенции на бъбрека и уретера. В Наредба №9/2009г. е включен само код за лечение на простатна жлеза. Кодовете са предложени от координатора на експертния съвет по Урология - доц. д-</p>		<p>добавяне на код за „тотална ексцизия на тимуса - код за терапевтична процедура 07.82 е добавен в т. 1.2. /за специалисти по гръдна хирургия и детска хирургия/ и в т. 1.3.1. на КП № 168.</p> <p>4. По отношение искането „да се въведат ясни критерии за селекция на най-подходящите пациенти, като се посочат съответно прецизирани изисквания, свързани със стадий на заболяването (TNM класификация), преценка на оперативния риск, очаквана полза от радикалност на интервенцията и др.“:</p> <p>Съгласно чл. 45, ал. 2 от ЗЗО министърът на здравеопазването определя с наредба само видовете извънболнична и болнична медицинска помощ за диагностика и лечение по повод на заболяване като пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК.</p> <p>Съгласно чл. 55, ал. 2 от ЗЗО с Националния рамков договор се уреждат условията и реда за оказване на помощта.</p> <p>С оглед на това, прецизиране на критерии за селекция на пациенти, както и изисквания, свързани със стадий на заболяването, преценка на оперативния риск и очаквана полза от радикалност на интервенцията са</p>
--	--	--	--

	<p>р Марин Георгиев. В рамките на това становище има мотивирано предложение при злокачествени тумори на бъбрека и на отделителната система да не се изисква хистологично изследване (с изключение на простатата), поради значителен риск от кървене и други усложнения при биопсия на тези структури.</p> <p>В т. 1.4.2.3. от КП № 168.2 са посочени тумори на тимуса, но в основните процедури по МКБ- 9КМ липсва кодът за „тотална ексцизия на тимуса, код 07.82“, който предлагам да бъде добавен.</p> <p>Прецизирането на критериите за хоспитализация и лечение по КП № 168, налага да се оптимизира лечението на пациентите по тази клинична пътека, тъй като се регистрира бързо динамично нарастване на заявения брой случаи (към средата на м. април вече са хоспитализирани над 1/4 от предварително договорените, само месец от постъпването на първите заявления). НЗОК заплаща 8020 лв. за всеки преминал пациент по тази КП. В тази връзка предлагам да се въведат ясни критерии за селекция на най-подходящите пациенти, като се посочат съответно прецизирани изисквания, свързани със стадий на заболяването (TNM класификация), преценка на оперативният риск, очаквана полза от радикалност на интервенцията и др. В обратния случай, ще станем свидетели на ескалация на ненужни</p>		<p>обект на определяне като елемент на условията и реда за оказване на медицинска помощ са част от съдържанието на Националния рамков договор за медицински дейности.</p>
--	--	--	---

	<p>оперативни процедури по методиката на робот- асистираната хирургия и респективно на значително завишаване на финансовите средства, предвидени в НРД за МД за 2020-2022г.</p> <p>Съгласно посоченото моля, да бъдат обсъдени настоящите предложения, като при положителна преценка да разпоредите съответните корекции в клинична пътека № 168 на Приложение №9 към Наредба № 9/2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.</p>		
--	---	--	--

Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ

Заместник-министър на здравеопазването